

Módulo 1

• Respecto a los Cuidados Paliativos NO es cierto que:

- A. Integran los aspectos psicosocial y espiritual de los cuidados de los pacientes.
- B. Tratan las necesidades de los pacientes y sus familias.
- C. Mejoran la calidad de vida y pueden acelerar o posponer la muerte según los deseos del paciente.
- D. Aceptan la muerte como un proceso biológico normal.

Los CP proporcionan alivio del dolor y otros síntomas. Afirman la vida, y consideran la muerte como un proceso normal. No intentan acelerar ni posponer la muerte.

• ¿Por qué es importante conocer con cierta aproximación el tiempo de supervivencia de los pacientes?

- A. Para ajustar las medidas diagnósticas y terapéuticas a una cronología realista.
- B. Para evitar tanto el sobret ratamiento como el infratratamiento.
- C. Para organizar mejor la labor asistencial.
- D. Todas son correctas.

Al conocer el pronóstico podemos adaptar las medidas terapéuticas más convenientes para cada situación.

• ¿Cuál de estas afirmaciones NO corresponde a la definición de enfermedad en situación Terminal?

- A. Presencia de enfermedad incurable con respuesta variable al tratamiento específico que probablemente evolucionará hacia la muerte a medio plazo.
- B. Síntomas multifactoriales, cambiantes y de intensidad variable.
- C. Gran impacto emocional o sufrimiento sobre el paciente, familia y personal sanitario.
- D. Presencia implícita o explícita de la muerte.

Presencia de enfermedad progresiva e incurable, con posibilidades limitadas de respuesta a l tratamiento específico, asociada a la presencia de síntomas, el impacto emocional sobre el enfermo, familia, equipo, y un pronóstico limitado de vida.

• Señale la respuesta FALSA respecto a la comunicación de malas noticias:

- A. Buscar el lugar y el momento.
- B. Estar seguro de lo que se informa.
- C. Preparar la entrevista siguiendo un protocolo.
- D. Averiguar que sabe el paciente, que quiere saber y las condiciones en que está

En la comunicación es difícil establecer protocolos, cada situación es única porque las personas que la componen son únicas aunque existen métodos orientativos.

• **NO es un principio básico en Bioética:**

- A. Maleficencia.
- B. Justicia.
- C. Beneficencia.
- D. Autonomía.

Los 4 principios bioéticos fundamentales son: No Maleficencia, Justicia, Beneficencia y Autonomía.

• **Sobre la evaluación de la Complejidad en Cuidados Paliativos (CP), es FALSO QUE:**

- A. Ayuda a estimar los recursos sanitarios necesarios.
- B. Una situación de alta complejidad puede precisar la intervención de equipos específicos de CP.
- C. Los recursos convencionales son necesarios sobre todo si la situación no es compleja.
- D. La NECPAL CCOMS-ICO© es un instrumento diagnóstico que nos ayuda a identificar la complejidad

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO© es un instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada o terminal (oncológica o no oncológica) y necesidad de atención paliativa en Servicios de Salud y Sociales. EL IDC-PAL© es un instrumento diagnóstico que nos ayuda a identificar la complejidad.

• **No es una enfermedad subsidiaria de Cuidados Paliativos:**

- A. ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica).
- B. Enfermedad cardíaca crónica avanzada.
- C. Estados vegetativos agudos.
- D. SIDA avanzado.

Estados vegetativos persistentes si son subsidiarios de CP.

• **En el análisis de casos mediante deliberación en conflictos éticos:**

- A. Siempre existe un conflicto de al menos 3 valores.
- B. Tomar la decisión menos lesiva para los valores en conflicto.
- C. Es independiente del marco jurídico.
- D. Es un análisis exclusivo de los Comités de Ética Asistenciales referentes.

En los casos necesarios, si existen dudas en el equipo asistencial, se puede consultar al Comité de Ética Asistencial referente para ayudar en la decisión.

• **De las siguientes afirmaciones, es FALSO QUE:**

- A. La Eutanasia es la acción que trata de causar la muerte a una persona con una enfermedad terminal como única forma de aliviar el sufrimiento a petición del enfermo.
- B. El encamizamiento puede ser diagnóstico o terapéutico.
- C. El Consentimiento Informado se otorga siempre que lo decida el profesional sanitario.
- D. La falta de habilidades de comunicación del profesional puede favorecer la comunicación inadecuada de las malas noticias.

El artículo 8 de la Ley de Autonomía del Paciente (41/2002), señala que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente, necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información de forma entendible, haya valorado las opciones propias del caso, denominándose consentimiento informado.

• **NO es un criterio de terminalidad:**

- A. Urgencias o ingresos en los últimos 6 meses.
- B. Albúmina sérica > 2.5 gr/dl.
- C. Progresión de enfermedad bien documentada que haya generado una creciente necesidad de atención sanitaria.
- D. Insuficiencias orgánicas avanzadas.

Albúmina sérica < 2.5 gr/dl es un criterio de desnutrición para enfermedad terminal.

Módulo 2

• **Con respecto al dolor que es falso:**

- A. EL Dolor Crónico No Oncológico afecta al 10-25 % de la población.
- B. El Dolor Crónico Oncológico afecta a un 70 % de la población.
- C. El dolor irruptivo oncológico es aquel que aparece por un fallo de la analgesia basal.
- D. El objetivo del tratamiento del Dolor Crónico No Oncológico es mantener la funcionalidad física del paciente y la calidad de vida.

El dolor irruptivo oncológico (DIO) es una exacerbación transitoria del dolor que aparece espontáneamente o en relación a un desencadenante concreto, predecible o no, en un paciente con un dolor basal estable y adecuadamente controlado. Tiene una alta prevalencia, es de rápida aparición, corta duración y de una intensidad moderada a alta. Implica un dolor capaz de sobrepasar la analgesia adecuada basal; por lo tanto aquel dolor que aparece por un descenso de la analgesia basal, como por ejemplo "Fallo de final de dosis" no puede considerarse dolor irruptivo.

• **¿Cuál de las afirmaciones siguientes con respecto a la indicación de los opioides es falsa?**

- A. Los opioides están indicados en el dolor crónico no oncológico en pacientes con dolor psicógeno.
- B. En el dolor final de dosis debemos reajustar la dosis de opioides.
- C. Dolor refractario a otros tratamientos.
- D. En el dolor irruptivo como tratamiento de rescate.

Los opioides están indicados principalmente en Dolor crónico no oncológico. La eficacia en este caso puede evaluarse desde tres puntos de vista: variabilidad en la respuesta, tolerancia e idoneidad del tratamiento. Deben utilizarse siempre pautados y son recomendables fármacos de liberación retardada. Los siguientes criterios son importantes en la selección de estos pacientes: **Evaluación psicofísica previa, para descartar adicciones, confirmar que no es un dolor psicógeno, intensidad moderada-severa.** Otra indicación es el dolor refractario a otros tratamientos o imposibilidad de utilizar otros analgésicos. Cuando se trata de un dolor «fin de dosis» debemos ajustar la dosis que estamos administrando, porque lo que existe es una infradosificación. En el dolor irruptivo se dará dosis de rescate.

• **Respecto a las interacciones farmacológicas de los AINE todas son correctas excepto:**

- A. Betabloqueantes porque disminuyen su efecto hipotensor.
- B. Sulfonilureas por riesgo de hipoglucemias.
- C. Diuréticos de asa porque disminuyen su efecto.
- D. La indometacina aumenta la absorción de los antiácidos.

Las interacciones farmacológicas más importantes de los AINE son las siguientes:

- *Antiácidos: disminuye su absorción, sobre todo indometacina y naproxeno.*
- *Anticoagulantes orales: riesgo aumentado de sangrados.*
- *Betabloqueantes: retención hidrosalina. Con indometacina y piroxican disminuye el efecto hipotensor.*
- *Digoxina: aumenta su concentración plasmática y el riesgo de toxicidad.*
- *Diuréticos ahorradores de potasio, porque pueden causar hiperpotasemia.*
- *Diuréticos de asa, ya que reducen su efecto, lo que hay que tener en cuenta en insuficiencia renal y ancianos.*
- *Heparinas, que aumenta el riesgo de sangrados.*
- *IECAS, porque reducen el efecto antihipertensivo y inducen retención de sodio.*
- *Sulfonilureas, por el riesgo de hipoglucemias, sobre todo con salicilatos.*

• **Cuál de las siguientes es cierta:**

- . El haloperidol no es útil en los vómitos por opioides.
- A. La gabapentina está indicada en el dolor neuropático.
- B. El clonazepan no es útil para el tratamiento de los calambres nocturnos.
- C. Uno de los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos es la incontinencia urinaria.

El haloperidol es de elección en los vómitos por opioides. La gabapentina está indicada en dolor neuropático (polineuropatía diabética, neuralgia postherpética, neuralgia del Trigémino, dolor del miembro fantasma, dolor asociado a lesión de médula espinal, lesiones tumorales o las polineuropatías por VIH). El clonazepan un relajante muscular y ansiolítico útil en la neuralgia del trigémino y en los calambres nocturnos. Los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos son: estreñimiento, boca seca, retención de orina, visión borrosa y confusión.

• **Con referencia a los opioides que respuesta es la falsa**

- . La oxycodona no debe usarse si existe fleo paralítico.
- A. El tapendalol produce una mayor dependencia física.
- B. La oxycodona más naloxona disminuye la incidencia de estreñimiento.
- C. El uso del citrato de fentanilo transmucoso requiere la presencia de saliva y la colaboración del paciente.

El tapendalol produce menor dependencia física. Tiene menor influencia en insuficiencia renal y hepática y como efectos secundarios específicos produce: rubor, ansiedad/ depresión y cefalea.

• **Que es cierto con respecto a la disnea:**

- . Puede ser debida a múltiples causas: pulmonares, cardiovasculares, sistémicas.
- A. Su prevalencia en cuidados paliativos es muy elevada.
- B. Es muy común en pacientes oncológicos y con frecuencia infratratada.
- C. Todas son ciertas.

Las causas de la disnea pueden ser:

- *Causas pulmonares: EPOC, asma, enfermedades intersticiales, infecciones, broncoespasmo, neoplasias, derrame pleural, edema agudo de pulmón, atelectasia, etc.*
- *Causas cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía isquémica, derrame pericárdico, síndrome de la vena cava superior, tromboembolismo pulmonar.*
- *Causas sistémicas: anemia, debilidad muscular respiratoria, elevación diafragmática, deformidades de la caja torácica, linfangitis carcinomatosa, enfermedades neuromusculares, ansiedad, etc.*

Su prevalencia en cuidados paliativos es elevada, puede alcanzar el 85% en los pacientes con ICC y más del 90% en EPOC. Es muy común en pacientes oncológicos y con frecuencia esta infratratada. Es un síntoma discapacitante en pacientes con un deterioro general de la calidad de vida y se suele presentar en el 80 % de los casos en los últimos días de vida en el contexto de un fracaso multiorgánico. Es un factor de mal pronóstico a muy corto plazo.

• **Síntomas urgentes ¿Cuál es la falsa?**

- . La hemorragia masiva es la pérdida de 250cc de volumen sanguíneo de forma abrupta o más de 400-600cc en 24 h.
- A. Si la calcemia es superior a 13mg/dl se requiere ingreso hospitalario.
- B. La triada clásica del síndrome de la vena cava superior es: edema en esclavina, cianosis en cara y extremidades superiores, y circulación colateral toracobraquial.
- C. En el 70% de casos de compresión medular se afecta la medula cervical.

La compresión medular es una emergencia médica provocada por la compresión de la medula espinal por un tumor primario o metastásico que puede causar lesiones neurológicas irreversibles. El 70 % afecta a la medula dorsal, 20% a la lumbar y el 10 % a la cervical. La sintomatología variara según donde este localizada la compresión.

• **La xerostomía se define como la sensación subjetiva de boca seca que no siempre se acompaña de disminución de la producción de saliva boca. Indique cuál de estas medidas no es efectiva para el cuidado de la boca seca:**

- . Hidratación de labios con lubricantes.
- A. Salivas artificiales.
- B. Colutorios con alcohol.
- C. Estimular la salivación con medidas no farmacológicas.

Recomendaciones del cuidado de la boca

- *Higiene bucal; cepillado de los dientes y lengua después de las comidas, con dentífrico y cepillo suave para evitar la irritación o lesión de la mucosa.*
- *En caso de gran debilidad, puede emplearse una torunda.*
- *Hidratación de labios empleando lubricantes o hidratantes labiales. No emplear vaselina, ya que suele incrementar la sequedad.*
- *Líquidos a pequeños sorbos, realizando enjuagues (evitar los que contengan alcohol), masticando chicles sin azúcar, helados, agua tónica congelada, cubitos de hielo, tabletas de vitamina C etc.*
- *Salivas artificiales en colutorio: Metilcelulosa 2 gr, glicerina 10 gr, esencia de limón 1 gota y nigapán sódico 0.1 gr csp 100 ml.*

• **En cuanto al delirio, ¿cuál es cierta?:**

- Se define como un estado confusional agudo que se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, pensamiento, memoria, la conducta psicomotriz, la emoción y el ritmo sueño-vigilia.
- A. Es de inicio brusco y curso fluctuante.
- B. El tratamiento de base es la corrección de las causas precipitantes.
- C. Todas son ciertas.

El delirio es un estado confusional agudo que se caracteriza por la alteración simultánea de la atención, la percepción, pensamiento, memoria, la conducta psicomotriz, la emoción y el ritmo sueño-vigilia. Es de inicio brusco y curso fluctuante. La base del tratamiento es la corrección de las causas precipitantes y como medidas farmacológicas: haloperidol, levopromazina, midazolam.

• **De las siguientes, ¿cuál es la falsa?:**

- El estreñimiento es una defecación infrecuente y dificultosa. Puede afectar hasta el 65% de pacientes oncológicos.
- A. No podemos usar naloxegol si el paciente toma opioides.
- B. El prurito se agrava si existe ansiedad, sequedad de la piel o aumento de calor.
- C. La mejor herramienta para la detección de la depresión en cuidados paliativos es la entrevista clínica.

El Naloxegol 12.5-25 mg comprimido una vez al día, se utiliza para EIO (estreñimiento inducido por opioides). Se puede combinar con laxantes. No utilizar si: obstrucción intestinal maligna, perforación abdominal, inhibidor de factor vascular de crecimiento endotelial, inhibidores del citocromo CYP3A4 (CBZ, ketoconazol, hierba de San Juan, pomelo).

Módulo 3

• **¿Cuál o cuáles de las siguientes características identifican a un paciente en situación de últimos días?**

- Nariz con aspecto afilado y ojos hundidos.
- A. Interés por levantarse de la cama, recibir visitas e interesarse por todo lo que sucede al su alrededor.
- B. Pérdida del oído y tacto como afectación sensorial primaria.
- C. Cambio en coloración de la piel adquiriendo un tono más rosado.

En este apartado se exponen algunas de las características que identifican a la persona en SUD y entre ellas están: aumento de la sensación de cansancio, debilidad y somnolencia / Menor interés por levantarse de la cama o recibir visitas / Menor interés por lo que sucede a su alrededor / Cambio de color de la piel

(palidez, color amarillento) / Nariz con aspecto afilado y ojos hundidos / El oído y el tacto son los dos sentidos sensoriales que se mantienen hasta el final.

• **¿Cuál o cuáles de las siguientes identificas como una barrera a superar en el diagnóstico de los pacientes en fase terminal?**

- Tener ya un diagnóstico definitivo claro.
- A. Esperanza de que el paciente pueda mejorar.
- B. Reconocer los síntomas y signos claves.
- C. Tener en cuenta los ritos o tradiciones culturales y religiosos.

Dificultades y barreras en el cuidado de los últimos días u horas. Barreras para el diagnóstico de la fase agónica/preagónica: Esperanza de que el paciente pueda mejorar/ Ausencia de un diagnóstico definitivo/ Conformidad con intervenciones poco realistas o fútiles/ Desacuerdo acerca de la situación del paciente / Falta de reconocimiento de los signos y síntomas clave / Desconocimiento sobre pautas de prescripción / Dificultades en la comunicación con el enfermo y su familia / Dudas acerca de retirar o mantener los tratamientos / Miedo a acortar la vida / Dudas acerca de la resucitación cardiopulmonar / Barreras culturales y espirituales / Aspectos médico-legales.

• **Dentro de los cuidados físicos como manejo no farmacológico de la SUD (situación de últimos días), NO tiene cabida una de las siguientes opciones:**

- Revisar la medicación y suspender todos los tratamientos que no sean necesarios.
- A. Mantener la hidratación y nutrición del paciente.
- B. Preparar alternativas a la vía oral.
- C. Suspender todas aquellas pruebas e intervenciones que consideremos innecesarias.

Cuidados físicos: Revisar la medicación y suspender todos los tratamientos que no sean imprescindibles / Asegurarse de que esté disponible la medicación que pueda ser necesaria y preparar alternativas a la vía oral (subcutánea y/o rectal, dado que la endovenosa, que sigue utilizándose en el medio hospitalario, sólo estaría indicada para casos de riesgo de hemorragias masivas o de fallecimiento por sofocación) / Suspender todas las pruebas e intervenciones innecesarias (analíticas, toma de constantes, etc.) / Mantener la observación para obtener el mejor control de síntomas posible.

• **Los estertores premortem:**

- Son un síntoma muy frecuente y específico de la SUD.
- A. Son ruidos producidos por movimientos oscilatorios de las secreciones de las vías respiratorias superiores durante inspiración y espiración.
- B. Se pueden tratar con butilescopolamina subcutánea (SC).
- C. Todas son correctas.

Los estertores premortem: Los estertores del moribundo son un síntoma muy frecuente y específico en esta fase. Se refieren a los ruidos producidos por movimientos oscilatorios de las secreciones de las vías respiratorias superiores durante la inspiración y espiración (conocido como el ruido "en olla de caracoles"). Generalmente se producen en pacientes obnubilados o tan debilitados que no pueden expectorar. Además de las medidas generales (posición semiprono para facilitar el drenaje postural, explicar el proceso fisiopatológico a los familiares, succión traqueal o nasofaríngea suave recomendadas sólo en casos con historia previa favorable), se recomienda utilizar fármacos antisecretores, que deben iniciarse tan pronto como sea posible. El fármaco más utilizado en nuestro medio es butilescopolamina por

vía SC. La dosis habitual de butilescopolamina es en bolos SC de 20 mg/4-6 h o mediante infusor, 100 mg/24h.

• **En cuanto a la sedación paliativa, no es correcto que:**

- Para llevarla a cabo, debemos asegurarnos que nos encontramos ante un síntoma refractario.
- A. El delirium, la disnea, el dolor y el síndrome emético incoercible son algunos de los síntomas que se consideran refractarios.
- B. La morfina se emplea para sedar por dolor o disnea.
- C. El midazolam es la benzodiacepina más utilizada en SP para aliviar la mayor parte de los síntomas.

Ante un síntoma de difícil control, es posible que nos preguntemos si con éste sería necesaria una sedación. Para ello debemos saber si estamos ante un síntoma refractario, que es aquel que no puede ser controlado adecuadamente sin comprometer la conciencia del enfermo, a pesar de intensos esfuerzos para encontrar un tratamiento tolerable durante un tiempo razonable. Cuando se agotan las posibilidades de intervención, se entiende que el sufrimiento es refractario. Son síntomas refractarios frecuentes: delirium, disnea, dolor, sufrimiento psicológico, ataques de pánico, hemorragias, síndrome emético incoercible (náuseas y vómitos). MIDAZOLAM (MDZ): Pertenece al grupo de las benzodiacepinas (BDZ). Es más potente que el diazepam y el más usado para SP (mayoría de los síntomas). La MORFINA es un opioide utilizado para tratar el dolor y la disnea, pero no se utiliza para la sedación paliativa (primaria).

• **Respecto a la vía subcutánea, señale la correcta:**

- Alto coste.
- A. Deberá ser manipulado por personal cualificado.
- B. Favorece la autonomía del paciente.
- C. La zona de incisión será preferentemente en brazos.

Las características principales de la vía subcutánea con son el bajo coste, escasos efectos secundarios, sencillez en el manejo por lo que puede ser administrado por la familia, favorece la autonomía del paciente. Aunque se puede utilizar en cualquier parte del cuerpo, la región infraclavicular suele ser la más habitual.

• **La administración de medicación mediante la vía subcutánea en un enfermo terminal posee unas indicaciones, señale la falsa:**

- Problemas para la administración por vía oral.
- A. Estados confusionales, alteraciones de la conducta o agonía.
- B. Administrar analgésicos a alta dosis de manera mas eficaz y rápida.
- C. Cuando el paciente diagnosticado de una enfermedad es dado de alta del hospital y así poder continuar con su tratamiento.

Las indicaciones más habituales son, problemas para la administración de la vía oral por diversos motivos, estados confusionales, alteraciones de la conducta o agonía, administración de analgésicos a altas dosis, necesidad de tratamiento domiciliario. Al alta la vía oral será de elección. Un paciente a pesar de tener una enfermedad terminal podrá recibir su tratamiento farmacológico por vía oral siempre que sea posible.

- **El paciente terminal y su familia deberán ser tratados como una unidad, las principales necesidades de la familia son todas EXCEPTO:**

- Recibir ayudas económicas debido el alto coste de los cuidados
- A. Disponer de entrenamiento y asesoramiento para los cuidados.
- B. Disponer de tiempo libre y relevos.
- C. Recibir información completa, continuada y de calidad por los profesionales.

Entre las principales necesidades de la familia, encontramos: disponer de entrenamiento y asesoramiento para los cuidados, disponer tiempo libre y relevos, recibir información por los profesionales. Se proporcionara la información de los recursos disponibles para familias con necesidades económicas ya que la atención al paciente terminal puede suponer un coste adicional. No todas las familias requerirán esa ayuda.

- **Señale la afirmación correcta respecto al abordaje del duelo:**

- Es conveniente iniciar tratamiento farmacológico con antidepresivos a dosis bajas y así aliviar el sufrimiento.
- A. **Es preferible esperar que la familia se sienta preparada para abordar el tema de la muerte.**
- B. Para la mayoría de los duelos únicamente bastará con el apoyo familiar y de amigos, donde el papel de los profesionales será dar información y recursos disponibles.
- C. Una valoración precoz por un equipo de Salud Mental ayuda a prevenir un duelo complicado.

La Guía NICE establece un modelo de atención al duelo en tres niveles, el nivel 1 refieren que la mayoría de los duelos bastará con el apoyo familiar y amigos, y los profesionales únicamente aportaran información acerca del duelo. No se recomienda tratamiento farmacológico en el duelo normal al no tratarse de una enfermedad. Los profesionales deben abordar el duelo para prevenir e identificar a las personas de alto riesgo de desarrollar un duelo patológico. Los equipos de Salud mental únicamente serán derivados los duelos complicados tras la valoración del equipo de Atención Primaria o Cuidados Paliativos.

- **Existen factores de riesgo para desarrollar un duelo patológico, señale la respuesta verdadera:**

- Muerte repentina e inesperada.
- A. Personas solitarias o distantes.
- B. Muerte de un hijo por enfermedad hereditaria.
- C. **Todas son correctas.**