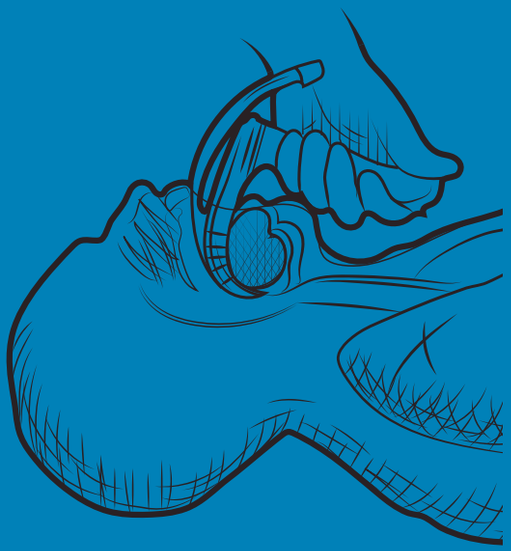


Anestesiología

DESGLOSES MIR

AN

T01 Modalidades de anestesia

P128 MIR 2015-2016

Paciente de 45 años en estudio por posible meningitis, con fiebre, cefalea y vómitos de 2 días de evolución. Le realizan una RM cerebral y una punción lumbar. Veinte horas después, al levantarse para ir al baño, se queja de cefalea intensa, muy marcada al incorporarse, pero desaparece al tumbarse. Ya no presenta fiebre ni vómitos. No puede caminar. ¿Cuál es con más probabilidad el origen de esta cefalea?

1) La meningitis sigue siendo la causa fundamental de su cefalea, pues es el mismo tipo de cefalea que al inicio de los síntomas.
2) Es una cefalea post-punción lumbar.
3) Hay que buscar una causa diferente a esta cefalea, pues no es típica del síndrome post-punción lumbar ni de la meningitis.
4) Lo más probable es que no fuera una meningitis viral, sino una hemorragia subaracnoidea. Por este motivo, la cefalea inicial desaparece casi complemente al tumbarse.

Respuesta correcta: 2

T02 Visita preanestésica

P203 MIR 2018-2019

Respecto a la clasificación del riesgo anestésico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA), señale la respuesta FALSA:

1) Es la escala más utilizada para la valoración del riesgo anestésico.
2) Valora el estado físico del paciente.
3) La clasificación del paciente dependerá del tipo de cirugía a la que va a ser sometido.
4) Tiene en cuenta la patología concomitante que presenta el paciente.

Respuesta correcta: 3

P178 MIR 2017-2018

Se presenta en la consulta de valoración preanestésica un hombre portador de *stent* farmacoactivo implantado hace 2 meses, en tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) 300 mg/d y clopidogrel 75 mg/d y que debe someterse a una cirugía programada de extracción dentaria múltiple. Señale la mejor recomendación para mantener el equilibrio entre el riesgo trombótico y el riesgo hemorrágico de la cirugía propuesta:

1) Retrasar la cirugía durante 3 meses.
2) Mantener el tratamiento antiagregante.
3) Suspender el AAS y mantener el clopidogrel.
4) Reducir la dosis de AAS a 100 mg/día y suspender el clopidogrel hasta el día siguiente a la cirugía.

Respuesta correcta: ANU

P080 MIR 2014-2015

Un hombre de 70 años se debe someter a una cirugía de extracción de cataratas. Tiene una prótesis mecánica mitral desde hace 10 años y está en tratamiento con acenocumarol. El electrocardiograma muestra un ritmo sinusal. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones le parece más adecuada?

1) Realizar la cirugía ocular sin suspender el acenocumarol.
2) Suspender el acenocumarol 5 días antes de la cirugía y reiniciarlo el día posterior a la misma.
3) Suspender el acenocumarol 5 días antes de la cirugía, iniciar heparina de bajo peso molecular 3 días antes de la cirugía y suspenderla 24 horas antes de la misma.
4) Suspender el acenocumarol 1 día antes de la intervención y utilizar plasma fresco congelado durante la misma.
5) Suspender el acenocumarol 1 día antes de la intervención y dar vitamina K justo antes de la misma.

Respuesta correcta: 1

P137 MIR 2012-2013

Un paciente de 56 años de edad va a ser intervenido por un cáncer de esófago en las próximas cuatro semanas. Entre sus antecedentes personales destaca una cardiopatía isquémica que precisó de la implantación, 11 meses antes, de 4 endoprótesis coronarias *(stents)* recubiertas con fármacos. Por ese motivo se encuentra en tratamiento con doble antiagregación plaquetaria con 100 mg

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

de ácido acetilsalicílico y 75 mg de clopidogrel al día. ¿Qué decisión se debería tomar sobre la antiagregación preoperatoria del paciente?

1) Suspender ambos antiagregantes plaquetarios 7 días antes de la operación, por el riesgo de hemorragia durante la intervención.
2) Sustituir la doble antiagregación 7 días antes de la intervención por heparina de bajo peso molecular, en una dosis de 0,5 mg por kg de peso cada 12 horas, administrando la última dosis 12 horas antes de la intervención quirúrgica.
3) Suspender el clopidogrel 7 días antes de la operación y mantener el ácido acetil salicílico hasta el día de la intervención, para prevenir la obstrucción de los *stents* coronarios sin aumentar en exceso el riesgo de hemorragia intraoperatoria.
4) Mantener los dos antiagregantes plaquetarios 7 días antes de la intervención, dado que existe un riesgo muy elevado de obstrucción de los *stents* coronarios.
5) Suspender el ácido acetilsalicílico, mantener el clopidogrel hasta la intervención y complementar con heparina de bajo peso molecular hasta 12 horas antes de la misma.

Respuesta correcta: 3

T03 Manejo de la vía aérea

P204 MIR 2018-2019

Al evaluar la vía aérea de un paciente durante la consulta preanestésica podemos encontrar diferentes hallazgos. Señale aquel que NO es un predictor de vía aérea difícil:

1) Mallampati IV.
2) Apertura bucal menor de 3 cm (distancia interincisivos).
3) Distancia tiromentoniana mayor de 6.5 cm.
4) Imposibilidad de morder el labio superior con los incisivos inferiores.

Respuesta correcta: 3

T04 Fármacos en anestesiología

P204 MIR 2016-2017

En una paciente de 50 años, obesa, hipertensa e insuficiente renal terminal, con accidente cerebrovascular recuperado un año antes, se está procediendo a colocarle un catéter de hemodiálisis por vena subclavia derecha, tras profilaxis con 2 g de cefalosporina i.v. Se ha infiltrado la zona con mepivacaína. Se han realizado dos intentos de punción fallidos. La paciente está muy ansiosa, dice que le duele mucho, su frecuencia cardiaca se eleva a 125 lat/min y quiere que la duerman con anestesia general. El médico tiene problemas para que la paciente se mantenga quieta y seguir con el procedimiento. Cada vez está más descontrolada, se queja de que se marea y que no oye bien, se mueve incoordinadamente. A retirar los paños estériles se observa ligera midriasis bilateral y movimientos incoordinados. ¿Cómo actuaría ante este caso?

1) Administraría inmediatamente dosis progresivas de adrenalina y corticoides por la posibilidad que sea una anafilaxia al anestésico local o al antibiótico.
2) El cuadro es sugestivo de otro accidente cerebrovascular. Pediría una TC y descoagularla.
3) Sospecho un neumotórax iatrogénico, pediría una Rx de tórax urgente con portátil y me prepararía para drenar el neumotórax.
4) Sospecharía una absorción sistémica de anestésicos locales y detendría el procedimiento, administraría diazepam, oxígeno y medidas de soporte cardiovascular.

Respuesta correcta: 4

P172 MIR 2013-2014

Una mujer de 78 años de edad está siendo intervenida para implantarle un marcapasos definitivo por un bloqueo aurículo-ventricular. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y obesidad mórbida. El procedimiento es largo y laborioso por la obesidad de la paciente y se realiza mediante infiltraciones con anestésico local. A los cuarenta y cinco minutos del inicio de la intervención comienza a mostrarse agitada y con desorientación progresiva. Refiere que está mareada y que no ve ni oye bien. A la exploración física tiene una discreta midriasis bilateral, tiritonas y temblores distales en las extremidades superiores. ¿Cuál sería la actitud más lógica a seguir ante este cuadro clínico?

1) La sintomatología neurológica orienta a una toxicidad por anestésicos locales. Se debería interrumpir la administración de anestésico local, administrar diacepam o midazolam intravenosos, terminar el procedimiento lo antes posible y poner a la paciente bajo observación clínica.
2) La sintomatología es claramente compatible con un ictus isquémico agudo. Hay que completar el examen neurológico una vez finalizada la implantación del marcapasos e iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular a una dosis de 0,5 mg por kg y día, tras realizar un TAC urgente.
3) El cuadro clínico es compatible con una crisis de ansiedad provocada por el dolor durante la implantación del marcapasos. El tratamiento correcto incluye una mayor infiltración con el anestésico local para aliviar el dolor y la administración de diacepam intravenoso por sus efectos ansiolíticos.
4) Dados los antecedentes clínicos de la paciente, lo más probable es que esté sufriendo un síndrome coronario agudo. Se debe realizar un electrocardiograma, obtener una determinación de CPK-MB y avisar a Cardiología para iniciar el tratamiento adecuado.
5) Se debe realizar una determinación urgente de glucemia, dado que el cuadro clínico podría corresponder a una cetoacidosis diabética.

Respuesta correcta: 1

T05 Monitorización en anestesia

P024 MIR 2017-2018

Pregunta vinculada a la imagen n.º 24.

Hombre de 75 años que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre de 24 h de evolución. A la exploración física encontramos un paciente febril, obnubilado, inestable he-

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

modinámicamente y con vientre en tabla. Se solicita TC abdominal que revela neumoperitoneo y contenido abundante en cavidad peritoneal. Se decide traslado urgente a quirófano. Iniciamos resucitación con fluidos y ante la necesidad de infusión de vasoactivos, el residente procede a canalización de catéter venoso central. Al observar el color de la sangre muestra dudas y solicita realización de gasometría, Resultados: pH 7,30; pO_2 95 mmHg; pCO_2 44 mmHg; HCO_3 18 mmol/L; SO_2 95%. Señale la respuesta FALSA:

1) La imagen mostrada se ha obtenido a través de ultrasonidos.
2) Una de las posibles complicaciones de esta técnica es la punción de la arteria carótida común.
3) Si nos atenemos a los valores gasométricos, la técnica ha sido exitosa.
4) Con esa técnica se ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones.

Respuesta correcta: 3

P130 MIR 2014-2015

A un paciente de 40 años, clasificado como ASA I, según la escala de la *American Society of Anesthesiologists,* se le está practicando una colecistectomía laparoscópica por una colelitiasis. La intervención transcurre inicialmente sin complicaciones, pero a los cincuenta minutos de iniciada la misma se observa un incremento significativo de los niveles de dióxido de carbono (CO_2) teleespiratorios, sin alteración de la saturación arterial de oxígeno por pulsioximetría ni elevación de las presiones de ventilación. ¿Cuál sería su diagnóstico de presunción y su actitud ante este hallazgo?

1) Con estos hallazgos hay que sospechar la existencia de un enfisema subcutáneo, por lo que hay que explorar al paciente y solicitar que se disminuya la presión de insuflación del neumoperitoneo o incluso la interrupción del mismo.
2) El diagnóstico más probable es un neumotórax secundario a dióxido de carbono o capnotórax, por lo que hay que solicitar una radiografía de tórax urgente y preparar la inserción de un drenaje torácico.
3) La elevación de los niveles de dióxido de carbono es normal en el marco de una intervención laparoscópica. La única actitud a tomar es aumentar el volumen minuto en la máquina anestésica.
4) Hay que revisar la colocación del tubo orotraqueal por la posibilidad de que haya progresado y que estemos ante una intubación endobronquial, lo que resulta relativamente frecuente en esta cirugía por causa de la elevación del diafragma secundaria al neumoperitoneo.
5) La elevación del dióxido de carbono teleespiratorio, sin afectación de las presiones de ventilación, es típico del embolismo pulmonar masivo. Hay que interrumpir la intervención, ventilar con oxígeno puro y preparar drogas vasoactivas por la posible inestabilidad hemodinámica.

Respuesta correcta: 1

P023 MIR 2013-2014

Pregunta vinculada a la imagen n.° 12.

Una mujer de 88 años de edad con antecedentes de demencia tipo Alzheimer, insuficiencia mitral y fibrilación auricular persistente, ingresa en un hospital por un deterioro de su estado general que se atribuye a una infección urinaria. Las vías venosas periféricas no son accesibles y se opta por canalizar una vena central a través de una vena periférica (vena cefálica) guiado por ecografía. Una vez realizada la técnica, se comprueba que por el catéter refluye la sangre de forma normal. La paciente no ha presentado complicaciones durante la maniobra y posteriormente se realiza una radiografía de control del catéter. ¿Dónde le parece que se ha ubicado el extremo distal del catéter?

1) Vena subclavia derecha.
2) Vena yugular derecha.
3) Vena cava superior.
4) Vena basílica derecha.
5) Tronco braquiocefálico.

Respuesta correcta: 4

P024 MIR 2013-2014

Pregunta vinculada a la imagen n.° 12.

¿Cuál es la actitud más razonable en este momento?

1) Retirar todo el catéter y volverlo a introducir.
2) Extraer unos 10 cm el catéter e instaurar el tratamiento oportuno.
3) Canalizar otra vía venosa central por la yugular.
4) Dejarlo como está porque se puede utilizar para monitorizar presión venosa central.
5) No podemos utilizar el catéter porque ha perforado la vena y se localiza en pulmón.

Respuesta correcta: 2

T06 Complicaciones relacionadas con la anestesia

P138 MIR 2012-2013

Una paciente de 65 años de edad, sin antecedentes de interés, es intervenida de forma urgente por presentar una colecistitis aguda. Se decide proceder a la inducción anestésica mediante 200 mg de propofol y 100 mg de succinilcolina, seguida de un mantenimiento mediante isoflurano y una perfusión de remifentanilo. Poco después del comienzo de la cirugía, los niveles de dióxido de carbono teleespiratorio comienzan a subir. Minutos más tarde, la paciente presenta taquicardia de 140 latidos por minuto, con frecuentes extrasístoles ventriculares, y descenso de la saturación de oxígeno medida por el pulsioxímetro, a la vez que se aprecia una mayor dificultad para la ventilación mecánica pero sin disminución del volumen minuto. Se obtiene una gasometría arterial que muestra hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica. Se mide la temperatura, obteniendo 39 grados centígrados. ¿Cuál es la actitud adecuada?

1) La paciente tiene un despertar intraoperatorio que causa la taquicardia y el resto de los hallazgos. El procedimiento adecuado es aumentar la proporción de isoflurano en el gas inhalado, además de administrar un opiáceo para reforzar la analgesia.
2) El diagnóstico más probable es una sepsis de origen biliar. Se deben obtener hemocultivos, administrar un antibiótico de amplio espectro, paracetamol intravenoso y aumentar la proporción inhalada de isoflurano para profundizar la anestesia.

Para más contenido ir a “www.BMpdf.com”

3) La taquicardia y las extrasístoles ventriculares sugieren que la paciente presenta un síndrome coronario agudo que causa el resto del cuadro clínico. Se debe realizar urgentemente un electrocardiograma y administrar betabloqueantes y nitroglicerina intravenosa.
4) Probablemente es una reacción anafilactoide a alguno de los fármacos anestésicos. El tratamiento correcto incluye administrar antihistamínicos y corticoides, además de otras medidas de soporte vital avanzado que se puedan precisar.
5) El cuadro clínico podría corresponder a una hipertermia maligna y es una urgencia vital. Se deben descartar otras causas de hipertermia, suspender el isoflurano y administrar oxígeno al 100%, además de prepararse para la administración urgente de dantroleno sódico si se confirma el diagnóstico.

Respuesta correcta: **5**

T07 Manejo del dolor agudo postoperatorio

P127 | **MIR 2010-2011**

En relación al tratamiento del dolor agudo postoperatorio, señalar la incorrecta:

1) Es importante la participación de la enfermería en un equipo interdisciplinar.
2) La escala analógica visual permite valorar la eficacia del tratamiento.
3) La mejor técnica es aquella que produce menores efectos secundarios.
4) El fármaco de referencia es el paracetamol.
5) La técnica de elección es la analgesia controlada por el propio paciente.

Respuesta correcta: **4**

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "



MIR DESGLOSES COMENTADOS

AN

Anestesiología

T01 Modalidades de anestesia

P128 MIR 2015-2016

El caso clínico de la pregunta muestra claramente una cefalea postpunción dural. Recordemos que este tipo cefalea es un dolor no pulsátil generalmente frontooccipital que aparece típicamente después de una punción dural por fuga de líquido cefalorraquídeo. Es muy característico de este dolor que mejora en decúbito y empeora en bipedestación. El tratamiento de este cuadro se hará con AINE y corticoides. Si este tratamiento fracasa se podría realizar un parche hemático.

T02 Visita preanestésica

P203 MIR 2018-2019

Pregunta asequible sobre la escala ASA de valoración de riesgo prequirúrgico. Recordemos las dos características principales de esta escala:

- Sólo usa datos cualitativos.
- No tiene en cuenta la cirugía a la que va a ser sometido el paciente.

Teniendo claros estos dos conceptos, es una pregunta de fácil resolución.

P178 MIR 2017-2018

Pregunta confusa pues ninguna opción sigue claramente las guías de manejo farmacológico preoperatorio en paciente cardiópata. El caso clínico es de un paciente con un *stent* farmacoactivo implantado hace 2 meses que tiene que someterse a una cirugía PROGRAMADA de extracción dentaria. Analizando las opciones y con los datos que nos aportan del paciente la opción más verdadera sería la 1, suspender la cirugía 3 meses. Aunque en realidad, siguiendo las guías la cirugía, se debería suspender al menos 6 meses e idealmente 1 año.

P080 MIR 2014-2015

Pregunta acerca del manejo perioperatorio del paciente anticoagulado, en el que es fundamental valorar tanto el riesgo hemorrágico del procedimiento como el riesgo trombótico del paciente. Con respecto a este último, el paciente tiene una prótesis mecánica mitral. Por tanto, correspondería al grupo de alto riesgo trombótico. Por otro lado, el riesgo hemorrágico de la cirugía de cataratas sería bajo (moderado, en el caso de que se realizara mediante anestesia retrobulbar). Ante un paciente con bajo riesgo de sangrado, no estaría indicada la suspensión de la anticoagulación; más todavía, teniendo en cuenta que se trata de un paciente con alto riesgo trombótico (respuesta correcta: 1).

P137 MIR 2012-2013

Para la realización de procedimientos intervencionistas en pacientes con doble antiagregación se mantiene para la realización del procedimiento el ácido acetilsalicílico y se retira el otro antiagregante. Esto minimiza el riesgo de hemorragia durante el procedimiento y el de complicaciones trombóticas.

T03 Manejo de la vía aérea

P204 MIR 2018-2019

La valoración de la vía aérea difícil es un tema de moda en el examen MIR que puede volver a ser preguntado. Recordemos el acrónimo LEMON:

- *L: Look Externaly* (retrognatia, macroglosia, bocio, etc.).
- *E: Evaluate,* seguimos regla del 3-3-2:
  - Distancia entre incisivos MAYOR de 3 dedos.
  - Entre hueso hioides y mentón MAYOR de 3 dedos.
  - Entre escotadura tiroidea y piso de la boca MAYOR de 2 dedos.
- *M: Mallampati.*
- *O: Obstruction* (masas, infecciones ORL, traumatismos, etc.).
- *N: Neck Mobility.*

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T04 Fármacos en anestesiología

P204 MIR 2016-2017

En la pregunta nos hablan de una mujer a la que se le infiltró con mepivacaina, un anestésico local y que presenta: agitacion, ansiedad, midriasis y movimientos incoordinados.
Ante un cuadro de este tipo, tras el uso de anestésicos locales, lo primero que tenemos que sospechar es una intoxicación por anestésicos locales. El cuadro caracteristico inicia con sintomatologia neurológica como agitación, disartria, movimientos incoordinados, acúfenos o sensación metálica en la boca para acabar con síntomas cardiológicos, que van desde la simple bradicardia o el bloqueo A-V hasta la parada cardiorrespiratoria. El tratamiento de estos pacientes se hará con intralipid, benzodiacepinas y medidas de soporte cardiorrespiratorio en caso de que fuera necesario.

P172 MIR 2013-2014

En esta pregunta se describe una clínica neurológica tras la administración de infiltraciones con anestésico local. El abordaje directo de la pregunta puede ser muy complicado por ser un tema escasamente preguntado. Los anestésicos son fármacos muy liposolubles capaces de atravesar la barrera hematoencefálica si la dosis administrada es excesiva o se inyectan erróneamente por vía endovenosa. Recuerda que el tratamiento de estos pacientes se hará con intralipid, benzodiacepinas y medidas de soporte cardiorrespiratorio en caso de que fuera necesario. No obstante, es posible descartar el resto de opciones atendiendo a los datos del caso clínico.
Respuesta 2: esta clínica no orienta a un ictus isquémico, en cuyo caso el tratamiento apropiado no sería heparina.
Respuesta 3: en el enunciado no mencionan que presente dolor, por lo que infiltrar más anestésico empeoraría su situación.
Respuesta 4: un SCA tendría otra presentación clínica.
Respuesta 5: la cetoacidosis diabética es más típica de los jóvenes con diabetes mellitus tipo 1, siendo el coma hiperosmolar no cetósico una complicación típica de la diabetes tipo 2. No se menciona el tipo de diabetes, pero los factores cardiovasculares orientan hacia esta última.

T05 Monitorización en anestesia

P024 MIR 2017-2018

Pregunta asociada a imagen, aunque ésta no es imprescindible para responder la pregunta. Nos hablan de un residente que intenta canalizar una vía venosa central y que "alertado" por el color de la sangre solicita una gasometría donde se observa un pO_2 por encima de 90; cifras que no podemos encontrar en los gases venosos de un paciente en *shock* por lo que la punción será arterial y no venosa. Si analizamos el resto de las opciones es fácil ademas quedarnos con esta opción. Pues la ecografía redujo mucho las complicaciones en las punciones venosas centrales siendo una de las complicaciones más frecuentes la punción arterial.

P130 MIR 2014-2015

Pregunta difícil, pues hay dos opciones posibles. Primero, vamos a descartar las opciones falsas. La opción 2 habla de un capnotórax, proceso raro y que, en caso de producirse, sin duda elevaría las presiones ventilatorias. También elevaría las presiones ventilatorias la intubación endobronquial (opción 4), aunque este fenómeno es mucho más frecuente que el anterior. La opción 5 habla de un embolismo pulmonar masivo; si tuviéramos este cuadro, tendríamos una bajada brusca del gasto cardíaco y el carbónico descendería, no aumentaría.
Así pues, la duda está entre las opciones 1 y 3. Durante una laparoscopia, es habitual elevar el carbónico; sin embargo, cuando esto se produzca, tenemos que explorar al paciente y no bastará sólo con elevar el volumen tidal (opción 3, falsa). Así, por descarte, la respuesta correcta es la 1; lo que hay que hacer es explorar al paciente y, dado que lo más probable es que el cuadro esté causado por unas presiones de insuflación del neumoperitoneo elevadas, habrá que bajar estas presiones, planteándonos, incluso, detener la cirugía o transformarla en una cirugía abierta.

P023 MIR 2013-2014

La punta distal del catéter asciende por la vena cefálica hasta llegar a la vena axilar. Allí se introduce en la vena basílica derecha (otra de sus ramas) siguiendo una trayectoria descendente. En la imagen, por tanto, vemos que el catéter sigue primero una trayectoria ascendente y después, a nivel axilar, vuelve a descender por el brazo.

P024 MIR 2013-2014

Retirando el catéter 10 cm, nos aseguramos suficiente margen como para que la punta distal del catéter salga de la vena basílica y se reposicione correctamente. La opción 1 también podría ser correcta. No obstante, como se pregunta por la actitud más razonable en un primer momento, es lógico pensar que antes de volver a introducir todo el catéter en un paciente con malos accesos vasculares periféricos primero se debe intentar solucionar la malposición con una extracción parcial.

T06 Complicaciones relacionadas con la anestesia

P138 MIR 2012-2013

La hipertermia maligna es un estado hipermetabólico agudo, muy poco frecuente pero grave, que puede aparecer en la inducción de la anestesia general. Existen varios fármacos que predisponen a ella, entre los cuales se encuentran el isofluorano y la succinilcolina, los dos usados en esta paciente. Los principales signos son los que aparecen en este caso: la taquicardia, hipercapnia por aumento de la producción de CO2, el aumen-

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

to de la temperatura, acidosis metabólica. Debe suspenderse el fármaco desencadenante de inmediato y administrarse dantroleno de inmediato porque, en cuestión de minutos, aparece una fibrilación ventricular (principal causa de muerte) seguida de coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda.

T07 Manejo del dolor agudo postoperatorio

P127 MIR 2010-2011

La escalera analgésica de la OMS tiene tres niveles:

1. AINE o paracetamol.
2. Opiáceo menor.
3. Opiáceo mayor.

Se utiliza como una guía, es decir, no existe ningún fármaco de referencia (por ello, la respuesta 4 es incorrecta). En base a la intensidad del dolor de cada paciente, se emplea un fármaco u otro, pudiendo incluso combinarse. Se recomienda el uso de AINE en los episodios del dolor agudo leve o moderado como primera opción terapéutica.

Los adyuvantes analgésicos se utilizan como un complemento del tratamiento con AINE y opiáceos. En general, no deben utilizarse de manera única en el tratamiento del dolor agudo.

A continuación, vamos a comentar el resto de opciones que plantea la pregunta:

- Respuesta 1: es correcta ya que los enfoques multidisciplinares en el manejo del dolor, particularmente en el dolor agudo, llevan a una mejoría en los resultados y alivio del paciente.
- Respuesta 2: se han utilizado diferentes escalas estandarizadas para la evaluación de la intensidad del dolor y la eficacia del tratamiento; algunas de ellas son: escalas analógicas visuales, escalas de rangos numéricos, escalas verbales, escalas de expresión facial y escalas de comportamiento.
- Respuesta 3: es correcta ya que nuestro objetivo principal es aliviar el dolor produciendo los menores efectos adversos.
- Respuesta 5: se han realizado metanálisis que han demostrado que la analgesia controlada por el paciente (ACP) proporcionó un mejor control del dolor que la analgesia convencional.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "