

EXAMEN TIPO TEST DE LA PARTE GENERAL (TALLER #1) DEL CURSO DE DOLOR PARA RESIDENTES DE PRIMARIA.

1.- El dolor se comporta como una realidad filosóficamente imperfecta que debemos comprender:

- a.- Correcto, pero no debemos caer en la trampa del paciente que finge su dolor.*
- b.- Absolutamente falso. Los pacientes siempre intentan engañar al médico para conseguir incapacidades remuneradas.*
- c.- A veces si, a veces no. Depende de cada caso hay paciente que se quejan sin motivo y no debemos de hacerles caso.*
- d.- Correcto. Tendemos a desmerecer el dolor que padecen los demás y en ocasiones ser excesivamente estrictos con los pacientes que se aquejan de dolor sin motivo aparente. Antes de nada debemos pensar que se quejan con razón.*
- e.- Dado que no existen datos ni medidas lo suficientemente objetivas para evaluar el dolor, no debemos desmerecerlo sin estudiarlo detenidamente.*

2.- Sobre el estudio y abordaje del dolor. Señale lo correcto.

- a.- En la actualidad, lo moderno es pensar en la “multidisciplinariedad” a la hora de abordar el tratamiento del dolor; y por lo tanto, excepto el Servicio de Farmacia, todas las especialidades médicas estarán involucradas de alguna forma.*
- b.- Los Servicio de Oncología y Reumatología entre otros, son autosuficientes y pueden tratar el dolor de los pacientes de manera unilateral sin necesidad de pedir ayuda a otros especialistas en el tratamiento del dolor.*
- c.- En Servicio de Rehabilitación es una estructura paralela en el tratamiento del dolor que entrará en “juego” una vez finalizados los distintos tratamientos de dolor y haya que rehabilitar al paciente.*
- d.- Incluso lo moral y lo psicosocial entra dentro de lo multidisciplinar en el tratamiento de los pacientes.*
- e.- El enfoque moderno en el tratamiento del dolor es el concepto multidisciplinar, la colaboración en el diagnóstico y tratamiento por parte de todos los especialistas.*

3.- Sobre la Responsabilidad en el Tratamiento del Dolor, usted afirmaría que:

- a.- Se trata de una responsabilidad de única y general para los especialista en el Tratamiento del Dolor, es decir, de los anestesiólogos.*
- b.- Sólo los especialistas con predominio en patología osteoarticular (COT, Reumatología,etc) se les puede exigir esta responsabilidad.*
- c.- Es claramente de todo el personal sanitario en general independientemente de su especialidad y nivel de especialización.*
- d.- Los oncólogos son el exponente representativo responsabilizado de la atención del dolor de forma única.*
- e.- En el organigrama sanitario se debe solicitar responsabilidad a todo el personal para colaborar en tareas que se vinculen con la atención en sus diferentes vertientes.*

4.- ¿Juega el paso del tiempo un papel importante en el diagnóstico del dolor?

- a.- No. Sólo para reflejar que al paciente le duele mucho.*
- b.- Si, pero no por ello debemos interesarnos en su tratamiento, llegará un momento que cede sólo.*

- c.- Si, lo cronifica y le da entidad propia: una verdadera enfermedad, no sólo un síntoma.
- d.- Sí, pero con una correcta mentalización del paciente, esto se controla sin más tratamiento.
- e.- Si, además de clasificarlo en agudo, crónico y con su componente psicológico añadido.

5.- ¿Qué señalaría como más correcto a la hora de clasificar en general, los distintos tipos de dolor?

- a.- Nociceptivo, neuropático, psicógeno.
- b.- Nociceptivo, músculo esquelético, visceral.
- c.- Nociceptivo, neurálgico, atrapamiento nervioso.
- d.- Nociceptivo, mixto y psicógeno.
- e.- Nociceptivo, neuropático, mixto.

6.- Entre las causas principales del dolor crónico neuropático, usted ordenaría de mayor a menor frecuencia, las siguientes causas de dolor?:

- a.- Radiculopatías, neuralgias, neuropatías.
- b.- Neuralgias, neuropatías, radiculopatías.
- c.- Neuropatías, sobretudo las metabólicas y radiculopatías.
- d.- SDRRC, Dolor central, miembro fantasma.
- e.- Neuralgias faciales, otras neuralgias y radiculopatías.

7.- Sobre la prevalencia de patología psiquiátrica en dolor crónico:

- a.- Sólo puntualmente es preciso consultar al S. Psiquiatría sobre cuestiones de dolor crónico.
- b.- Siempre en cuestión de implantes a de realizarse una consulta previa al S. Psiquiatría.
- c.- La patología psiquiátrica prevalece hasta en un 50% de los pacientes con DCNM
- d.- Cuestiones como ansiedad, depresión o S. ansioso-depresivo son muy frecuentes
- e.- El Servicio de Psiquiatría es innecesario en el algoritmo de tratamiento de las U. de Dolor.

8.- Sobre las siguientes aseveraciones, ¿Cuáles se aproximan a la realidad epidemiológica?

- a.- El Dolor en Europa afecta a un 11-20% de los hogares.
- b.- La severidad moderada del dolor (EVA: 5-8) alcanza hasta a un 70% de los pacientes.
- c.- Más de un 50% de los pacientes refieren padecer mal control de su dolor.
- d.- En España, respecto a Europa, podríamos decir que estamos algo mejor en cuanto a la prevalencia del dolor.
- e.- Junto con Italia, España es uno de los países en los que menos opioides mayores se recetan.

9.- El perfil típico de un/una paciente con dolor crónico, se describe mejor como...:

- a.- Mujer, soltera, sin hijos y sin familia en su entorno.
- b.- Varón de mediana edad, casado, con hijos y sin trabajo reciente.
- c.- Mujer, casada, con hijos que ya no conviven en su hogar.
- d.- Varón, casado, con hijos que ya no conviven en el hogar.
- e.- Mujer, casada, de mediana edad (50 años)

10.- Sobre la repercusión en la calidad de vida de un paciente que sufre dolor crónico:

(ILT: Incapacidad laboral Transitoria)

- a.- A pesar del dolor y de las ILT, los pacientes ejercen sus profesiones con el mismo grado de responsabilización.

- b.- Un 15-20 % varía su nivel de responsabilización laboral, por su dolor.*
- c.- En el terreno laboral: se pierden unos 14-16 días/año, por culpa del dolor y/o su tratamiento.*
- d.- Hasta un 30% de los pacientes sufren la dificultad de una vida independiente.*
- e.- Francia es el máximo exponente con un 37% de pacientes con problemas para la relación social con amigos o familiares por cuestiones de dolor crónico.*

11.- Sobre el porcentaje de médicos que atienden el dolor. ¿Cómo los ordenaría de mayor a menor?

- a.- Atención Primaria, Reumatólogo, Traumatólogo, Especialistas en Tratamiento de Dolor.*
- b.- Especialistas en Tratamiento de Dolor, Reumatólogo, Traumatólogo, Atención Primaria.*
- c.- Reumatólogo, Especialistas en Tratamiento del Dolor, Traumatólogo, Oncólogo.*
- d.- Atención Primaria, Traumatólogo, Reumatólogo, Neurocirujanos.*
- e.- Atención Primaria, Traumatólogo, Reumatólogo, Especialistas en Tratamiento del dolor.*

12.- Sobre la atención del dolor (agudo/crónico) en las Unidades de Tratamiento del Dolor (UD), y en relación con el progreso de otras especialidades y subespecialidades como Oncología y Paliativos (entre otras). ¿Qué tipo de pacientes con mayor frecuencia, considera que son atendidos hoy en día en las UD?

- a.- Oncológicos terminales, post-operatos neuroquirúrgicos, miscelánea.*
- b.- Nociceptivos, neuropatías diabéticas y neuralgias faciales.*
- c.- Nociceptivo (lumbalgias), otros nociceptivos, neuropático y oncológico.*
- d.- Oncológico, mixto, nociceptivo.*
- e.- A partes iguales cualquiera de los tipos de dolor.*

13.- Sobre el tratamiento del dolor neuropático en Unidades de dolor:

- a.- Se aprecia un claro cambio de la cantidad y tipo de fármacos utilizados por los especialistas entrenados en el tratamiento del dolor respecto al resto de los profesionales médicos.*
- b.- Fármacos antiepilépticos y antidepresivos, incrementan sus porcentajes de utilización una vez que los pacientes son atendidos en las UD.*
- c.- Sólo los Especialistas en tratamiento del dolor están autorizados a manejar fármacos fuera de las indicaciones de las fichas técnicas de los medicamentos.*
- d.- En ocasiones, fármacos de uso frecuente en el tratamiento del dolor no tienen una clara indicación por ficha técnica.*
- e.- Organismos con la Agencia Europea del Medicamento, marcan las directrices de las fichas técnicas de utilización de los medicamentos.*

14.- Sobre la dinámica de actuación en las consultas de la Unidad de Tratamiento del dolor:

- a.- En casos evidentes, no es necesario realizar una historia clínica detallada, puesto que el tratamiento del dolor es lo prioritario.*
- b.- Un correcto organigrama de trabajo, supone un camino al bien-quehacer, que no debemos quebrar a la hora de realizar las historias clínicas a los pacientes.*
- c.- En ocasiones las pruebas complementarias iconográficas, pueden alterar la percepción del dolor que nos refiere un paciente.*
- d.- Es conveniente en la primera consulta realizar alguna técnica analgésica al paciente para ganarnos su confianza.*
- e.- Es ideal que a un paciente lo siga siempre el mismo médico para así conocer un mismo punto de vista objetivo sobre el tratamiento del dolor.*

15.- Entre las técnicas de Tratamiento del dolor situamos la estimulación nerviosa transcutánea (TENS). Señala las aseveraciones verdaderas.

- a.- *En realidad se asimila a una técnica menor de neuromodulación.*
- b.- *Supone el paso de una corriente eléctrica transmitida a la superficie de la piel por lo que no hace falta gel conductor para dicha transmisión eléctrica dada la proximidad piel-electrodo.*
- c.- *Entre sus parámetros regulables: Intensidad, Frecuencia, Amplitud de onda.*
- d.- *Alguna de sus indicaciones: analgesia para trabajo de parto sobre el triangulo de Michaelis.*
- e.- *No debe asociarse a otros tratamientos puestos que distrorsionaría la apreciación de mejoría del paciente, caso de haberla.*

16.- Sobre la iontoforesis:

- a.- *Una mezcla iontoforética de ácido acético junto con dexametasona aplicada en lesiones calcificantes de hombro, consigue reducir-desaparecer estas al 70-80%, en el plazo de 15-20 días con el correspondiente alivio del dolor.*
- b.- *Sobre cicatrices dolorosas postquirúrgicas, la guanetidina consigue alivio del dolor de características neuropáticas.*
- c.- *Se trata del paso de corriente galvánica vía transcutánea para la introducción de fármacos en el organismo.*
- d.- *Se trata de una técnica muy similar al TENS de manera que malos resultados con este implicaría malos resultados con iontoforesis.*
- e.- *Solo las UD hiperentrenadas deben utilizar este tipo de alternativas terapéuticas.*

17.- Sobre la escalera analgésica de la OMS.

- a.- *Es de obligado cumplimiento la escalada de actitudes terapéuticas, según las normas de la OMS.*
- b.- *Adecuado a cada caso, es perceptivo saltarse las normas de la OMS a la hora de atender en tratamiento del dolor.*
- c.- *Hoy en día se habla del "ascensor" y no de la escalera terapéutica de la OMS, como flexibilización de su utilización.*
- d.- *En el escalón principal estarán los opioides con "gold-estándar" de la escalera.*
- e.- *Al final de la escalera, situaremos las técnicas de neuromodulación como si un peldaño a mayores en el esquema terapéutico.*

18.- Entre los fármacos de uso frecuente y dependiendo de las patologías de tratar, ¿vería adecuadas estas combinaciones de tratamientos/patologías?

- a.- *Lumbalgias: antidepresivos (AD)*
- b.- *Neuralgia del trigémino: baclofeno (antiespástico)*
- c.- *Polineuropatía diabética (PNPD): duloxetina (AD)*
- d.- *Trismus post-extracción dental asociada a síndrome depresivo: pregabalina (FAE)*
- e.- *Neuralgia postherpética: bloqueo paravertebral con anestésicos locales y corticoides DEPOT.*

19.- Entre los fármacos Coadyuvantes:

- a.- *Son más importantes los antiepiépticos (FAE) que los antidepresivos (AD) en general.*
- b.- *Dependiendo de la patología empezaremos antes un tratamiento con FAE o con AD*

- c.- Entre los fármacos coadyuvantes los bifosfonatos: fuente de osteonecrosis mandibular en estudios recientes.
- d.- Los corticoides son unos fármacos muy peligrosos. Dadas sus contraindicaciones y efectos secundarios no debemos utilizarlos en el tratamiento del dolor crónico.
- e.- Las benzodiazepinas apenas reportan buenos resultados en el tratamiento del dolor aunque se siguen utilizando igualmente.

20.- Sobre las técnicas de bloqueos nerviosos y Técnicas de Infiltración:

- a.- Están en desuso, apenas tienen relevancia hoy en día dada la aparición de la ecografía que afina correctamente el diagnóstico en los paciente atendidos en U Dolor.
- b.- Las técnicas ecográficas plantean el futuro de la aproximación a estas técnicas locorreregionales.
- c.- Sirven para establecer un diagnóstico y al tiempo planificar el tratamiento en los pacientes.
- d.- Dependiendo del anestésico local utilizado sabemos hoy en día que mejoran las patologías considerablemente.
- e.- Hoy en día la fluoroscopia es la técnica de aproximación para la realización de las mismas.

21.- En la relación Técnica aplicada/patología de dolor crónico:

- a.- Bloqueo del gglo celíaco / cáncer de páncreas.
- b.- Bloqueo del gglo estrellado / Sdrome Raynaud.
- c.- Bloqueo del gglo de la raíz dorsal lumbar / SRDC en miembro inferior derecho.
- d.- Bloqueo paravertebral / Neuralgia postherpética a nivel torácico T5-T6.
- e.- Bloqueo epidural lumbar / Síndrome de canal estrecho raquídeo a nivel C4-C5.

22.- Sobre las Técnicas de Neuromodulación en el Tratamiento del dolor crónico:

- a.- La estimulación de cordones posteriores (EEM) es la técnica de final de algoritmo terapéutico para el dolor nociceptivo.
- b.- El implante de bombas de infusión intratecal (SLIM) está reservado para los fármacos antiespásticos de los pacientes lesionados medulares.
- c.- SLIM es el final común del algoritmo terapéutico tanto para el dolor nociceptivo como para el dolor neuropático.
- d.- En el tratamiento del dolor neuropático cada vez más se contempla la neuromodulación como alternativa terapéutica en el tratamiento del dolor.
- e.- Una toxina de un caracol (ziconotida) se presenta como alternativa terapéutica de la morfina intratecal en pacientes mal controlados con esta.

Examen Test #1.- Visión General en el Tratamiento del Dolor.						
Número:	a	b	c	d	e	Notas:
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						