

CASOS CLÍNICOS EN DOLOR ONCOLÓGICO IRRUPTIVO

Dolor como único síntoma en paciente con mieloma múltiple

1. - El objetivo del tratamiento en un paciente con afectación ósea de origen oncológico es:

Controlar el dolor.

Preservar la funcionalidad.

Reducir la morbilidad asociada.

Todas las anteriores. XXXXXX

2. - Ante la presencia de dolor neuropático en un paciente afectado por mieloma múltiple, se debe sospechar:

Lesión de plexos nerviosos.

Lesión de nervios periféricos.

Lesión medular.

Neuropatía por quimioterapia.

Todas las anteriores. XXXXXX

3. - De las siguientes afirmaciones, señale la correcta:

La dosis de fentanilo transmucoso para tratar el DIO guarda relación directa con la dosis de fentanilo transdérmico usado para controlar el dolor basal (dosis de mantenimiento).

El uso de fentanilo de acción corta está indicado para el tratamiento del dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico oncológico.

Todas las presentaciones farmacéuticas de fentanilo de acción corta son intercambiables mcgr a mcgr entre unas y otras.

Todas son incorrectas. XXXXXX

4. - Señale la opción incorrecta. Los fármacos de elección para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico deben:

Mostrar una analgesia potente.

Tener un rápido inicio de acción.

Presentar importantes efectos secundarios. XXXXXX

Ser de fácil administración.

5. - En ausencia de un adecuado control del dolor, se debe considerar:

La posibilidad de hiperalgesia.

La posibilidad de tolerancia.

La posibilidad de progresión de la enfermedad adyacente.

Todas las anteriores. XXXXXX

6. - Con respecto al tratamiento del DIO, señale la afirmación incorrecta:

El tratamiento analgésico del DIO es específico y no sustituye al tratamiento del dolor basal.

El tratamiento analgésico del DIO con opioides debe ir acompañado, desde el inicio, de un tratamiento para la prevención de sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, estreñimiento).

Muchos de los pacientes que presenta DIO precisan tratamientos coanalgésicos y coadyuvantes adicionales, capaces de optimizar la analgesia basal y disminuir su toxicidad.

La vía de administración del tratamiento es independiente de la situación clínica y psicosocial del paciente, así como de su ubicación (si permanece hospitalizado, si es ambulatorio o si recibe asistencia domiciliaria).XXXXXX

7. - El 3% de los pacientes con cáncer presentará un síndrome de compresión medular epidural. El reconocimiento temprano de este síndrome, potencialmente devastador, es crítico, ya que el resultado neurológico está determinado principalmente por el grado de deterioro previo al tratamiento. Señale la opción incorrecta:

El dolor axial y/o radicular es el principal síntoma.

La cirugía es el tratamiento de elección en todos los casos.XXXXXXX

Cuando la afectación es a nivel torácico es frecuente la existencia de síntomas bilaterales.

La retención aguda de orina puede estar relacionada con daño neurológico.

8. - Para el tratamiento del dolor oncológico óseo es recomendable el uso de los siguientes coadyuvantes/coanalgésicos:

Bifosfonatos.

AINE's.

Corticoides.

Todos los anteriores.XXXXXXX

9. - Según los factores que lo desencadenan, el DIO se clasifica en dolor incidental y dolor espontáneo o idiopático. A su vez, el dolor incidental se clasifica en volitivo, no volitivo o procedimental. Señale cual de las siguientes situaciones se refieren a DIO incidental vomitivo:

Dolor que aparece con la deambulación y al comer.XXXXXXX

Dolor que aparece al toser.

Dolor que aparece al beber.

Dolor que aparece con la cura de escara sacra.

10. - Las siguientes afirmaciones con respecto al manejo del DOI con correctas, excepto:

Requiere de una anamnesis completa, de una exploración física del paciente y de pruebas complementarias si precisa.

Se define como una exacerbación aguda del dolor de rápida aparición, corta duración y moderada a elevada intensidad, que sufre el paciente cuando este presenta un dolor basal estabilizado y controlado con opioides.

El conocimiento de las interacciones entre los fármacos no es importante para poder obtener una mayor eficacia del tratamiento .XXXXXX

El DOI es un síntoma que puede aparecer en cualquier momento del curso evolutivo de la enfermedad oncológica y que debe ser tratado y controlado tan pronto aparezca.

En dolor basal controlado, fentanilos como paliativos del dolor irruptivo, incluso en dolor óseo refractario en una larga superviviente

11. - En el caso expuesto: ¿qué motivos indicaron la necesidad de iniciar terapia intratecal con opioides mayores?

Dosis elevadas de opioides mayores para controlar el dolor basal.

Fracaso de la rotación de opioides.

Ausencia de Eficacia de los opioides de liberación rápida para DIO.

Todas las anteriores.XXXXXXX

Ninguna de las anteriores.

12. - Posteriormente al implante intratecal se continuó con el tratamiento de soporte. ¿Podría indicar qué terapias de las enumeradas en el caso juegan un papel contra el dolor óseo?

Inhibidores de la ALK.

Acido zoledrónico y Denosumab.

Radioterapia.

Todas las anteriores.XXXXX

Ninguna de las anteriores.

13. - Qué condiciones son necesarias para obtener un resultado óptimo de la terapia intratecal de opioides en una unidad de dolor? Señale la respuesta correcta.

Una adecuada selección del paciente.

Una buena técnica de implantación, y experiencia previa.

Mantenimiento y vigilancia continuadas.

Todas las anteriores.XXXXXX

Ninguna de las anteriores.

14. -Cuál piensa que fue la clave para mantener la efectividad de los ROOs en el control de los sucesivos episodios de DIO que sobrevinieron en el caso clínico?

Mantener el dolor basal controlado con opioides intratecales.

Recurrir a RT paliativa.

Mantener el tratamiento antitumoral con inhibidores de ALK.

Mantener el tratamiento con denosumab/ zoledrónico.

Todas las anteriores.XXXXXXX

15. - Por qué se inició el tratamiento intratecal asociando Morfina y Bupivacaína intratecales por dolor oseo torácico?

Para conseguir un efecto metamérico.

Para obtener analgesia multimodal propia de los anestésicos locales.

Para reducir dosis necesarias de opiodes intratecales y mejorar el control del dolor.

Todas las anteriores.XXXXXX

Ninguna.

16. - De manera clásica se utiliza en clínica el Algoritmo de Davies para identificar episodios de DIO. De todas las respuestas hay una que NO corresponde a este algoritmo. Señálela.

¿Hay presencia de dolor basal de forma habitual, es decir, el dolor está presente durante más de 12 horas al día o lo estaría si no estuviese tratado con analgésicos?.

¿Ese dolor está controlado?, es decir, si se considera nulo o leve durante más de 12 horas al día.

¿Aparecen crisis transitorias de dolor?.

¿ Aparece un claro efecto fin de dosis?.XXXXXX

Ninguna es errónea.

17. - El fármaco ideal para tratar el DIO debe cumplir una serie de requisitos .

Elija la respuesta No correcta.

Debe tener una acción analgésica eficaz y potente.

Debe tener un inicio rápido de acción entre 3 y 7 minutos.

Debe tener una vida media corta que cubra los 30 min de media.

El perfil de seguridad del fármaco ideal no es condición para su uso en DIO. XXXXXX

Debe tener una comodidad en su manejo.

18. - En cuanto al tratamiento con radioterapia, señale la respuesta No correcta: Se basa en el menor número de sesiones de irradiación posibles con la dosis más baja efectiva.

Son un pilar fundamental en el tratamiento del dolor óseo.

Hoy día el hipofraccionamiento más utilizado es una sesión única de 8 greys como terapia antiálgica.

La respuesta a estas sesiones únicas depende de la histología del tumor a tratar. XXXXXX

Estas sesiones únicas son más coste efectivas, más cortas para el paciente y permiten la posibilidad de reirradiación.

19. - En el caso clínico la terapia intratecal de la paciente se basa en la combinación de morfina y bupivacaína. Existen otros fármacos permitidos para su infusión intratecal para el dolor refractario u otras indicaciones. Señale el fármaco contraindicado para uso intratecal.

Clonidina.

Baclofeno.

Fentanilo.

Ketamina.

Ziconotida. XXXXXX

20. - Señale la complicación más frecuente de la técnica quirúrgica de implante de analgesia intratecal y del postoperatorio inmediato.

Dislocación del catéter.

Volteo de depósito.

Fistula de líquido cefalorraquídeo.

Infección perioperatoria del implante.

Cefalea post punción dural. XXXXXX

Dolor irruptivo oncológico en cáncer de próstata avanzado

21. - El fármaco ideal para tratar el DIO debe cumplir una serie de requisitos entre los que se encuentra:

Debe tener una acción analgésica débil.

Debe tener un inicio rápido de acción. XXXXXX

Debe tener una vida media que cubra al menos 6h.

El perfil de seguridad puede ser variable con efectos secundarios importantes.

Todas las respuestas son correctas.

22. - Existen diversas escalas o test subjetivos para la evaluación del dolor. Se considera de uso universal por su simplicidad fiabilidad, sensibilidad y fácil reproducibilidad:

Escala analógica visual (EVA). XXXXX

Escala luminosa analógica (Nayman).

Método de MacGill.

BPI-IS.

Escala NIPAC.

23. - Los fármacos utilizados para controlar el dolor irruptivo deben tener las siguientes características. Señale la respuesta incorrecta:

Ser un analgésico potente.

Tener un inicio de acción rápido (10 minutos o menos).

Ser de fácil administración (cómodo, no invasivo y autoadministrable).

Poseer mínimos efectos secundarios.

Todas las respuestas son correctas.XXXXX

24. - ¿Cuál de las siguientes escalas es útil para evaluar el pronóstico del control del dolor?:

Escala analógica visual (EVA).XXXXXX

Escala luminosa analógica (Nayman).

Método de MacGill.

Escala NIPAC.

LANNS.

25. - ¿Cuál de las siguientes no se considera una dimensión que se debe valorar en el dolor oncológico?:

Intensidad.

Patrón temporal.

Localización.

Duración.

Todas las respuestas anteriores son correctas.XXXXX

26. - ¿Cuáles son los factores que se deben tener en cuenta en una correcta anamnesis en un paciente con dolor?

Factores desencadenantes.

Medicación.

Estado civil.

Edad.

A y B son correctas.XXXXX

27. - ¿Cuál de las siguientes no se considera una de las ventajas de la escala EVA?

Simplicidad.

Fiabilidad.

Fácil reproducibilidad.

Sensibilidad.

Amplitud.XXXXX

28. - ¿Cuáles son las principales características comunes a la mayoría de las definiciones de dolor irruptivo oncológico?:

Inicio rápido (habitualmente entre 3-5 minutos).

Intensidad moderada hasta intensa (EVA ≥ 7).

Duración entre 1 minuto y 4 horas (con una media de 60 minutos). .

Gran impacto sobre la calidad de vida del paciente.

Todas las respuestas son correctas.XXXXXX

29. - Señala la respuesta incorrecta respecto a la clasificación del dolor irruptivo oncológico:

Respecto a su etiopatogenia se puede clasificar en neuropático nociceptivo y mixto.

Puede ser ideopático o incidental.

El dolor idiopático puede ser volitivo o no volitivo.

Por su etiología se puede clasificar como del propio tumor, de las técnicas diagnósticas, del tratamiento y de las enfermedades concomitantes.

Todas las respuestas son correctas.XXXXXX

30. - Indique los errores mas frecuentes en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico

Retrasar el momento de empezar el tratamiento.

Aumentar la dosis del tratamiento para el dolor basal.

Usar fármacos inadecuados en cuanto a su categoría, dosis y ruta de administración.

Usar dosis subóptimas de opioides por temor acerca de su seguridad.

Todas las respuestas son correctas.XXXXXXX