

**1.- ¿Cuál de las siguientes no es una característica del dolor irruptivo?:**

- A.- Aparición brusca.
- B.- Corta duración.
- C.- Intensidad moderada-elevada.
- ☒ D.- Siempre es de forma espontánea.

**2.- ¿Cuál de los siguientes no es considerado dolor irruptivo?:**

- A.- Incidente volitivo.
- ☒ B.- Fin de dosis.
- C.- Incidente no volitivo.
- D.- Procedimental.

**3.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**

- ☒ A.- La intensidad del dolor es severa en el 62% de los casos.
- B.- El número medio de episodios es de ocho al día.
- C.- La duración media de los episodios es de 10 minutos.
- D.- El tiempo medio para alcanzar la máxima intensidad es de 3 minutos.

**4.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el dolor irruptivo oncológico es cierta?:**

- A.- La prevalencia varía entre el 10 y el 25%.
- B.- Es más frecuente en fases iniciales.
- ☒ C.- Es consecuencia directa de la neoplasia en el 70%.
- D.- Es poco frecuente en neoplasias urológicas.

**5.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el dolor irruptivo no oncológico es cierta?:**

- A.- Es menos frecuente que el dolor irruptivo oncológico.
- B.- El número de episodios al día es superior al oncológico.
- ☒ C.- La localización más frecuente es columna lumbar.
- D.- La forma más frecuente es la neuropática.

**6.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones respecto al dolor irruptivo es falsa?:**

- A.- En el dolor idiopático o espontáneo no existen desencadenantes identificados, aparece sin previo aviso.
- ☒ B.- Los episodios de dolor incidental suelen tardar más tiempo en alcanzar la intensidad máxima.
- C.- El dolor incidental supone un posible factor predictor para una pobre respuesta al tratamiento farmacológico.
- D.- Los episodios de dolor espontáneo interfieren con mayor frecuencia sobre el sueño y el estado de ánimo del paciente.

**7.- No debe ser considerado como dolor irruptivo:**

- A.- El dolor fin de dosis.
- B.- Un episodio brusco de dolor intenso con dolor basal mal controlado.
- C.- Un episodio de dolor mientras se está realizando el ajuste y titulación del tratamiento opioide.
- ☒ D.- Todas son correctas.

**8.- En cuanto a las características habituales del dolor irruptivo, es falso que:**

- A.- Suele alcanzar la máxima intensidad en un periodo de tiempo breve.
- ☒ B.- La intensidad del dolor suele ser severa (EVA = 7).

C.- Existe un patrón circadiano del dolor, siendo muy frecuentes los episodios entre las 18 y las 24 h.

D.- Se presenta habitualmente en la misma localización que el dolor basal.

**9.- En el momento actual, en relación con los instrumentos de valoración para el dolor irruptivo, es correcto:**



A.- Una historia detallada, teniendo en cuenta el algoritmo propuesto para el diagnóstico del dolor irruptivo y una exhaustiva exploración física son actualmente el gold standard para su valoración.

B.- Existen instrumentos de valoración específicos ampliamente validados de uso general en la práctica clínica.

C.- El Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT) constituye una herramienta de valoración de fácil uso en la práctica diaria.

D.- El McGill Pain Questionnaire es una de las herramientas más ampliamente usadas para valorar el dolor irruptivo.

**10.- Respecto a las posibles barreras que pueden llevar al infradiagnóstico del dolor irruptivo en el anciano, es cierto que:**

A.- El término es empleado con frecuencia para describir cualquier exacerbación del dolor en pacientes con dolor basal o incluso episodios intermitentes de dolor en pacientes sin dolor basal.

B.- Se trata de un dolor heterogéneo, con variaciones intra e interindividuales.



C.- Existe, en líneas generales, una falta de consistencia en el uso del término dolor irruptivo en la práctica clínica y en la literatura.

D.- Todas son correctas.

**11.- La titulación con fentanilo para el Dolor Irruptivo Marcar la correcta**

A.- Es fácil, sólo hay que mirar la tabla de equivalencia opioide.

B.- La dosis eficaz es 1/6 de la dosis del opioide diaria transformada en fentanilo.

C.- La dosis para el tratamiento de las crisis espontáneas suele ser el doble que para las crisis incidentales.



D.- Es un proceso y no un acto aislado que requiere de una monitorización estrecha del paciente y nivel de analgesia hasta alcanzar la dosis eficaz.

**12.- Señalar la correcta**

A.- La única forma de titular el dolor en un paciente con fentanilo transdérmico es con fentanilo transmucosal

B.- La dosis de fentanilo transmucosal de rescate es proporcional a la del opioide de base

C.- La dosis establecida eficaz de fentanilo transmucosal es equivalente entre las distintas formulaciones.



D.- Debe iniciarse siempre la titulación con fentanilo transmucosal con la dosis mínima disponible.

**13.- ¿Cuál es la barrera que con más frecuencia dificulta el tratamiento eficaz del DOLOR en el paciente oncológico?**

A.- Inadecuado conocimiento del manejo del dolor irruptivo

B.- Dificultades en la comunicación médico-paciente

C.- Inadecuado diagnóstico del dolor



D.- Todas son correctas

**14.- Respecto al manejo del DI en el anciano:**

A.- La Valoración Geriátrica Integral es la herramienta guía para un correcto manejo multidimensional (funcional, mental y social) del paciente anciano.

B.- Para poder tratar adecuadamente el dolor irruptivo es básico diagnosticarlo y sobre todo una correcta evaluación atendiendo a sus características y repercusiones sobre el paciente.

C.- Es necesario atender a las necesidades de rehabilitación, intentar una oligofarmacia, ajustar la dosis en relación a la función renal, y ofrecer un adecuado soporte social domiciliario.



D.- Se pueden utilizar los fentanilos transmucosales para la titulación del tratamiento opioide en el dolor crónico oncológico.

**15.- Respecto al manejo del DI en el anciano:**

A.- Existe gran evidencia sobre el manejo del DI en los ancianos.

B.- Los fentanilos transmucosales no están indicados en los pacientes ancianos.

C.- El tratamiento de elección del DI en ancianos es con morfina u oxycodona de liberación inmediata.



D.- Las recomendaciones sobre la utilización de fentanilos transmucosales en ancianos se basan en iniciar la titulación con la menor dosis disponible y realizar ascensos de dosis lentos y progresivos.

**16.- ¿Cuál es la vía más rápida para la acción del fentanilo?:**

A.- Sublingual.

B.- Entérica.



C.- Intranasal.

D.- Transmucosa

E.- Oral

**17.- ¿Cuál de los siguientes mecanismos fisiopatológicos no parece estar implicado en el dolor irruptivo oncológico?:**

A.- Aumento transitorio de los estímulos aferentes.



B.- Aumento de la modulación del dolor por vías descendentes.

C.- Aumento de la sensibilización periférica.

D.- Aumento de la sensibilización central.

**18.- En el paciente oncológico tratado de base con opioides, ¿cómo trataría el dolor de fin de dosis?:**

A.- Con fentanilo intranasal.

B.- Con paracetamol.

C.- Con fentanilo transmucoso oral.



D.- Optimizando la pauta posológica del opioide de base.

**19.- ¿En qué circunstancias emplearía un opioide oral para el tratamiento del dolor irruptivo?:**



A.- Dolor irruptivo de evolución lenta.

B.- Dolor de fin de dosis.

C.- Dolor irruptivo espontáneo.

D.- Dolor irruptivo impredecible.

**20.- De acuerdo con encuestas realizadas entre profesionales españoles que tratan el dolor irruptivo, el desacuerdo más importante en relación con expertos internacionales fue:**

A.- Consideraban necesario el uso de fentanilo transmucoso en dolor irruptivo.



B.- No consideraban necesaria la existencia de tratamiento de base con opioides para el diagnóstico de dolor irruptivo.

C.- El fentanilo de acción rápida debe ser administrado en pacientes tolerantes a los opioides.

D.- El dolor irruptivo debe ser evaluado sistemáticamente en todos los pacientes oncológicos con dolor.

**21.- ¿En qué caso podría estar justificado el empleo de los AINE en dolor irruptivo?:**

A.- Dolor irruptivo incidental.

B.- Dolor irruptivo visceral.



C.- Dolor irruptivo por metástasis óseas.

D.- Nunca pueden utilizarse en dolor irruptivo.