

Resultado del Examen: 100%

1. Son criterios diagnósticos de dolor irruptivo oncológico

- a) Presencia de dolor basal durante > de 12 horas al día en la semana previa a la evaluación.
 - b) Control adecuado del dolor basal.
 - c) Presencia de exacerbaciones transitorias del dolor.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
-

2. El dolor irruptivo oncológico se caracteriza por

- a) Una instauración insidiosa de dolor irruptivo oncológico y progresiva.
 - b) Una duración inferior a 30 minutos en la mayoría de pacientes.
 - c) No estar relacionada con la propia neoplasia o su tratamiento en la mayoría de los pacientes.
 - d) Cuando es de características neuropáticas suele ser de larga duración.
-

3. El tratamiento farmacológico del dolor irruptivo oncológico (marque la correcta)

- a) Debe realizarse por vía intranasal.
 - b) Es preferible realizarlo con analgesia del segundo escalón.
 - c) Puede realizarse por vía subcutánea.
 - d) Si se realiza con fentanilo no es recomendable que el paciente esté en tratamiento con opioides.
-

4. El opioide ideal para el tratamiento del dolor irruptivo se caracteriza por

- a) Debe tener una baja biodisponibilidad.
 - b) Debe ser predominantemente hidrofílico.
 - c) Debe tener un rápido inicio de acción.
 - d) Debe permanecer en plasma por un periodo de tiempo largo, preferiblemente, más de 4 horas.
-

5. El citrato de fentanilo oral transmucosa (marque la incorrecta)

- a) Fue la primera formulación de fentanilo disponible para el tratamiento del dolor irruptivo oncológico
 - b) Precisa de la colaboración activa del paciente para su utilización.
 - c) Su biodisponibilidad es de alrededor de un 75%.
 - d) El paciente puede controlar la dosis a administrar en cada episodio de dolor irruptivo oncológico.
-

6. La tableta bucal de fentanilo para el tratamiento de dolor irruptivo oncológico (marque la correcta)

- a) Su sistema de liberación Oravesscent® le confiere una alta liposolubilidad.
 - b) Es efectiva a partir de los 5 minutos de administración.
 - c) Es equivalente en dosis al citrato de fentanilo oral transmucosa.
 - d) No puede recomendarse su utilización a largo plazo ya que no fue bien tolerada en los estudios de dolor irruptivo oncológico al respecto.
-

7. El comprimido sublingual de fentanilo

- a) Tiene establecida una equivalencia 1:2 frente a citrato de fentanilo oral transmucosa.
 - b) Se disgrega rápidamente al contacto con la mucosa sublingual.
 - c) Consiste en un agregado de partículas de fentanilo recubiertas por un material bioadhesivo.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
-

8. El fentanilo intranasal (marque la incorrecta)

- a) No debe utilizarse en caso de rinitis alérgica.
 - b) Confiere inicio de analgesia desde los cinco minutos de su aplicación.
 - c) Su absorción a través de la mucosa nasal se relaciona con la presencia de calcio en la mucosa.
 - d) Todas las anteriores son incorrectas.
-

9. Usted visita a un paciente con una neoplasia de pulmón que presenta dolor irruptivo oncológico espontáneo. Está tratado con 180 mg de morfina al día vía oral, ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y

gabapentina 400 mg tres veces al día. ¿Qué dosis de fentanilo sublingual utilizaría para INICIAR el tratamiento de su dolor irruptivo oncológico?

- a) 100 microgramos.
- b) 200 microgramos.
- c) 300 microgramos.
- d) 800 microgramos.

10. En el caso anterior ¿qué recomendaría a su paciente si no consiguiese un buen control del dolor a los 20 minutos de la toma del comprimido de fentanilo sublingual?

- a) Acudir a urgencias del hospital.
- b) Tomar una dosis de su rescate habitual.
- c) Repetir la dosis de abstral.
- d) Administrar una dosis equianalgesica de citrato de fentanilo oral transmucosa.

11. La dosis para tratar un episodolor irruptivo oncológico de dolor irruptivo oncológico con fentanilo en formulación tras mucosa:

- a) Corresponde a un sexto de la dosis total equivalente diaria de morfina.
- b) Acostumbra a ser diferente en función del opioide de base.
- c) Se relaciona con la dosis total equivalente de morfina en 24 horas.
- d) Se obtiene a través del proceso de titulación.

12. Los efectos secundarios del fentanilo sublingual:

- a) No suelen ser diferentes a los del tratamiento opioide de base.
- b) Impiden una correcta titulación en un 50% de los pacientes aproximadamente.
- c) Suelen ser depresión respiratoria y estreñimiento por este orden de frecuencia.
- d) Ninguna de las anteriores es correcta.

13. La oxicodona de liberación rápida por vía oral:

- a) Es el tratamiento de elección del dolor irruptivo oncológico en el paciente en tratamiento con oxicodona de liberación sostenida.
- b) Confiere inicio de analgesia desde los cinco minutos de su ingesta.
- c) Mimetiza con precisión el perfil clínico del dolor irruptivo oncológico.
- d) Todas las anteriores son incorrectas.

14. Usted atiende a un paciente afecto de una neoplasia de hipofaringe que presenta dolor irruptivo oncológico en forma de crisis lancinantes de alta intensidad, instauración rápida, corta duración y que se producen espontáneamente. Está siendo tratado con metamizol y gabapentina con buen control del dolor basal. Señale la correcta:

- a) El paciente debe ser tratado con fentanilo sublingual ya que presenta dolor irruptivo oncológico.
- b) El paciente no debería ser tratado con fentanilo transmucosa ya que no recibe tratamiento opioide de base.
- c) El paciente no puede ser catalogado de presentar dolor irruptivo oncológico ya que no está siendo tratado con opioides de base.
- d) Todas las anteriores son incorrectas.

15. En cuanto al impacto del dolor irruptivo oncológico (señale la correcta)

- a) Suele ser una causa de visita a los Servicios de Urgencias en el paciente oncológico.
- b) No acostumbra a tener un impacto negativo en los costes sanitarios.
- c) Raramente es causa de merma en la calidad de vida del paciente oncológico.
- d) No influye determinadamente en el estado emocional del paciente.

16.Cuál de los siguientes es correcto

- a) A nivel conductual la cultura nos enseña generalmente, a controlar el dolor.
- b) La cultura influye profundamente en los modos en que percibimos, controlamos y expresamos el dolor.
- c) No existen diferencias en la expresión del dolor físico pero sí en la expresión del dolor emocional en algunas culturas.

d) Es importante que el personal sanitario sea culturalmente afín a los pacientes que expresan dolor para poder entenderles mejor.

17. Señale la respuesta correcta:

- a) El sufrimiento prolongado siempre genera dolor crónico.
 - b) El sufrimiento significa diferentes cosas, según la fuente de dolor.
 - c) La percepción del dolor está en función del significado atribuido a él.
 - d) La percepción del dolor no influye en la experiencia que se tiene de éste.
-

18. El tratamiento más eficaz del dolor consiste en:

- a) Aplicar técnicas psicológicas junto con tratamientos médicos y tratamientos complementarios.
 - b) Aplicar tratamientos psicológicos y médicos.
 - c) La aplicación de tratamientos farmacológicos y los tratamientos culturalmente empleados en cada cultura (por ejemplo, ungüentos).
 - d) Aplicar los tratamientos culturalmente mas aceptables para el paciente.
-

19. El paciente con dolor crónico:

- a) Se sentirá siempre aislado y desesperado.
 - b) Se sentirá desesperanzado e impotente aunque tenga las habilidades emocionales óptimas para afrontarlo, debido a la cronicidad de sus síntomas.
 - c) Se aislará solamente cuando el dolor conlleve incapacidad física que le impida salir de su casa.
 - d) Deberá emplear habilidades de afrontamiento que ha utilizado exitosamente en el pasado, para enfrentarse de maneras eficaces al dolor y evitar caer en la desesperanza y aislamiento.
-

20. Los pacientes con dolor:

- a) Generalmente tienen problemas de comunicación con los demás por no expresar adecuadamente la intensidad de su dolor: no quieren "molestar" a las personas de su entorno.
 - b) Niegan sus propios sentimientos o a no reconocer los de los demás.
 - c) No se sienten escuchados si tiene dolor crónico, porque los demás se sienten impotentes ante sus quejas y no les escuchan.
 - d) Pueden tener problemas de comunicación con los demás si existe una discordancia entre los mensajes que emiten y lo que realmente quieren decirlo.
-

21. La actitud más importante del profesional ante un paciente con dolores la de:

- a) La escucha y la empatía activa.
 - b) La empatía es la fundamental.
 - c) La escucha activa, la empatía y la adecuada administración de fármacos.
 - d) La empatía y la escucha activa.
-

22. Según Carkhuff existen tres tipos de escucha:

- a) La escucha activa, la observación y la atención física.
 - b) La escucha, la atención y la conservación.
 - c) La escucha activa, la escucha pasiva y la observación.
 - d) La escucha activa, la escucha pasiva y la atención física.
-

23. Señale la respuesta correcta sobre la empatía:

- a) La escucha activa no es el requisito básico de la respuesta empática.
 - b) Para ser empático se debe asumir el marco interno de referencia del paciente, esto es, percibir el mundo como él lo percibe.
 - c) Una respuesta empática es la que identifica la emoción expresada o no expresada por el paciente.
 - d) La mejor respuesta empática se emite cuando el profesional experimenta una sensación o sentimiento similar al del paciente.
-

24. Entre las actitudes problemáticas para un paciente con dolor se encuentran:

- a) La indefensión y el altruismo y la hostilidad.
- b) El optimismo, el altruismo y la empatía.
- c) La indefensión y la falta de responsabilidad.
- d) La empatía y hostilidad hacia los familiares que cuidan de él.

25. En psicoterapia con un paciente con dolor:

- a) Es fundamental no hablar de la sensación dolorosa para que el paciente no sufra tanto.
 - b) El terapeuta deberá favorecer la expresión de todas las variables asociadas al dolor.
 - c) El objetivo fundamental es el de trabajar las expectativas que tiene el paciente del médico que intenta controlar su dolor.
 - d) El objetivo fundamental es el de que el paciente encuentre a alguien que mantenga una actitud interesada e interactiva durante un tiempo prolongado.
-

26. Entre los objetivos generales de las técnicas cognitivo-conductuales se encuentran:

- a) Reducir el impacto del dolor sobre el estado del ánimo, aumentar la percepción de control que tiene el paciente sobre sí mismo, y aumentar la auto-observación.
 - b) Favorecer la calidad de vida del paciente a través de una actitud optimista y altruista.
 - c) Aliviar la sensación dolorosa, reducir el impacto del dolor sobre el funcionamiento diario y aumentar la percepción de auto-eficacia.
 - d) Reducir el dolor en pacientes con depresiones cuyo dolor no responde a otras técnicas psicológicas.
-

27. Un componente básico de los programas de control del dolor debería implicar:

- a) La regulación de la actividad física y su equilibrio con momentos de relajación.
- b) Un aumento gradual de la actividad física del paciente, especialmente si está físicamente incapacitado.
- c) Mantener el nivel de actividad física que tiene el paciente y facilitar la aceptación de las limitaciones que presenta.
- d) La aceptación por parte del paciente, de que debería ir aumentando su nivel de actividad hasta acercarse lo máximo posible al nivel de actividad que mantenía antes de experimentar dolor.