Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A CUIDADOS PALIATIVOS

PREGUNTAS

1.- ¿Cuál de los siguientes NO se corresponde con uno de los principios de los cuidados paliativos (CP) según la Organización Mundial de la Salud (OMS)?

a) Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
b) Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a las familias a adaptarse durante la enfermedad de los pacientes y en el duelo.
c) Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
d) Son aplicables en las últimas fases del curso de la enfermedad, una vez han finalizado otros tratamientos que puedan prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia.

2.- En el contexto del desarrollo de los cuidados paliativos (CP), coberturas, niveles asistenciales y modelos organizativos, ¿con cuál de las siguientes opciones NO está de acuerdo?

a) Podría establecerse una cobertura apropiada de cuidados paliativos (CP) por parte de los equipos específicos del 60 % para pacientes oncológicos, y del 30 % para pacientes no oncológicos.
b) El nivel básico de cuidados paliativos (CP) en España incluiría a 3.621 pacientes por millón de habitantes y año, correspondiendo a 1.755 por millón de habitantes y año ser atendidos por equipos específicos de cuidados paliativos (CP) (48,5 %).
c) El plan de Cuidados paliativos (CP) de Euskadi 2023-2027 establece un modelo de atención homogéneo y equitativo para todos los pacientes que precisen cuidados paliativos (CP) en cualquier nivel asistencial.
d) La mayor parte de las diferentes Comunidades Autónomas carecen todavía de planes dedicados específicamente al final de vida y los cuidados paliativos (CP).

3.- El Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración de Derechos y Deberes de las personas en el Sistema Sanitario de Euskadi establece en su artículo 11 el derecho, entre otros, a una oferta de servicios de cuidados paliativos (CP). Según este Artículo 11 las personas pacientes y usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi, en relación con la asistencia sanitaria específica referida al final de la vida, tienen los siguientes derechos EXCEPTO:

a) A la atención integral, incluida la atención psicológica, con una adecuada planificación de cuidados y de respeto a las voluntades anticipadas así como a una oferta de servicios de cuidados paliativos (CP) de calidad en cualquier nivel asistencial para mitigar el posible sufrimiento, el dolor y otros síntomas frecuentes en el tiempo de morir.
b) A obtener información veraz sobre las opciones terapéuticas y a que se respete y acate su voluntad de aceptación o rechazo de cualquiera de ellas. Para esto es preciso hacerlo saber de forma directa en forma de voluntades anticipadas.
c) Al acompañamiento de familiares y personas allegadas en los procesos con hospitalización, así como el uso, con carácter general, de habitación individual, para preservar su intimidad y, en su caso, el acompañamiento espiritual.
d) A una atención domiciliaria, coordinada de equipos multidisciplinares y comprensiva de información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al o a la paciente.

4.- Dentro de los antecedentes estratégicos y normativos del Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027 NO se encuentra:

a) La Ley básica 41/2020 reguladora de la autonomía del paciente.
b) La Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la sanidad en Euskadi.
c) El Decreto 147/2015, de 21 de julio.
d) Las Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020.

5.- Según el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027 los elementos clave para la consecución de resultados óptimos en la asistencia en los modelos de cuidados paliativos (CP) actuales, se pueden centrar en los siguientes a EXCEPCIÓN de uno:

a) La identificación de personas con necesidad de cuidados paliativos (CP).
b) La comunicación y la coordinación entre los proveedores (incluida la atención primaria).
c) La mejora de la capacitación.
d) La capacidad de responder progresivamente a las necesidades cambiantes y preferencias de las personas a través del tiempo, priorizando intervenciones estandarizadas que favorezcan la equidad entre organizaciones asistenciales.

6.- Los siguientes son objetivos generales del Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027 a EXCEPCIÓN de uno:

a) Consolidar un modelo asistencial al paciente que requiere cuidados paliativos (CP) en todas las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) de forma homogénea en cualquier nivel asistencial y en condiciones de equidad en el acceso y en la calidad de los servicios a los que las personas con necesidades paliativas tienen derecho.
b) Mejorar la calidad de la atención en las situaciones de enfermedad avanzada o incurable respetando la autonomía y necesidades del paciente y familia, a través de un Plan Individualizado de Atención registrado en la Historia Clínica.
c) Mantener la disponibilidad actual de recursos para la atención en cuidados paliativos (CP).

d) Mejorar la formación y capacitación de los profesionales en cuidados paliativos (CP).

7.- Dentro de los criterios de evaluación y mejora continua establecidos en el Plan de Cuidados Paliativos de Euskadi 2023-2027 se encuentran los siguientes a EXCEPCIÓN de uno:

a) Se evalúa el grado en el que los pacientes con necesidades paliativas tienen establecidos planes personalizados de atención para el final de la vida y/o documentos de voluntades anticipadas.
b) Se evalúa el grado en el que se potencia la atención hospitalaria en Unidades de Cuidados Paliativos (CP) específicas.
c) Se evalúa el grado en el que se desarrolla actividad programada minimizando la actividad a demanda.
d) Se desarrollan auditorías evaluativas de casos. Se realiza la revisión y evaluación de casos por un equipo multidisciplinar.

8.- Paciente con cáncer de pulmón en tratamiento de base con morfina de liberación sostenida 20 mg/12 h y 5 mg de morfina rápida para las crisis de dolor (rescate). Ha requerido en los últimos días 4-5 rescates/día por dolor irruptivo moderado- severo que parece congruente con la extensión de su enfermedad. ¿Cuál sería la actuación que elegiría?

a) Aumentar un 50 % la dosis de morfina rápida.
b) Aumentar un 50 % la dosis diaria morfina liberación sostenida.
c) Rotar a fentanilo transdérmico.
d) Asociar tramadol al tratamiento de base.

9.- Paciente con cáncer de colon en fase avanzada y seguimiento en cuidados paliativos (CP). En tratamiento con morfina de liberación sostenida 100 mg/12 h. Para las crisis extras de dolor emplea morfina rápida 20 mg. Estando con dolor basal controlado comienza con mioclonías. ¿Cuál sería la conducta que elegiría?

a) Reducir un 50 % la dosis de morfina de liberación sostenida.
b) Reducir un 50 % la dosis de morfina rápida.
c) Rotar a fentanilo transdérmico.
d) Añadir una benzodiacepina al tratamiento de base

10.- Paciente con cáncer en fase avanzada. Tratamiento analgésico con morfina de liberación sostenida 20 mg/12 h y morfina rápida 5 mg para las crisis de dolor. Buen control en últimas semanas. En analítica de control detectan una creatinina de 2.6 mg/dl. Sin historia previa conocida de insuficiencia renal. ¿Qué actitud le parece más conveniente teniendo en cuenta la seguridad y comodidad del paciente?

a) Mantener la dosis de morfina de liberación sostenida y vigilar semanalmente la evolución de la función renal.

b) Sustituir la morfina rápida por citrato de fentanilo.
c) Rotar a fentanilo TD a dosis equianalgésicas.
d) Rotar a metadona a dosis equianalgésicas.

11.- Paciente varón de 53 años con cáncer de pulmón y un trastorno depresivo asociado. En tratamiento con morfina de liberación sostenida 20 mg/12 h y morfina rápida 5 mg para las crisis de dolor. En últimos días comienza con dolor en forma de quemazón y hormigueo en región torácica que requiere de forma habitual 4-5 rescates/día. En radiografía de columna vertebral se aprecia aplastamiento D11. ¿Qué actitud NO le parece indicada?

a) Asociar dexametasona al tratamiento.
b) Considerar la irradiación paliativa sobre cuerpo vertebral afecto.
c) Asociar duloxetina 60 mg/día.
d) Rotar morfina de liberación sostenida a fentanilo TD por su mejor efecto sobre el dolor neuropático.

12.- Paciente con neoplasia en fase avanzada. Está en domicilio. Es dependiente para aseo, vestido y trasferencias. En tratamiento con Fentanilo TD 75 µg/h con dolor basal. Emplea para las crisis de dolor citrato de fentanilo transmucosa oral en 200µg que toma en relación con el aseo diario y la cura de una úlcera maligna. ¿Qué actitud le parecería más adecuada?

a) Aumentar fentanilo TD a 100 µg/h.
b) Administrar medicación de rescate 30 minutos antes del aseo o cura.
c) Rotar de fentanilo TD a morfina de liberación sostenida.
d) Añadir dexametasona al tratamiento.

13.- Paciente varón de 64 años de edad con cáncer de vejiga urinaria con progresión local y a distancia (metástasis pulmonares). Insuficiencia renal. Refiere dolor en región hipogástrica que se extiende a periné y genitales, con sensación de tenesmo vesical. Ausencia de alivio con la adición al tratamiento con coanalgésicos (gabapentina, amitriptilina, clorpromacina) y dosis crecientes de fentanilo que han motivado su rotación a metadona tras inicio de neurotoxicidad. Hasta ahora independiente para actividades básicas de la vida diaria. Su Pap Score y Palliative Prognostic Index nos indican unas expectativas vitales prolongadas. ¿Qué alternativa de las siguientes le parece más adecuada?

a) Ensayar de nuevo el empleo de fármacos coanalgésicos al encontrarse ahora con un opiáceo diferente al que recibía cuando se asociaron previamente.
b) Continuar exclusivamente incrementando el tratamiento opiáceo según necesidades.
c) Bloqueo de ganglios impar e hipogástrico.
d) Perfusión de analgesia epidural.

14.- **Paciente varón de 59 años afecto de un cáncer de suelo de boca. Padece una recidiva loco-regional tras el tratamiento previo con cirugía y radioterapia. Se queja en las últimas semanas de un dolor mixto en región mandibular con extensión al oído del mismo lado. Se inició tratamiento con pregabalina y morfina oral con alivio del dolor basal (actualmente leve) pero persistencia de dolor incidental que continúa puntuando como severo. El paciente refiere alivio con citrato de fentanilo pero precisa entre cuatro y seis rescates al día. En las últimas semanas del tratamiento se queja de somnolencia y "saltos en el cuerpo" de predominio vespertino y en las primeras fases del sueño. La exploración cognitiva es normal. Continua con independencia para las actividades básicas de la vida diaria. Su Pap Score y PPI nos indican unas expectativas vitales prolongadas. ¿Qué alternativa de las siguientes le parece más adecuada?**

a) Continuar incrementando opiáceos dada la persistencia del dolor, llevando el coanalgésico a dosis máxima.
b) Asociar un segundo coanalgésico (antidepresivo).
c) Bloqueo periférico de 3ª rama del trigémino.
d) Bloqueo del Ganglio de Gasser.

15.- **Paciente mujer de 56 años afecta de un cáncer de pulmón. Realizado inicialmente tratamiento quirúrgico con quimio y radioterapia posterior. Recidiva meses más tarde con aparición de metástasis pulmonares contralaterales. Refiere dolor torácico-costal inferior izquierdo basal leve (donde hay una masa de partes blandas que infiltra costillas) que empeora con las crisis de tos e inspiraciones profundas. En tratamiento con oxicodona-naloxona 80 mg/12 horas y oxicodona de liberación rápida de rescate. Padece además disnea que ha ido empeorando de forma progresiva hasta ser de mínimos esfuerzos que asocia al empeoramiento del dolor. La saturación O2 basal es del 90 %, incrementándose hasta el 93 % con O2 a 2 litros en gafas nasales (con leve mejoría de la disnea). Su Pap Score B y su PPI nos indica una supervivencia probable de entre 3 y 6 semanas. ¿Qué alternativa de las siguientes NO le parece indicada?**

a) Continuar incrementando opiáceos según necesidades.
b) Emplear como medicación de rescate citrato de fentanilo.
c) Hacer una rotación de opioide ante los signos incipientes de toxicidad.
d) Valorar una técnica intervencionista.

16.- **Paciente varón de 80 años de edad que es incluido en Programa de Cuidados Paliativos por padecer un cáncer de próstata en estadio terminal con múltiples metástasis óseas, entre ellas a nivel lumbo-sacro. Había estado ingresado recientemente en el Servicio de Oncología Médica donde se inició tratamiento con fentanilo trasdérmico 25 mcgr/h y ácido zoledrónico. Acude a su primera consulta en cuidados paliativos (CP) refiriendo "un dolor insoportable" en región lumbar, contínuo, sordo, sin irradiación ni alteración de la sensibilidad o marcha y que empeora con la movilización. Ha consumido numerosos**



rescates de morfina de liberación rápida, que son efectivos, pero tardan en producir alivio. ¿Cuál de las siguientes le parece la MENOS indicada?

a) Aumentar la dosis de fentanilo transdérmico y cambiar el opioide de rescate a citrato de fentanilo.
b) Descartar la posibilidad de una fractura vertebral.
c) Asociar un tratamiento con un coanalgésico oral y citarlo en un período breve de tiempo (dos semanas).
d) Comprobar el uso correcto de la medicación.

17.- Paciente varón de 55 años de edad que es incluido en Programa de Cuidados Paliativos por padecer un carcinoma oral en fase avanzada con una úlcera maligna laterocervical. Refiere la presencia de una sensación de hormigueo constante a nivel hemimandibular derecho que en ocasiones se acompaña de un dolor irruptivo que refiere como "calambres". ¿Cuál de las siguientes tiene menos probabilidades de producir alivio?

a) Asociar un tratamiento antibiótico ante la posibilidad de una infección de la úlcera como causante del dolor.
b) Iniciar tratamiento opioide y corticoideo.
c) Iniciar tratamiento con gabapentina.
d) Valorar la posibilidad de una técnica intervencionista.

18.- Paciente mujer de 60 años de edad, afecta de un carcinoma de mama en progresión local y a distancia. Ha ingresado para control sintomático al padecer un dolor torácico derecho contínuo, opresivo que empeora, en forma de calambre, con las movilizaciones de la extremidad superior y la inspiración profunda, siendo congruente con la extensión conocida de la enfermedad. La paciente estaba en tratamiento con fentanilo transdérmico 75 mcgr/h. ¿Qué opción de tratamiento NO le parece adecuada?

a) La asociación de un anticomicial al tratamiento con fentanilo transdérmico.
b) Aumentar el fentanilo transdérmico y asociar corticoides.
c) Valorar la posibilidad de una técnica intervencionista.
d) Llevar a cabo una rotación a oxicodona o metadona por su mejor control sobre el dolor neuropático.

19.- Paciente mujer de 58 años diagnosticada de cáncer de mama con metástasis óseas en columna lumbar que presenta dolor intenso desde hace dos días. Como antecedentes destaca la presencia de Insuficiencia Renal Crónica (monorrena).¿De las siguientes opciones de tratamiento cuál sería el más adecuado?

a) Tramadol Retard 150 mg cada 12 horas.
b) Oxicodona 10 mg cada 12 horas.
c) Morfina de liberación retardada 10 mg cada doce horas.
d) Fentanilo transdérmico 12 µg cada 72 horas y si más dolor citrato de fentanilo pudiendo repetir las dosis si no alivio del dolor en 30 minutos.

20.- **Paciente mujer de 65 años con carcinoma de cabeza de páncreas no subsidiario de tratamiento oncológico. Padece metástasis hepáticas e implantes peritoneales. Acude a consulta por dolor cólico de cuatro días de evolución en hipocondrio derecho y epigastrio que se acompaña de sensación de nauseas, quemazón y compresión continua. Estamos hablando de:**

a) Dolor somático inflamatorio.
b) Dolor visceral.
c) Dolor neuropático.
d) Dolor mixto somático-neuropático.

21.- **Paciente varón de 80 años con cáncer de próstata con metástasis óseas. Su familia contacta telefónicamente refiriendo que en los últimos días ha comenzado con un cuadro consistente en desorientación, irritabilidad, agitación psicomotriz nocturna y alucinaciones visuales pasando la mayor parte del día postrado en cama. ¿Cuál le parece el diagnóstico más probable?**

a) Debut de una demencia frontal.
b) Delirium hiperactivo.
c) Encefalitis.
d) Trastorno psicótico del anciano.

22.- **Paciente varón de 70 años afecto de un cáncer de pulmón con metástasis óseas en seguimiento exclusivo en cuidados paliativos (CP). Diagnóstico de Delirium con fluctuación de períodos de hiper e hipoactividad. Sin otros signos de mal pronóstico inminente. ¿Cuál sería su actuación?**

a) Iniciar una perfusión de midazolam a dosis proporcionales a sus necesidades.
b) Iniciar metilfenidato con intención de mejorar su capacidad de concentración y alerta.
c) Iniciar tratamiento con haloperidol solicitando pruebas analíticas para descartar complicaciones metabólicas.
d) Iniciar lorazepam 1 mg c/8h para favorecer el confort y descanso del paciente y su familia.

23.- **¿Cuál de las siguientes escalas NO le parece adecuada para el abordaje diagnóstico y/o seguimiento de la evolución de un delirium en un paciente con una enfermedad en fase avanzada?**

a) Richmond agitation-sedation scale.
b) Mini mental State Examination del Folstein.
c) Confussion Assesment Method.
d) Escala de deterioro global de Reisberg.



24.- La presencia de un delirium en un paciente afecto de una enfermedad avanzada debe sospecharse ante la presencia de las siguientes a EXCEPCIÓN de una:

a) Descompensación del dolor en paciente con buen control previo y con quejas cambiantes.
b) Incrementos recientes de dosis de opioides.
c) Quejas de ansiedad o tristeza de inicio reciente sin historia previa de psicopatología.
d) Quejas de predominio diurno con aceptable descanso nocturno.

25.- En el manejo general de un delirium en un paciente afecto de una enfermedad avanzada son recomendables las siguientes opciones a EXCEPCIÓN de una:

a) Descartar en los pacientes con situación previa aceptable la presencia de causas potencialmente reversibles.
b) Explorar la presencia de QT prolongado en el electrocardiograma ante el riesgo de empleo en estos pacientes de benzodiacepinas.
c) Exponer a familia el probable ensombrecimiento del pronóstico vital del paciente al ser el delirium una complicación asociada a estados de mayor debilidad.
d) En casos en los que el delirium se produzca en el contexto de un paciente en últimos días de vida una de las opciones de tratamiento podría ser el inicio consensuado de una sedación paliativa.

26.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO le parece correcta en relación al tratamiento de la disnea en paciente en fases avanzadas y terminales?

a) La oxigenoterapia puede ser beneficiosa en pacientes EPOC, con enfermedad terminal que presentan disnea y obtienen confort con su empleo.
b) La disnea será motivo del inicio de un tratamiento opioide pudiendo asociar benzodiacepinas en crisis de pánico respiratorio.
c) La disnea importante de reposo refractaria, frecuentemente con crisis asociadas, es una indicación para plantear una sedación paliativa.
d) En caso de derrame pleural se desaconseja su evacuación por el riesgo elevado de recidiva.

27.- Paciente con cáncer de pulmón en tratamiento con morfina de liberación sostenida 60 mg/12 h. Con este tratamiento presenta disnea de moderados esfuerzos, sin disnea de reposo. ¿Qué actitud tomaría?

a) Incrementar en 30-50 % la dosis de morfina de liberación sostenida diaria.
b) Emplear morfina rápida en las crisis valorando la posibilidad de usarla de forma preventiva si estas se repiten con actividades concretas.
c) Reducir la actividad del paciente para evitar la disnea añadiendo un broncodilatador de acción prolongada para mejorar la ventilación pulmonar.
d) Rotar de morfina de liberación sostenida a fentanilo TD dado su mejor efecto sobre el control de la disnea.



28.- Paciente con cáncer de páncreas en fase avanzada. Se encuentra en tratamiento con fentanilo TD 75 µg/h. Acude al Servicio de Urgencias del Hospital por empeoramiento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo. ¿Cuál le parece la actuación más adecuada?

a) Sustituir fentanilo TD por una perfusión de morfina parenteral con una reducción de la dosis del 30 % empleando morfina oral de liberación rápida para las crisis de disnea.
b) Sustituir el fentanilo TD por fentanilo parenteral en perfusión continua, empleando fentanilo parenteral para los episodios de disnea.
c) Incrementar la dosis del parche de FTD un 50 % y citrato de fentanilo para las crisis de disnea.
d) Solicitar una gasometría arterial basal para objetivar hipoxemia y asociar oxígeno si este fuera preciso.

29.- Paciente varón de 55 años. Afecto de un cáncer de pulmón en fase avanzada en seguimiento exclusivo en cuidados paliativos (CP). Continúa siendo independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Acude al Servicio de Urgencias refiriendo episodios de hemoptisis de escasa cuantía, pero cada vez más frecuentes hasta hacerse diarios. ¿Qué opción NO le parece la más adecuada?

a) Iniciar de forma urgente una sedación paliativa ante la alta probabilidad de hemoptisis masiva con resultado de muerte en contexto de elevado distrés.
b) Valorar la presencia de discrasias sanguíneas y corrección de las que se confirmen manteniendo la proporcionalidad con la situación clínica del paciente.
c) Ofrecer apoyo psicológico al paciente y su familia dirigida a la contención de ansiedad- angustia asociada a este tipo de complicaciones.
d) Plantear la posibilidad de realizar radioterapia hemostática o una embolización selectiva.

30.- En el tratamiento de las hemorragias asociadas a una progresión neoplásica. ¿Cuál de las siguientes opciones NO le parece indicada?

a) Plantear a familia y paciente (siguiendo proceso de información reglado) la necesidad de una posible sedación paliativa si se produce una hemoptisis masiva.
b) Revisar la presencia de un tratamiento anticoagulante previo procediendo a la corrección del exceso del mismo si se confirmara que este pudiera ser uno de los motivos del sangrado.
c) Mantener en todos los casos el tratamiento anticoagulante y/o antiagregante dados los riesgos de eventos trombóticos asociados a su retirada.
d) En el caso de una embolización selectiva de un vaso sangrante vigilar la posibilidad de que ocurra un síndrome post embolización.

31.- Paciente mujer de 70 años con cáncer de mama. Es dependiente para las actividades básicas. Se encuentra en tratamiento con morfina de liberación sostenida 30 mg/12 h empleando 1-2 dosis extras de morfina rápida para las crisis del dolor. Sufre estreñimiento pertinaz a pesar del empleo de lactulosa y parafina precisando enemas con frecuencia. ¿Qué opción de las siguientes NO le parece oportuna?

a) Rotar a oxicodona-naloxona.
b) Asociar a la morfina de liberación sostenida el tratamiento con naloxegol.
c) Añadir al tratamiento un procinético como la cinitaprida.
d) Reducir la dosis de morfina de liberación sostenida un 30 % asociando supositorios de glicerina a los laxantes y continuar con enemas cada 48 horas.

32.- Paciente varón de 73 años afecto de hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico. En tratamiento analgésico con morfina de liberación sostenida 60 mg/12 h. A pesar de esta sufre en los últimos días crisis de dolor en hipocondrio izquierdo al que asocia nauseas. Ha realizado deposiciones, aunque de escasa cuantía y con esfuerzo. ¿Cuál le parece el enfoque inicial más adecuado?

a) Incrementar la dosis de morfina de liberación sostenida un 30-50 %, añadiendo dexametasona.
b) Incrementar la dosis de morfina de liberación sostenida añadiendo metoclopramida y suero oral.
c) Valorar administrar un enema y reforzar el tratamiento laxante sin modificar la analgesia de base.
d) Reducir la dosis de morfina de liberación sostenida ST añadiendo haloperidol como antiemético y dexametasona.

33.- En un paciente con una oclusión completa e irreversible ¿Cuál de las siguientes NO le parece una maniobra terapéutica adecuada?

a) Mantener mientras el paciente conserve tolerancia oral la terapia laxante, asociando varios laxantes con diferentes mecanismos de acción.
b) Retirar antieméticos favorecedores de la motilidad intestinal como la metoclopramida y pasar a aquellos de acción central como el haloperidol.
c) Valorar el acuerdo con paciente y familias para realizar sondajes nasogástricos transitorios (normalmente bajo sedación) para favorecer, si lo desea, el mantener pequeñas ingestas si las desea.
d) Emplear fármacos antisecretores de forma continua como la butilescopolamina.

34.- Paciente mujer de 80 años de edad que es incluida en Programa de Cuidados Paliativos por padecer un carcinoma de ovario con carcinomatosis peritoneal. Refiere molestias abdominales acompañadas de sensación de distensión, náuseas y estreñimiento. Se había iniciado en el S. Urgencias hospitalarias tratamiento con corticoides y sondaje nasogástrico que resulta poco productivo (200 cc en 24 horas). ¿Qué opción NO le parece adecuada en el abordaje inicial?

a) Añadir opioides, haloperidol y buscapina al tratamiento ante la sospecha de una oclusión intestinal completa e irreversible.
b) Valorar la presencia de ascitis dadas las características del cuadro y proceder con su drenaje si se confirma.
c) Añadir metoclopramida y enemas ante el cuadro de estreñimiento o posible oclusión incompleta asociada al problema anterior.
d) Valorar necesidad de inicio y ajuste de analgesia opioide una vez alcanzado un diagnóstico claro del problema de la paciente ya que con frecuencia las molestias se resuelven con un tratamiento etiológico efectivo.

35.- Dentro de las recomendaciones de abordaje clínico de las alteraciones de la deglución y cuidados de la boca se encuentran las siguientes a excepción de una:

a) En el tratamiento de las mucositis y úlceras orales se recomienda el empleo sistemático desde el inicio de opioides sistémicos dada la ausencia de alivio con los tratamientos locales.
b) El empleo de la radioterapia o la toxina botulínica son opciones en el tratamiento de la sialorrea de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.
c) En casos de disfagia en los que se plantee la implantación de una sonda de gastrostomía para la alimentación es recomendable el empleo de escalas de cálculo de pronóstico vital y la toma de decisiones consensuada.
d) La xerostomía incrementa el riesgo de padecer gingivitis, glositis, aftas e infecciones micóticas.

36.- ¿En el contexto del proceso de información a un paciente afecto de una enfermedad en fase avanzada, con cuál de las siguientes opciones NO está de acuerdo?

a) Compartir la información con el paciente facilitando la expresión de las emociones reduce su ansiedad y permite llevar una vida más normalizada.
b) Para la comunicación de malas noticias es necesario un entorno adecuado, intimidad, ausencia de interrupciones y disponer de tiempo suficiente.
c) Es importante conocer que sabe el paciente sobre lo que le ocurre y qué desea saber sobre el proceso para establecer las bases del proceso de comunicación.
d) Se debe informar a la familia en todo momento y acordar con ellos la información que se le va a dar al paciente dado que ellos valorarán el impacto que esta puede suponer y la necesidad o no de la misma.

37.- En el contexto del proceso de información a un paciente afecto de una enfermedad en fase avanzada, ¿con cuál de las siguientes opciones NO está de acuerdo?

a) La relación-comunicación adquiere valor terapéutico cuando, a través de ella, el profesional ejerce una situación de continente de las ansiedades del paciente y permite que encuentre sus mecanismos para hacer frente al sufrimiento que le provoca la situación.

b) La actitud del profesional permitirá contener las dudas y el temor a lo desconocido, la frustración e impotencia, la tristeza y la ira, posibles reacciones de un paciente que se enfrenta a una situación límite.

c) Desde el punto de vista técnico, la comunicación con la persona afectada por una enfermedad en fase terminal debe basarse en la presencia de una escucha activa con alto grado de empatía y de respeto hacia el otro.

d) Se debe mantener un alto nivel de reactividad, evitando silencios incómodos y guiando con la comunicación no verbal la expresión fluída y contínua de las emociones.

38.- En el contexto del proceso de información a un paciente afecto de una enfermedad en fase avanzada, ¿con cuál de las siguientes opciones NO está de acuerdo?

a) Conocer los modelos de evolución de las reacciones psicológicas ayuda a entender el momento adecuado para informar, como ofrecer la información y que respuesta esperar.

b) Es importante detectar cuando las reacciones psicológicas terminan constituyendo un trastorno psiquiátrico y dificultan la adaptación del paciente pudiendo ser precisa la intervención de unidades especializadas.

c) La información debería circunscribirse exclusivamente a los aspectos del diagnóstico y/o el pronóstico, no queriendo apabullar al paciente con otros aspectos como los esquemas terapéuticos o la utilización de los recursos sociosanitarios, temas para los que contaremos con el apoyo de la familia.

d) En múltiples ocasiones las personas no demandan ni desean información, a pesar de que el profesional se la ofrezca, debiendo respetar los deseos del paciente, manteniendo la posibilidad de que cambie de idea en el futuro.

39.- En un paciente que demande información sobre su enfermedad padeciendo un proceso grave que supone un claro acortamiento en sus expectativas vitales. ¿Qué actitud considera la adecuada?

a) Está indicado informarle siempre atendiendo a lo expuesto en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

b) Se debe atender de forma prioritaria a la demanda de la familia que, con intención de evitar sufrimientos innecesarios exige limitar la información que se le propone al paciente.

c) Salvo en casos de extrema urgencia estaría indicado desarrollar un proceso planificado y estructurado en el que de forma gradual y atendiendo a las demandas concretas del paciente se ofreciera una información completa, veraz y comprensible.

d) En situación de gran sufrimiento emocional se debe insistir en proporcionar información completa y detallada con intención de que el paciente pueda asumir cuanto antes la situación.

40.- Según la terminología recomendada por SECPAL y la Organización Médica Colegial, ¿qué afirmación caracteriza mejor la adecuación del esfuerzo terapéutico?

a) Supone limitar tratamientos por razones de eficiencia sanitaria.
b) Consiste en adaptar las intervenciones a la situación clínica y pronóstica del paciente.
c) Equivale a retirar tratamientos de soporte vital cuando existe enfermedad avanzada.
d) Se aplica tras el fracaso de las medidas paliativas convencionales.

41.- Un profesional mantiene una terapia invasiva sin expectativa razonable de beneficio porque la familia no acepta la proximidad de la muerte. Este escenario se corresponde con:

a) Adecuación terapéutica.
b) Mala comunicación clínica.
c) Obstinación terapéutica.
d) Planificación anticipada insuficiente.

42.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones refleja de forma más completa el concepto de "dolor total" descrito en la filosofía paliativa moderna?

a) Dolor físico, deterioro funcional y dependencia.
b) Dolor físico, emocional, social y espiritual.
c) Dolor físico, psicológico y cognitivo.
d) Dolor somático, visceral y neuropático.

43.- Respecto a la calidad de vida en cuidados paliativos, ¿cuál es la afirmación más precisa?

a) Puede inferirse a partir del estado funcional.
b) Se relaciona principalmente con el control sintomático.
c) Es un constructo subjetivo influido por múltiples dimensiones.
d) Corresponde al grado de autonomía conservada.

44.- ¿Qué instrumento aporta mayor valor pronóstico en pacientes paliativos avanzados?

a) EVA.
b) HADS.
c) Karnofsky Performance Status.
d) Escala de Edmonton.

45.- **En la evaluación multidimensional, ¿qué situación justificaría una valoración aparentemente satisfactoria desde el punto de vista físico pero insuficiente desde la perspectiva paliativa?**

a) EVA inferior a 3.
b) KPS superior a 70 %.
c) Ausencia de síntomas refractarios.
d) Existencia de sufrimiento existencial significativo.

46.- **¿Qué combinación conceptual es la más correcta?**

a) Abandono → exceso de tratamiento; Obstinación → defecto de tratamiento.
b) Obstinación → adecuación; Abandono → limitación terapéutica.
c) Abandono y obstinación representan extremos opuestos de mala praxis.
d) Obstinación y adecuación son conceptos equivalentes con diferente terminología.

47.- **En relación con la autonomía del paciente, ¿qué afirmación refleja con mayor precisión el modelo paliativo actual?**

a) La autonomía se ejerce mediante la aceptación o rechazo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
b) La autonomía deriva de la competencia legal para decidir.
c) La autonomía implica autogobierno basado en valores y preferencias personales.
d) La autonomía queda subordinada al principio de beneficencia cuando existe enfermedad avanzada.

48.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre calidad de vida es más compatible con el modelo paliativo?**

a) Constituye una variable derivada del estado funcional.
b) Puede ser estimada por el profesional con suficiente experiencia clínica.
c) Se define fundamentalmente por el control sintomático.
d) Requiere incorporar la percepción subjetiva del paciente.

49.- **¿Qué combinación de instrumentos aporta una valoración complementaria del estado funcional y del malestar emocional?**

a) KPS + HADS.
b) EVA + RDOS.
c) Barthel + EVA.
d) HADS + EVA.

50.- **¿Qué característica diferencia la planificación anticipada de la atención de las instrucciones previas?**

a) Su valor jurídico.
b) Su carácter deliberativo y continuado.



c) La necesidad de representante.
d) La obligatoriedad de inscripción registral.

51.- En relación con la Ley 11/2016 del País Vasco, ¿qué elemento diferencia conceptualmente el derecho a cuidados paliativos del derecho a rechazar tratamientos?

a) El primero genera una obligación positiva de prestación.
b) El segundo requiere situación terminal.
c) El primero depende de la voluntad familiar.
d) El segundo exige documento escrito.

52.- Respecto al derecho a no ser informado reconocido en la Ley 41/2002:

a) Requiere constancia documental obligatoria.
b) Supone renuncia al consentimiento informado.
c) Puede coexistir con el ejercicio de la autonomía.
d) Impide designar representante.

53.- Según la Ley 11/2016, ¿qué derecho posee una relación conceptual más estrecha con la dignidad en el proceso final de la vida?

a) Derecho a segunda opinión.
b) Derecho a recibir información epidemiológica.
c) Derecho a la planificación anticipada de decisiones.
d) Derecho a libre elección de centro.

54.- ¿Qué elemento aproxima más la Ley 11/2016 al modelo bioético deliberativo?

a) La centralidad de la tecnología sanitaria.
b) La toma de decisiones basada exclusivamente en evidencia científica.
c) La consideración de valores y preferencias del paciente.
d) La jerarquía profesional en la toma de decisiones.

55.- Un paciente competente rechaza recibir información sobre su enfermedad y designa a su hija para recibirla. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta?

a) La hija pasa a ser representante legal.
b) El paciente pierde la capacidad para otorgar consentimiento informado.
c) El derecho a no ser informado puede coexistir con la designación de un interlocutor.
d) El médico debe informar directamente al paciente por tratarse de una enfermedad grave.

56.- ¿Cuál de los siguientes derechos reconocidos en la Ley 11/2016 tiene una naturaleza más claramente relacional?

a) Derecho a rechazar tratamientos.
b) Derecho al acompañamiento.
c) Derecho a la intimidad.
d) Derecho a la segunda opinión.

57.- Paciente incapaz. No existe Documento de Voluntades Anticipadas. Familiares aportan testimonios contradictorios sobre sus preferencias. ¿Cuál debe ser el criterio principal?

a) Reconstrucción de la voluntad presumible.
b) Opinión del familiar conviviente.
c) Decisión de la mayoría.
d) Edad del familiar más próximo.

58.- ¿Cuál de los siguientes elementos tiene mayor relevancia ética en la planificación anticipada de decisiones?

a) La formalización documental.
b) La inscripción registral.
c) La presencia de testigos.
d) El proceso deliberativo previo.

59.- En relación con la historia clínica, ¿cuál de los siguientes documentos no forma necesariamente parte de su contenido mínimo?

a) Informe de anestesia.
b) Hoja clínico-estadística.
c) Informe de alta.
d) Documento de instrucciones previas.

60.- En la evaluación multidimensional, la identificación del deseo de adelantar la muerte (DAM) se integra principalmente en:

a) La dimensión práctica.
b) La dimensión emocional.
c) La dimensión funcional.
d) La dimensión social.

61.- Un paciente presenta PPS 30%, dependencia total, dolor controlado, buen soporte familiar y ausencia de conflictos decisionales. ¿Cuál es la afirmación más correcta?

a) La situación funcional determina complejidad alta.
b) La situación avanzada implica necesidad automática de equipo específico.



c) Gravedad clínica y complejidad no son necesariamente equivalentes.
d) La dependencia funcional constituye criterio suficiente para derivación

62.- En un paciente con enfermedad avanzada, ¿qué hallazgo tiene mayor capacidad para infraestimar la complejidad real del caso?

a) Escasa sintomatología física.
b) Bajo índice de Karnofsky.
c) Enfermedad metastásica.
d) Múltiples ingresos previos.

63.- Desde el modelo paliativo de necesidades, ¿cuál es el error conceptual más frecuente?

a) Equiparar complejidad con sufrimiento.
b) Equiparar necesidad paliativa con pronóstico.
c) Equiparar atención paliativa con atención domiciliaria.
d) Equiparar calidad de vida con control sintomático.

64.- En el modelo de atención basado en necesidades (Ferris–ICO Toolkit), ¿qué dimensión se sitúa conceptualmente al mismo nivel que la física, emocional, social y práctica, pero suele aparecer únicamente en fases avanzadas?

a) Cognitiva.
b) Familiar.
c) Final de vida.
d) Funcional.

65.- ¿Cuál de los siguientes elementos aparece expresamente incluido en la dimensión emocional del modelo Ferris–ICO Toolkit?

a) Claudicación familiar.
b) Duelo complicado.
c) Deseo de adelantar la muerte.
d) Pérdida de rol laboral.

66.- En un modelo paliativo centrado en necesidades, ¿qué dato tiene menor utilidad aislada para identificar complejidad?

a) Diagnóstico tumoral avanzado.
b) Necesidades espirituales intensas.
c) Existencia de conflictos familiares.
d) Dificultades organizativas.

67.- Un paciente mantiene estabilidad clínica pero expresa reiteradamente: "ya no encuentro sentido a nada". ¿Qué interpretación es más correcta?

a) Ausencia de complejidad por estabilidad física.
b) Posible necesidad espiritual relevante.
c) Trastorno adaptativo confirmado.
d) Baja carga paliativa.

68.- ¿Qué característica diferencia mejor la complejidad de la vulnerabilidad?

a) La vulnerabilidad implica necesidades actuales complejas.
b) La complejidad implica riesgo futuro exclusivamente.
c) La vulnerabilidad identifica riesgo de deterioro de la capacidad de respuesta.
d) Son conceptos equivalentes.

69.- Un paciente presenta sufrimiento existencial intenso, ausencia de síntomas refractarios, buena funcionalidad y adecuado soporte familiar. Según el modelo de necesidades, ¿cuál es la afirmación más correcta?

a) La presencia de una única necesidad puede justificar complejidad elevada.
b) El caso no reúne criterios de atención paliativa avanzada.
c) La complejidad es necesariamente baja por ausencia de síntomas físicos.
d) La complejidad depende exclusivamente de la repercusión funcional.

70.- Un paciente competente participa activamente en un proceso de planificación compartida de la atención. Durante dicho proceso expresa valores, preferencias y límites terapéuticos, pero rechaza formalizar un DVA. ¿Cuál es la interpretación más correcta?

a) La ausencia de DVA invalida la planificación realizada.
b) La planificación compartida conserva valor clínico aunque no exista DVA.
c) La planificación solo adquiere eficacia cuando se registra formalmente.
d) Las preferencias expresadas carecen de relevancia en futuras decisiones.

71.- Un paciente otorgó un DVA hace diez años. Actualmente carece de capacidad y la situación clínica concreta no aparece contemplada en el documento. ¿Qué elemento adquiere mayor relevancia?

a) Aplicar literalmente cualquier instrucción relacionada.
b) El criterio profesional aislado.
c) La reconstrucción de los valores que inspiraron el documento.
d) La opinión mayoritaria familiar.

72.- ¿Qué situación cuestiona más directamente la calidad de un PIA?

a) Ausencia de registro de preferencias personales.
b) Falta de actualización farmacológica.

c) Existencia de pronóstico incierto.
d) Participación de múltiples profesionales.

73.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el representante designado en un DVA es más correcta?

a) Sustituye el juicio clínico.
b) Actúa como garante de la voluntad y valores del paciente.
c) Decide según el mejor interés definido por la familia.
d) Asume la titularidad de la autonomía.

74.- ¿Qué característica diferencia mejor la Planificación Compartida de la Atención (PCA) de la DVA?

a) La PCA tiene valor jurídico y la DVA no.
b) La PCA es un proceso deliberativo y la DVA un instrumento documental.
c) La PCA requiere inscripción registral.
d) La DVA sustituye a la PCA.

75.- ¿Cuál es la principal diferencia conceptual entre un representante designado en una DVA y un representante por incapacidad según la Ley 41/2002?

a) Ninguna, ambos ejercen exactamente las mismas funciones.
b) El primero interpreta la voluntad previa del paciente; el segundo actúa mediante consentimiento por representación.
c) El primero decide tratamientos y el segundo solo informa.
d) El primero tiene prioridad sobre la lex artis.

76.- ¿Qué característica diferencia mejor una preferencia de un valor?

a) La preferencia suele derivar de un valor más profundo.
b) El valor tiene carácter jurídico.
c) La preferencia es más estable que el valor.
d) El valor requiere formalización escrita.

77.- Un paciente rechaza formalizar una DVA alegando que confía plenamente en su familia. Desde la perspectiva de la planificación anticipada, ¿qué pérdida principal genera esta decisión?

a) Disminuye la validez jurídica de futuras decisiones.
b) Reduce la capacidad de reconstruir su autonomía.
c) Impide la representación sanitaria.
d) Limita el acceso a cuidados paliativos.

78.- **En un proceso de Planificación Compartida de la Atención (PCA), ¿qué dato posee MENOR capacidad para predecir decisiones futuras?**

a) Valores.
b) Creencias.
c) Diagnóstico.
d) Objetivos vitales.

79.- **Durante una Planificación Compartida de la Atención (PCA), un paciente expresa que no aceptaría determinadas limitaciones funcionales. Años después aparece una situación clínica no prevista en la deliberación inicial. ¿Qué elemento posee mayor legitimidad para orientar la decisión?**

a) Las preferencias expresadas entonces.
b) Los valores identificados entonces.
c) La opinión actual del representante.
d) El criterio de proporcionalidad clínica.

80.- **¿Qué dato resulta MENOS útil para revisar un Plan Individualizado Atención (PIA)?**

a) Objetivos.
b) Preferencias.
c) Valores.
d) Especialidad.

81.- **En NECPAL 4.0, la pérdida funcional puede objetivarse mediante:**

a) PPS <50%.
b) Karnofsky <40.
c) Disminución >30% del Barthel en 6 meses.
d) Barthel <20.

82.- **¿Cuál es el criterio cuantitativo de pérdida nutricional incluido en NECPAL 4.0?**

a) Pérdida >5% de peso en 3 meses.
b) Pérdida >10% de peso en 6 meses.
c) IMC <18.
d) Albúmina <3 g/dL.

83.- **¿Qué criterio utiliza NECPAL 4.0 para definir multimorbilidad?**

a) ≥3 enfermedades crónicas.
b) ≥2 enfermedades avanzadas.
c) ≥2 enfermedades crónicas codominantes.
d) ≥4 procesos activos.



84.- **En el modelo pronóstico NECPAL 4.0, un paciente con PS positiva y 3-4 parámetros afectados corresponde a:**

a) Estadio I.
b) Estadio II.
c) Estadio III.
d) Estadio IV.

85.- **¿Qué mediana de supervivencia se asocia al estadio III de NECPAL 4.0?**

a) 38 meses.
b) 24 meses.
c) 17,2 meses.
d) 3,6 meses.

86.- **¿Qué riesgo metodológico señala expresamente el documento NECPAL 4.0?**

a) Infradiagnóstico clínico.
b) Sobretratamiento farmacológico.
c) Aplicación automática individual.
d) Escasa sensibilidad poblacional.

87.- **Un paciente presenta PS positiva y 5 parámetros afectados. Según NECPAL 4.0, ¿qué estadio corresponde?**

a) Inicial.
b) Intermedio.
c) Avanzado.
d) III.

88.- **Un paciente presenta PS positiva, pérdida funcional y pérdida nutricional. ¿Cuál es la clasificación pronóstica más probable según NECPAL 4.0?**

a) Estadio I.
b) Estadio II.
c) Estadio III.
d) No clasificable.

89.- **¿Qué característica distingue el uso pronóstico de NECPAL respecto al identificador clásico?**

a) Utiliza la pregunta sorpresa.
b) Exige enfermedad avanzada.
c) Cuantifica parámetros afectados.
d) Valora multimorbilidad.

90.- ¿Qué riesgo adicional menciona NECPAL 4.0 además de la aplicación individual de riesgos poblacionales?

a) Infrautilización hospitalaria.
b) Sobrediagnóstico funcional.
c) Pérdida de oportunidades curativas.
d) Exceso de planificación.

91.- De acuerdo con las guías de práctica clínica sobre cuidados paliativos, ¿cuál es el papel principal de la comunicación efectiva en el proceso de toma de decisiones con el paciente y su familia?

a) Convencer al paciente para que acepte los tratamientos recomendados por el equipo médico.
b) Facilitar la deliberación compartida basada en los valores, preferencias y la comprensión real del pronóstico por parte del paciente.
c) Evitar la entrega de malas noticias para proteger el estado emocional y mantener la esperanza del paciente.
d) Transferir la responsabilidad de las decisiones médicas a los familiares para reducir el estrés del paciente.

92.- Las habilidades de comunicación tienen como objeto transmitir información y gestionar las emociones que genera. Indique un error común en el proceso de comunicación:

a) Usar un lenguaje comprensible para paciente y familia.
b) Esperar a dar consejo u opinión a comprender lo que preocupa al paciente.
c) Minimizar o no atender a las preocupaciones del paciente.
d) No interrumpir al paciente ni desviar la conversación.

93.- El proceso de información en cuidados paliativos: ¿Cuál es el fundamento principal del deber ético y legal de informar al paciente en cuidados paliativos?

a) En la necesidad del equipo médico de evitar futuras demandas legales.
b) Respeto al principio de autonomía del paciente y a su derecho a tomar decisiones sobre su propia vida.
c) A decisión de la familia, que deberá elegir cuánta información puede tolerar el paciente.
d) La obligación de decir toda la verdad de inmediato y sin evaluar el impacto psicológico.

94.- **Un paciente con un pronóstico de vida de pocos días le expresa con gran angustia: «Sé que voy a morir pronto, tengo mucho miedo y no sé qué me depara el futuro». ¿Qué técnica de comunicación es la más adecuada para abordar esta situación de sufrimiento espiritual?**

a) Cambie rápidamente de tema a algo más alegre para evitar que el paciente llore o se deprima demasiado.
b) Practique la escucha activa y la validación emocional, permitiendo que la persona se desahogue y respondiendo con un silencio empático.
c) Dígale que no se preocupe, que todo saldrá bien y que la ciencia médica está avanzando muy rápidamente, dándole falsas esperanzas.
d) Explique sus propias creencias religiosas o filosóficas personales para que intenten adoptar su punto de vista.

95.- **¿Cuál es el enfoque inicial recomendado, al entablar una conversación sobre el pronóstico, con un paciente que pregunta cuánto tiempo le queda de vida?**

a) Revelar inmediatamente las estadísticas exactas de supervivencia media para su patología.
b) Evitar la pregunta para no generar angustia innecesaria en el entorno familiar.
c) Explorar qué sabe el paciente, cómo ve la situación y qué ha motivado su pregunta en ese momento exacto.
d) Remitir de forma obligatoria y exclusiva al oncólogo de cabecera sin emitir comentarios.

96.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al derecho a la información de un paciente en situación terminal, según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica?**

a) El paciente tiene derecho a ser informado de forma comprensible, pero si la familia lo solicita expresamente para evitarle un sufrimiento innecesario (principio de beneficencia), el médico está obligado a ocultarle el diagnóstico.
b) El paciente tiene derecho a no ser informado de su diagnóstico o pronóstico si así lo desea de forma expresa, debiendo quedar constancia de esta voluntad en su historia clínica.
c) El derecho a la información recae única y exclusivamente sobre el paciente, por lo que el equipo de cuidados paliativos tiene prohibido informar a los familiares en cualquier circunstancia.
d) La Ley 41/2002 establece que la información médica en el final de la vida solo puede transmitirse de forma verbal quedando estrictamente prohibido registrar datos sobre el pronóstico terminal en la historia clínica.

97.- **Un resultado NECPAL positivo (+) se interpreta como la confirmación de que el paciente presenta necesidades de atención paliativa debido al estado avanzado de su enfermedad crónica. Este resultado es una alerta clínica que indica la necesidad de cambiar el enfoque del tratamiento hacia un modelo integral y de soporte. ¿Qué pasos se activan tras un positivo?**

a) Evaluación multidimensional: control de síntomas, dolor, estado psicológico y apoyo social.
b) Planificación anticipada: identificación de valores y preferencias del paciente respecto a su tratamiento futuro.
c) Coordinación médica: adecuación del esfuerzo terapéutico para evitar la obstinación diagnóstica o tratamientos agresivos innecesarios.
d) Todas las anteriores son ciertas.

98.- ¿Qué evalúa principalmente la escala NECPAL?

a) El grado de dolor neuropático.
b) La capacidad funcional del paciente (índice de Karnofsky).
c) La identificación de pacientes con necesidades de atención paliativa y pronóstico de vida limitado.
d) La presencia de delirium.

99.- Un paciente de 62 años con cáncer de pulmón avanzado y metástasis óseas dolorosas refiere un dolor mixto (nociceptivo y neuropático) de intensidad moderada a severa. Se plantea iniciar tratamiento con tapentadol. Según los principios de manejo del dolor reflejados en la literatura de cuidados paliativos ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor el mecanismo y uso clínico de este fármaco?

a) Es un profármaco que requiere activación hepática por la vía CYP2D6 para unirse con alta afinidad a los receptores opioides kappa.
b) Actúa exclusivamente como un agonista puro de los receptores opioides mu (μ), con una potencia y afinidad analgésica idéntica a la de la morfina.
c) Posee un mecanismo de acción dual: es agonista de los receptores opioides mu (μ) e inhibe la recaptación de noradrenalina, mostrando utilidad en dolores de componente mixto.
d) Está contraindicado en combinación con cualquier tipo de laxante debido a que, a diferencia de otros opioides, produce diarrea severa de forma habitual.

100.- ¿Cuál es el orden correcto de estos opiáceas por potencia analgésica oral de menor a mayor?

a) Tramadol, codeína, morfina, oxicodona, hidromorfona y fentanilo.
b) Tapentadol, codeína, tramadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y fentanilo.
c) Codeína, tramadol, morfina, hidromorfona, oxicodona y metadona.
d) Codeína, tramadol, morfina, oxicodona, hidromorfona y fentanilo.

101.- Respecto al tratamiento del dolor crónico en cuidados paliativos, indique, de las siguientes afirmaciones, cuál es correcta.

a) La metadona es un fármaco analgésico con escasa excreción renal por lo que es útil en personas con aclaramiento renal disminuido.
b) La administración debe ser pautada (a reloj fijo).
c) La vía de elección es la vía oral.



d) Todas son ciertas.

102.- Respecto al dolor irruptivo oncológico, indique la respuesta correcta:

a) Se trata de un tipo de exacerbación de dolor oncológico.
b) Puede tratarse farmacológicamente con fentanilo de inicio de acción rápida.
c) Se clasifica como volitivo cuando el desencadenante es una acción que depende de la voluntad del paciente.
d) Todas las anteriores son correctas.

103.- En un paciente con múltiples metástasis óseas causantes de dolor crónico controlado con medicación oral y que presenta un dolor irruptivo incidental ¿cuál de las siguientes opciones produce un alivio más rápido del dolor?

a) El cloruro mórfico endovenoso cada 4 horas.
b) La oxicodona por vía subcutánea hasta un máximo de cada 4 horas.
c) El parche de fentanilo de 25 µg/h.
d) Fentanilo oral transmucosa.

104.- Fisiopatológicamente, el dolor irruptivo oncológico (DIO) puede ser:

a) Solamente neuropático.
b) Neuropático y somático.
c) Neuropático, somático y visceral.
d) Neuropático, nociceptivo (somático y visceral) o mixto.

105.- En relación a la escalera analgésica de la OMS, NO es cierto que:

a) El fármaco representativo del tercer escalón es la morfina.
b) La buprenorfina puede administrarse por vía oral, parenteral y transdérmica.
c) La asociación de opioides con AINEs es útil.
d) Los coadyuvantes se utilizan sólo para potenciar el efecto de los analgésicos de 3º escalón.

106.- ¿Cuál de los siguientes criterios NO se menciona textualmente como un requisito general para considerar la realización de una cirugía antiálgica?

a) Tener una esperanza de vida superior a 6 meses.
b) Contar con un estado general lo suficientemente bueno para soportar la intervención.
c) Haber agotado previamente tratamientos menos agresivos como la medicación analgésica o los bloqueos nerviosos.
d) Haber cumplido un período mínimo de 12 meses desde el diagnóstico de la enfermedad de base.

107.- ¿Cuáles de los siguientes son indicadores clínicos de severidad y progresión de la insuficiencia cardíaca crónica (IC), según NECPAL?

a) Disnea clase III o IV de la NYHA, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable.
b) Bradicardia sinusal aislada.
c) Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca/cardiopatía isquémica recurrentes (> 10 en el último año)
d) Insuficiencia renal asociada (FG > 30 l/min).

108.- En referencia a los criterios de J. Endicott para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor basado en los criterios del DSM-IV en paciente con enfermedades graves (cáncer) o cuidados paliativos. ¿cuál de los siguientes NO es un criterio?

a) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
b) Aislamiento social o reducción de la expresión verbal.
c) Insomnio.
d) Baja reactividad, incapacidad para animarse.

109.- ¿Cuál de estos índices o escalas de pacientes con cáncer avanzado, se basa solo en parámetros biológicos?

a) Escala de ECOG.
b) Índice de Karnofsky.
c) Palliative prognostic index (PPI).
d) Glasgow Prognostic Score (GPS).

110.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente a un paciente con una puntuación de 50 en la Escala de Karnofsky?

a) El paciente es capaz de realizar actividad normal, pero presenta signos o síntomas leves de la enfermedad.
b) El paciente requiere gran cantidad de asistencia y atención médica frecuente, estando encamado la mayor parte del tiempo.
c) El paciente requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día, es capaz de cuidar de la mayoría de sus necesidades personales.
d) El paciente es incapaz de trabajar, pero puede vivir en casa y cuidar de la mayoría de sus necesidades personales con una asistencia mínima.

111.- Cuál es la respuesta INCORRECTA respecto a lo que miden los cuestionarios validados del paciente en Cuidados Paliativos.

a) Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): estado funcional y calidad de vida de un paciente oncológico.
b) Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): sistema de evaluación de 10 síntomas.

c) Palliative Prognostic Score (PaP Score): estimación de supervivencia en pacientes de cuidados paliativos.
d) Escala de valoración de Karnofsky: estado nutricional en paciente oncológico y no oncológico.

112.- Escala de nivel de sedación-Ramsay. Se trata de una escala que valora y clasifica el nivel de sedación. ¿Cuál de estas respuestas NO es cierta?

a) Nivel 1.- Paciente ansioso, agitado.
b) Nivel 4.- Dormido con breves respuestas a la luz y sonido y respuesta rápida al dolor.
c) Nivel 5.- Dormido con sólo respuestas al dolor y de manera perezosa.
d) Nivel 6.- No hay respuesta.

113.- La escala de Edmonton, también conocida como ESAS, es una escala visual/numérica utilizada principalmente en cuidados paliativos.

a) La severidad – intensidad del dolor.
b) La severidad- intensidad de los síntomas.
c) La presencia de ansiedad y depresión.
d) La calidad de los cuidados paliativos.

114.- Señale la afirmación correcta sobre el uso del tapentadol:

a) El tapentadol se elimina fundamentalmente por vía renal. Por lo tanto, no se recomienda su uso en pacientes con insuficiencia renal grave.
b) Su mecanismo de acción dual combina el agonismo sobre los receptores μ-opioides y la inhibición de la recaptación de noradrenalina.
c) La metabolización hepática por conjugación, con una pequeña fracción que depende de la actividad del citocromo P450, reduce significativamente el riesgo de interacciones farmacológicas si se compara con otros opioide.
d) a) b) c) son correctas

115.- Señale la respuesta correcta sobre la herramienta ECS-CP (Edmonton Classification System for Cancer Pain):

a) Se trata de una herramienta diagnóstica que caracteriza el tipo de dolor en el paciente con cáncer.
b) Presenta cinco dominios con el mismo impacto en el pronóstico del manejo del dolor.
c) Su principal utilidad reside en predecir la complejidad del tratamiento del dolor y estimar el tiempo y el esfuerzo necesarios para lograr un control estable de los síntomas.
d) No contempla la posibilidad de registrar datos incompletos por dificultad para la valoración de los pacientes.

116.- En un paciente en situación terminal de enfermedad que precisa morfina para un correcto control sintomático, ¿en cuál de las siguientes actuaciones, encaminadas al control del estreñimiento, está CONTRAINDICADA?

a) Pautar laxantes osmóticos.
b) Pautar laxantes estimulantes de la motilidad colónica.
c) Pautar fibra.
d) Pautar laxantes reblandecedores de heces.

117.- Paciente de 64 años con cáncer de próstata recientemente diagnosticado, refiere dolor intolerable en localizaciones múltiples (miembros inferiores, hombro derecho, región dorso-lumbar); su humor ha cambiado y su familia evita hablar del problema de salud. En la evaluación inicial de Cuidados Paliativos, ¿qué debe considerar, prioritariamente, a fin de establecer un plan de tratamiento y cuidados, de acuerdo con las recomendaciones habituales?

a) La prescripción de psicofármacos.
b) La evaluación multidimensional del dolor.
c) La prescripción del tratamiento antineoplásico.
d) La evaluación del estadio evolutivo de la enfermedad.

118.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de manera más precisa el concepto de calidad de vida en oncología?

a) La calidad de vida en oncología se limita a la ausencia de síntomas físicos derivados de la enfermedad o del tratamiento.
b) Es un concepto subjetivo que incluye bienestar físico, psicológico, social y espiritual, y cómo estos aspectos son afectados por la enfermedad y su tratamiento.
c) Se refiere únicamente a la capacidad del paciente de continuar con sus actividades laborales tras el diagnóstico de cáncer.
d) Es un criterio utilizado para pacientes en cuidados paliativos, sin relevancia en etapas iniciales del tratamiento.

119.- ¿Cuáles son las causas más frecuentes de delirio en pacientes con enfermedad oncológica incurable?

a) Infecciones, deshidratación y toxicidad por fármacos (como los opioides).
b) Depresión clínica reactiva, ansiedad generalizada y ataques de pánico.
c) Metástasis cerebrales exclusivas sin ninguna alteración metabólica asociada.
d) Falta de apoyo familiar, aislamiento social y estrés emocional crónico.

120.- ¿Cuál es el fármaco neuroléptico de elección para el control del delirium con escasa agitación, en cuidados paliativos, cuando aún no se requiere sedación profunda?

a) Diazepam.
b) Haloperidol.
c) Midazolam.

d) Fenobarbital.

121.- Respecto a la planificación anticipada de cuidados (PAC), señale la afirmación correcta:

a) Debe iniciarse solo cuando el paciente está en fase terminal.
b) La PAC es un proceso dinámico y comunicativo sobre los objetivos vitales, valores, deseos y expectativas que debe revisarse periódicamente, especialmente cuando la enfermedad progresa.
c) Solo es válida si se formaliza legalmente con firma notarial.
d) Está indicada exclusivamente para pacientes con demencia avanzada.

122.- El midazolam es el fármaco más utilizado en sedación paliativa. Hay escasa evidencia respecto a qué medicaciones y a qué dosis deben utilizarse. ¿qué otro fármaco se usa habitualmente en los protocolos de sedación paliativa?

a) Propofol.
b) Levomepromazina.
c) Clorpromazina.
d) Se utilizará cualquiera de ellos, a criterio del médico según los síntomas del paciente.

123.- ¿Cuál de las siguientes opciones es una contraindicación absoluta para el uso de la vía subcutánea?

a) Paciente anciano con piel frágil.
b) Presencia de edema generalizado o anasarca.
c) Coagulación alterada o trombocitopenia.
d) Imposibilidad de colaboración del paciente.

124.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO SE DEBE administrar por vía subcutánea debido al riesgo de producir necrosis tisular por irritación local grave?

a) Morfina.
b) Midazolam.
c) Diazepam.
d) Haloperidol.

125.- Respecto a la rotación de opioides, señale la opción correcta:

a) Cambiar de un opioide a otro utilizando siempre la misma dosis por miligramo sin importar el fármaco.
b) Calcular matemáticamente la equianalgesia para mejorar la eficacia o reducir los efectos secundarios.
c) Realizarla únicamente cuando el paciente ha curado por completo su dolor crónico.

d) La rotación no está indicada en pacientes con cáncer avanzado debido al riesgo de tolerancia cruzada incompleta.

126.- Respecto a la integración de los tratamientos oncológicos y los cuidados paliativos, señale la opción CORRECTA:

a) Los cuidados paliativos solo deben iniciarse cuando se suspenden los tratamientos antineoplásicos (quimioterapia/radioterapia).
b) Se recomienda el inicio precoz de los cuidados paliativos, en paralelo con la terapia antineoplásica en pacientes con enfermedad metastásica.
c) La cirugía paliativa está contraindicada si el paciente tiene un pronóstico de vida inferior a 3 meses.
d) La quimioterapia paliativa tiene como objetivo principal erradicar completamente el tumor.

127.- En el abordaje de pacientes con cáncer avanzado, la cirugía paliativa:

a) No tiene utilidad porque el paciente ya no es operable.
b) Se indica únicamente para tratar urgencias (como una oclusión intestinal o compresión medular) o para mejorar el confort local (ulceraciones).
c) Es el tratamiento de primera línea que sustituye al soporte emocional.
d) Debe realizarse de forma rutinaria para extirpar todos los focos metastásicos.

128.- Respecto al uso de la radioterapia como tratamiento analgésico de las metástasis. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) Se usa en las lesiones metastásicas hepáticas.
b) El esquema más frecuente empleado en radioterapia paliativa es 30 Gy en 10 fracciones (3 Gy por fracción, 2 semanas).
c) Se usa para el control del dolor costal del cáncer de pulmón.
d) La radioterapia de fracción única no suele ser muy eficaz para el control del dolor en metástasis óseas.

129.- ¿Cuál de los siguientes criterios representa una contraindicación relativa general para iniciar una línea de quimioterapia paliativa, debido a que el riesgo de toxicidad supera el beneficio esperado en la calidad de vida?

a) Albúmina sérica de 3.8 g/dL.
b) Escala ECOG >2.
c) Neutrófilos totales de 2,500/mm^3.
d) Tumor sólido con mutación EGFR positiva apto para terapia dirigida.

130.- En un paciente pediátrico con quimioterapia paliativa, cual es la respuesta correcta como tratamiento para náuseas y vómitos:

a) Ondansetron es un antagonista de la serotonina (5-HT3).
b) Haloperidol es un agonista de la dopamina que actúa centralmente.

c) La domperidona cruza la barrera hematoencefálica, y no debe ser utilizada de forma crónica.
d) Metoclopramida es un antagonista de la dopamina, y actúa exclusivamente en el tracto gastrointestinal.

131.- ¿Cuál de los siguientes antibióticos ha demostrado ser seguro y útil en numerosos ensayos clínicos para su administración por vía subcutánea?

a) Ceftriaxona.
b) Penicilina.
c) Ciprofloxacino.
d) Vancomicina.

132.- En un paciente paliativo que presenta sangrado en sabana de una úlcera tumoral… ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para controlar el sangrado de forma inmediata sin comprometer la calidad de vida del paciente?

a) Uso de hemostáticos tópicos para detener el sangrado sin intervención quirúrgica.
b) Radioterapia de campo local para reducir el tamaño de la úlcera tumoral.
c) Transfusión sanguínea en todos los casos para evitar anemia grave.
d) Administración de ácido Tranexámico sistémico sin evaluar la fuente del sangrado.

133.- Cuál es la principal causa de hiponatremia en el paciente oncológico:

a) Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH).
b) Debido a tratamientos diuréticos.
c) Quimioterapia, como Ciclofosfamida.
d) Tratamiento con Lorazepam o barbitúricos.

134.- En una demencia avanzada la progresión de enfermedad conduce a la dependencia total para las ABVD. Señale qué pregunta de las siguientes le ayudaría para valorar su derivación a Cuidados Paliativos:

a) ¿Se encuentra el paciente con síntomas de difícil control, o en una situación de últimos días de difícil manejo?
b) ¿Se encuentra el paciente en etapa 6 - 7 de puntuación FAST de la Escala de Deterioro Global (GDS)?
c) ¿Se encuentra el paciente en la etapa 3 en la Calificación de Demencias CDR, o ha perdido peso últimamente, o tiene caídas frecuentes?
d) Cualquiera de estas situaciones, es criterio para derivación a Cuidados Paliativos.

135.- Respecto a la herramienta IDC-PAL, señale cuál de los siguientes criterios NO se considera de "alta complejidad".

a) Urgencia oncológica en paciente en situación terminal.
b) Situación de últimos días de difícil control.
c) Claudicación familiar.

d) Existencia de comorbilidad de difícil control.

136.- Varón de 71 años, con adenocarcinoma de páncreas metastásico en progresión. ECOG de 2 puntos. Lleva dos semanas con progresiva astenia y mayor somnolencia de lo habitual. Descartadas las causas secundarias de una astenia se inicia tto con Metilfenidato 5 mg en desayuno y comida. ¿Cuál sería el efecto adverso más frecuente que esperaríamos encontrar?

a) No habría efectos adversos, dado que no está indicado iniciar tratamiento.
b) Insomnio, agitación e hipertensión arterial.
c) Aumento de la incidencia de trombosis venosa profunda.
d) Bradicardia e hipotensión ortostática.

137.- Paciente de 64 años, con carcinoma de nasofaringe localmente avanzado en tratamiento actual con quimioterapia y radioterapia. En la analítica extraída presenta una trombopenia de 45.000 plaquetas/mm3. Respecto a la transfusión de plaquetas en este paciente, señale la respuesta correcta:

a) Se transfunde con intención terapéutica en caso de hemorragia con inestabilidad hemodinámica moderada.
b) Se transfunde siempre que las cifras de plaquetas sean menores a 75.000 mm3.
c) Se transfunde con intención profiláctica si el paciente presenta epistaxis.
d) Se transfunde con intención profiláctica en caso de hemorragia grado 2 de la OMS.

138.- Para el diagnóstico de delirium con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5), mencione la respuesta correcta:

a) La alteración aparece en mucho tiempo previo.
b) Se deben cumplir todos los criterios del DSM-5.
c) Existe una alteración de la atención y de la conciencia (desorientación).
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

139.- ¿Cuál es el fármaco de primera elección recomendado para el manejo de la disnea refractaria en pacientes en fase terminal bajo cuidados paliativos?

a) Salbutamol inhalado.
b) Morfina por vía oral o subcutánea.
c) Oxígeno de alto flujo de forma rutinaria.
d) Diazepam intravenoso en monoterapia.

140.- De acuerdo con la Escalera Analgésica de la OMS, ¿cuál de las siguientes combinaciones de fármacos NO ESTA indicada por actuar sobre los mismos receptores o generar antagonismo?

a) Paracetamol y Codeína.
b) Ibuprofeno y Morfina.
c) Tramadol y Morfina.

d) Naproxeno y Fentanilo.

141.- En el tratamiento de la obstrucción intestinal maligna no quirúrgica, ¿qué fármaco se utiliza preferentemente para reducir las secreciones gastrointestinales y el dolor cólico sin aumentar el peristaltismo?

a) Metoclopramida.
b) Butilbromuro de Hioscina.
c) Domperidona.
d) Lactulosa.

142.- ¿Cuál es el fármaco de primera línea de elección para el tratamiento del delirio hiperactivo o agitación psicomotriz en el paciente terminal?

a) Midazolam.
b) Morfina.
c) Fenobarbital.
d) Haloperidol.

143.- ¿Cuál de las siguientes situaciones representa una contraindicación absoluta para la realización de técnicas neuro axiales (epidural o intratecal) destinada a la administración de opioides en el manejo del dolor?

a) Historia de adicción o abuso previo de sustancias opioides.
b) Presencia de infección activa con septicemia concurrente.
c) Diagnóstico de asma bronquial leve o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) controlada.
d) Existencia de una hernia discal diagnosticada a nivel lumbar sin compromiso neurológico agudo.

144.- ¿Cuál es el mecanismo de acción analgésica principal por el cual los corticosteroides (como la dexametasona) reducen el dolor en pacientes con compresión tumoral o infiltración nerviosa?

a) Antagonismo directo sobre los receptores opioides mu.
b) Disminución del edema peritumoral y de la respuesta inflamatoria local.
c) Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
d) Bloqueo de los canales de sodio dependientes de voltaje en la médula espinal.

145.- ¿Qué escala clínica visual o numérica es la más recomendada de forma universal para la monitorización diaria de la intensidad del dolor por el propio paciente paliativo con capacidad cognitiva conservada?

a) Cuestionario McGill de Dolor (versión larga).
b) Escala Analógica Visual (EAV) o Escala Numérica (EN) de 0 a 10.
c) Criterios de Edmonton revisados.
d) Índice de Barthel modificado.

146.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define mejor el concepto de "Dolor Total" introducido por Cicely Saunders?

a) El dolor físico que afecta a más de cinco dermatomas simultáneamente.
b) La integración de las dimensiones física, psicológica, social y espiritual del sufrimiento del paciente.
c) El dolor refractario que requiere obligatoriamente el uso de cuatro o más opioides potentes de forma combinada.
d) El dolor que experimenta la familia tras el fallecimiento del paciente (duelo patológico).

147.- Ante un paciente diagnosticado de cirrosis con insuficiencia hepática que presenta dolor severo, ¿cuál de los siguientes analgésicos opioides pautaría como la opción más segura?

a) Codeína.
b) Morfina.
c) Fentanilo.
d) Hidromorfona.

148.- El manejo paliativo de la disnea en la fase terminal dentro de las emergencias o síntomas respiratorios crónicos, ¿qué intervención farmacológica de acción central es un pilar fundamental para reducir la sensación de falta de aire?

a) Altas dosis de antibióticos de amplio espectro.
b) Broncodilatadores administrados exclusivamente por vía inhalatoria de rescate.
c) Antihistamínicos de primera generación.
d) Opioides a dosis bajas (como la morfina).

149.- ¿Cuál es la recomendación ética ante una "conspiración de silencio" (cuando la familia exige que el equipo médico no informe al paciente)?

a) Cumplir estrictamente con el mandato de la familia, ya que son ellos quienes cuidarán del paciente hasta el final.
b) Informar al paciente inmediatamente, independientemente de la oposición familiar, para que cumpla con la ley de inmediato.
c) Ignorar al paciente y a su familia y delegar la decisión informada al comité de ética del hospital.
d) Analizar las causas del miedo de la familia, ayudarlos emocionalmente y mediar para respetar el derecho del paciente a saber, valorando siempre su competencia y deseo de información.

150.- ¿Cuál de estas afirmaciones es CORRECTA en relación con el IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos)?

a) Es un cuestionario de cribado que se rellena en aproximadamente 30 minutos por el cuidador principal.
b) Se compone de 36 elementos agrupados en tres dimensiones: dependientes del paciente, de la familia y de la organización sanitaria.
c) Establece de forma única y exclusiva que el paciente se encuentra en una situación irreversible de agonía inminente.
d) Clasifica la complejidad exclusivamente en dos niveles cerrados: pacientes oncológicos y pacientes no oncológicos.

151.- Ante un dolor neuropático refractario a los opioides en un paciente en fase final de vida, ¿qué se puede añadir como coadyuvante analgésico que sea de inicio de acción rápido?

a) Los antidepresivos.
b) Los antiepilépticos.
c) Ketamina.
d) Cualquiera de ellos puede ser la primera opción.

152.- En relación con el tratamiento farmacológico de la afección ósea metastásica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente la eficacia clínica del pamidronato intravenoso IV y del ácido zoledrónico IV?

a) Tienen una eficacia idéntica a los bisfosfonatos orales en la reducción de fracturas patológicas.
b) Son más eficaces que el resto de los bisfosfonatos en el alivio de la morbilidad asociada a las metástasis óseas.
c) Se reservan exclusivamente para pacientes que no toleran los bisfosfonatos de primera generación.
d) Su uso principal es preventivo y no muestran ventajas en el control del dolor óseo frente a otros fármacos de su clase.

153.- En relación con el uso de radioisótopos en el tratamiento de las metástasis óseas, según la evidencia clínica actual, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Deben considerarse siempre como la primera línea terapéutica de elección en cualquier tipo de tumor sólido.
b) Están completamente contraindicados en pacientes con cáncer de próstata que presentan fracaso del tratamiento hormonal.
c) Son útiles en pacientes con cáncer de próstata con fracaso del tratamiento hormonal, o cáncer de mama o pulmón con contraindicación de radioterapia, quimioterapia y bisfosfonatos.
d) Están recomendados de forma generalizada y rutinaria en todos los pacientes con metástasis óseas de origen pulmonar.

154.- ¿Cuál de estas afirmaciones describe correctamente la eficacia de la profilaxis contra las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia con alto riesgo emetogénico?

a) La combinación de dexametasona y antagonistas de 5HT3 es el tratamiento más eficaz disponible de forma aislada.
b) La combinación de aprepitant con dexametasona y antagonistas de 5HT3 es más eficaz que la combinación de estos dos últimos.
c) El aprepitant sustituye por completo la necesidad de usar antagonistas de 5HT3 y dexametasona.
d) Ninguna combinación de tres fármacos demuestra superioridad frente al uso de un solo antiemético.

155.- ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente el estado de un paciente con una puntuación de 4 en la Escala de Ramsay?

a) El paciente está dormido, con respuesta rápida a la luz intensa o al estímulo auditivo fuerte.
b) El paciente está despierto, ansioso, agitado o inquieto.
c) El paciente está dormido, con respuesta perezosa o lenta a la luz intensa o al estímulo auditivo fuerte.
d) El paciente está dormido y no presenta ningún tipo de respuesta a los estímulos.

156.- ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente la secuencia lógica y el objetivo de las tres primeras etapas en el protocolo de Buckman (EPICEE)?

a) 1º Comunicar la noticia inmediatamente, 2º Ofrecer alternativas de tratamiento y 3º Llamar a la familia para brindar apoyo psicológico.
b) 1º Evaluar los síntomas físicos del paciente, 2º Administrar sedación paliativa preventiva y 3º Firmar el consentimiento informado.
c) 1º Evite el contacto visual para reducir la ansiedad, 2º Proporcione toda la información técnica disponible y 3º Planifique la entrada a las instalaciones.
d) 1º Preparar el entorno físico y la entrevista, 2º Descubrir qué sabe el paciente acerca de su condición y 3º Identificar cuánto quiere saber.

157.- ¿Cuál es el signo precoz más crítico y potencialmente mortal que un profesional sanitario debe buscar ante una posible sobredosis de opioides?

a) Estreñimiento severo.
b) Disminución da frecuencia respiratoria (depresión respiratoria).
c) Hipertensión arterial.
d) Taquicardia ventricular.



158.- Visitamos en domicilio a un paciente de 38 años con neoplasia de recto más afectación hepática masiva, pulmonar y cerebral múltiple con disminución del nivel de consciencia. A la hora de tomar una decisión clínica, ¿Cuál es la opinión que debe tener mayor consideración?

a) La de su cónyuge puesto que llevan 10 años de matrimonio.
b) La de sus padres y sus dos hermanas.
c) La de sus hijos.
d) La de un amigo que consta como representante del paciente en el documento de voluntades anticipadas registrado hace 6 meses.

159.- En el contexto de un paciente que quiera acogerse a la prestación de ayuda para morir; ¿cuál de los siguientes criterios debe cumplir para iniciar los trámites?

a) Estar diagnosticado de una enfermedad grave e incurable que genere un sufrimiento insoportable sin posibilidad de alivio.
b) Ser mayor de edad y tener nacionalidad española o (residencia de más de 12 meses).
c) Tener capacidad para decidir.
d) Todos los criterios anteriores son correctos.

160.- Paciente afecto de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en situación avanzada que descansa bien, pero en los últimos días manifiesta que le cuesta conciliar el sueño y que se encuentra cansado durante el día. En caso de considerar un tratamiento farmacológico sintomático, ¿Cuál de los siguientes considera el más adecuado?

a) Diazepam, 10mg por vía oral unos 30 minutos antes de acostarse.
b) Midazolam, 5 mg por vía subcutánea una hora antes de acostarse.
c) Lorazepam, 5 mg por vía oral unos 30 minutos antes de acostarse.
d) Zolpidem, 5 mg por vía oral unos 30 minutos antes de acostarse.

161.- En el contexto del proceso de atención a los últimos días de un paciente afecto de una enfermedad en fase avanzada, ¿Cuál de los criterios están asociados con alta probabilidad de muerte en los siguientes tres días?

a) Respiración de Cheyne-Stokes, a veces con estertores acompañantes.
b) Deterioro funcional progresivo y caída profunda del nivel de conciencia.
c) Oliguria < 100 ml/12h.
d) Todas son correctas.

162.- Indique la respuesta CORRECTA en relación con el estreñimiento inducido por opioides:

a) Es un efecto secundario en aproximadamente el 35 % de los pacientes con cáncer en tratamiento con opioides

b) Un tratamiento eficaz puede ser con agentes proquinéticos como: domperidona, cisapride y metoclopramida.
c) En los pacientes en situación de últimos días, indicar desimpactación fecal para no desencadenar un delirium.
d) El tratamiento de elección y de primera línea son los laxantes. (en base a etiopatogenia más probable y situación clínica).

163.- Paciente de 58 años con cáncer de ovario estadio IV en curso de tratamiento antitumoral y con opioides por dolor oncológico refiere estreñimiento de unos diez (10) días de evolución con náuseas y vómitos ocasionales, escasos ruidos y distensión abdominales sin ascitis. Indique la actuación que considera más correcta:

a) Administrar una dosis de metil-naltrexona subcutánea por sospecha de estreñimiento inducido por opioides.
b) Indicar una sonda nasogástrica y un enema rectal.
c) Estudiar una posible oclusión intestinal con una exploración física y una radiografía simple de abdomen.
d) Pautar tratamiento laxante por vía oral.

164.- Respecto al uso de antieméticos para el tratamiento sintomático de las náuseas y los vómitos en el contexto de un paciente medicado con opioides, indique la respuesta CORRECTA:

a) Los distintos antieméticos tienen una interacción específica con su receptor que no se pierde a dosis altas.
b) Los neurolépticos son de elección en el tratamiento de las náuseas en relación con el estreñimiento.
c) Los procinéticos son de elección en el tratamiento de las náuseas en relación al tratamiento con opioides.
d) No es necesario iniciar un tratamiento antiemético de forma sistemática a todos los pacientes que inician opioides.

165.- Paciente varón de 49 años afecto de un cáncer de pulmón estadio IV en situación de tratamiento sintomático y de soporte que consulta por disnea. Indique la opción correcta:

a) La caquexia tumoral no debilita directamente los músculos respiratorios (como el diafragma).
b) Las posibles comorbilidades del paciente no se han de considerar en el diagnóstico diferencial de la etiología de la disnea.
c) En caso de derrame pleural recidivante cabe considera la indicación de un talcaje pleural solamente en caso de que sea bilateral.
d) En caso de derrame pleural, la aspiración pleural puede proporcionar alivio sintomático de la disnea.

166.- Indique la respuesta más adecuada para evaluar una disnea:

a) La realización de una escala verbal numérica de su intensidad.
b) La exploración física del paciente.
c) El abordaje multidimensional del síntoma.
d) La realización de exploraciones complementarias.

167.- Paciente con cáncer avanzado que presenta xerostomía ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

a) Los opioides, los antidepresivos tricíclicos, los antihistamínicos y los neurolépticos son medicamentos xerostomizantes.
b) Pilocarpina es el fármaco sistémico de elección más utilizado como estimulante de la función glandular residual.
c) El bromuro de butilescopolamina es un buen sialagogo.
d) Los sustitutos artificiales de saliva se emplean principalmente cuando las glándulas salivales han perdido totalmente su función (por ejemplo, tras radioterapia). Actúan puramente como lubricantes.

168.- En el manejo de pacientes con síndrome de fragilidad avanzada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones representa el enfoque correcto de atención?

a) Dar prioridad al uso de tratamientos farmacológicos curativos intensivos para revertir rápidamente el déficit funcional del paciente.
b) En estos casos el pronóstico de supervivencia es altamente lineal y predecible, lo que facilita establecer la fecha exacta del final de la vida.
c) El objetivo prioritario debe centrarse en la comodidad, la calidad de vida, la adecuación del esfuerzo terapéutico (reducción de la medicación y evitación de la polifarmacia) y la planificación anticipada de la atención.
d) Cualquier participación del paciente o de su familia en la toma de decisiones médicas debe estar estrictamente restringida para reducir su estrés emocional.

169.- Paciente de 58 años con un mieloma múltiple en curso de 3ª línea de tratamiento, no tributario de trasplante de progenitores de médula ósea por infección VIH no controlada, consulta por dolor lumbar y parestesias en las piernas de 24 horas de evolución. Indique qué diagnóstico cabe descartar de manera más urgente:

a) Neurotoxicidad por Bortezomib.
b) Encefalitis por Citomegalovirus.
c) Compresión medular.
d) Lumbalgia mecánica.

170.- En el tratamiento farmacológico de las náuseas, indique la respuesta INCORRECTA

a) El haloperidol actúa principalmente sobre los receptores de la dopamina.
b) El ondansetrón es un antagonista de la serotonina (5HT3).



c) La levomepromazina es un agonista Alfa-1 (α_1)
d) La escopolamina actúa principalmente sobre los receptores de la acetilcolina.

171.- Mujer de 81 años con neoplasia pulmonar y tratamiento crónico con prednisona. Presenta una lesión dolorosa compatible con herpes zóster costal. ¿Cuál es el beneficio principal de usar parches de capsaicina?

a) Ayuda a curar las ampollas y lesiones de la piel mucho más rápido.
b) Alivia el dolor actuando directamente en los nervios de la piel, sin interactuar con los corticoides.
c) Fortalece las defensas del cuerpo para eliminar el virus del herpes.
d) Sustituye por completo la necesidad de usar tratamientos antivirales.

172.- El bloqueo de la información al paciente por parte de la familia no es una situación infrecuente. En estos casos cuál es la actuación más correcta:

a) Asegurar la gradualidad, tacto y escrupuloso respeto a los deseos de la familia.
b) Hacer ver los inconvenientes a corto y largo plazo de la información falsa al paciente.
c) Excluir a la familia del proceso informativo al paciente.
d) Establecer una alianza con la familia para no informar al paciente.

173.- Algunos tipos de dolor oncológico pueden beneficiarse del tratamiento con co-analgésicos. Indique la opción correcta:

a) El dolor somático por metástasis óseas suele beneficiarse del tratamiento con antinflamatorios no esteroideos.
b) El dolor neuropático suele beneficiarse del tratamiento con bifosfonatos.
c) El dolor somático visceral por compresión suele beneficiarse del tratamiento con gabapentina.
d) El dolor somático suele beneficiarse del tratamiento adyuvante con haloperidol.

174.- Respecto al dolor neuropático oncológico, indique la respuesta correcta:

a) Son factores predisponentes: mujeres, jóvenes, con mayor IMC, estadio de cáncer más avanzado.
b) Puede estar causado por el crecimiento del tumor y cuando coexiste con otro mecanismo fisiopatológico se denomina dolor mixto.
c) La capsaicina está indicada en el tratamiento del dolor neuropático central.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

175.- Paciente diagnosticado de neoplasia de pulmón se trata con morfina de liberación sostenida por dolor a dosis de 30 mg cada 12 horas por vía oral. Inicia tos persistente, seca, en relación con la progresión de su enfermedad. ¿Qué tratamiento farmacológico considera que está más indicado?

a) Añadir dextrometorfano.



b) Añadir codeína.
c) Añadir acetilcisteína.
d) Disminuir la morfina y añadir codeína.

176.- Paciente joven, médico de profesión, recientemente diagnosticado de neoplasia de pulmón y con clínica de tos. Quiere saber las alternativas terapéuticas para esa tos. ¿Cuál de estas opciones se le ofrece como la más correcta?

a) La primera medida en el abordaje es el tratamiento, en la medida de lo posible, de sus causas.
b) En la tos primaria producida por el cáncer de pulmón, el tratamiento específico con quimioterapia y sobre todo con radioterapia es una medida de probada eficacia.
c) En algunos casos de neoplasia de pulmón distintas de la de células pequeñas, la braquiterapia puede ser una opción a considerar si persiste la tos a pesar de la radioterapia paliativa.
d) Todas son correctas.

177.- ¿Para cuál de los siguientes fármacos NO hay evidencia suficiente para el tratamiento sintomático de la anorexia por cáncer?

a) Metoclopramida.
b) Sulfato de Hidracina.
c) Dexametasona.
d) Acetato de megestrol

178.- ¿Cuál de estos enunciados NO es correcto?

a) Escala ECOG: Evalúa el estado funcional (0 asintomático, 4 encamado total).
b) Indice de Karnofsky: Evalúa la capacidad de realizar tareas cotidianas (0-100).
c) PPI Score: índice que sirve para predecir el tiempo de supervivencia de un paciente entre <3 a >6 semanas.
d) Pregunta sorpresa: "¿Me sorprendería si este paciente falleciera en el plazo de un mes?".

179.- En relación con el uso de la quimioterapia paliativa en el tratamiento de pacientes con cáncer avanzados. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El objetivo principal de la quimioterapia paliativa es lograr la remisión completa de la enfermedad a largo plazo.
b) La decisión de iniciar o continuar la quimioterapia paliativa siempre debe priorizar la respuesta radiológica del tumor sobre la calidad de vida del paciente.
c) La evaluación del estado funcional del paciente (mediante la escala ECOG o la escala de Karnofsky) es un factor predictivo clave para anticipar la toxicidad y el beneficio del tratamiento.
d) La quimioterapia paliativa está indicada en todos los pacientes en la fase terminal de la enfermedad, independientemente de su grado de debilidad física.

180.- En relación con la radioterapia paliativa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Las decisiones clínicas requieren equilibrar el beneficio del alivio de los síntomas con los riesgos de efectos adversos según la expectativa de vida del paciente.
b) Esquemas cortos e hipo fraccionados (como una fracción única de 8 Gy para metástasis óseas) consiguen un control eficaz del dolor minimizando los efectos secundarios agudos.
c) Las complicaciones tisulares tardías graves tardan meses o años en desarrollarse, por lo que no suelen limitar el tratamiento en pacientes con corta expectativa de vida.
d) Todas son correctas.

181 Respecto a la utilización de metadona en el tratamiento del dolor oncológico, señale la respuesta correcta:

a) Solamente está indicado en el tratamiento del dolor neuropático.
b) No interacciona con ningún tratamiento antitumoral conocido.
c) Su interés radica en la exclusividad de la interacción con el receptor NMDA.
d) La relación de equianalgesia con la morfina vía oral es 1:12 para dosis superiores a 300 mg de morfina al día.

182 De las dosis de inicio de los diferentes fármacos que se pueden utilizar para tratar los síntomas de una depresión en un paciente con enfermedad avanzada, ¿Cuál de las siguientes es correcta?

a) Mirtazapina 15 mg cada 24 horas por vía oral.
b) Sertralina 50 mg cada 6 horas por vía oral.
c) Venlafaxina 75 mg cada 12 horas por vía oral.
d) Metilfenidato 30 mg cada 8 horas por vía oral.

183 ¿Con qué dosis de fentanilo sublingual de entre las que se indican iniciaría el tratamiento de un episodio de dolor irruptivo oncológico?

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

184 Indique cuál es la definición de sedación paliativa:

a) La administración deliberada de fármacos para acortar la vida del paciente garantizando así su confort el caso de síntomas refractarios, contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado.
b) La administración deliberada de fármacos en dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto

como sea necesario para aliviar de forma adecuada uno o más síntomas refractarios con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

c) La administración deliberada de fármacos a dosis altas para conseguir un grado de conciencia Ramsay 6 para aliviar de forma adecuada uno o más síntomas refractarios con su con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

d) La administración deliberada de fármacos en dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea necesario para aliviar de forma adecuada uno o más síntomas difíciles con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

185 Señale, de entre los siguientes, el fármaco indicado en primera línea para iniciar la sedación paliativa de un paciente con una hemorragia catastrófica:

a) Levomepromazina.
b) Morfina.
c) Midazolam.
d) Fenobarbital.

186 En el contexto de sedación paliativa, indique la opción correcta referida al propofol:

a) En el paciente con antecedentes de epilepsia no incrementa el riesgo de convulsiones durante la inducción ya que es un anestésico general.
b) Habitualmente se inicia un bolus de inducción seguido por una infusión continua adaptando las dosis a las necesidades de sedación del paciente.
c) El propofol aumenta el flujo cerebral e incrementa la presión intracraneal.
d) Es un fármaco muy hidrofílico, su inicio de acción es en 3 minutos y la vida media es de 3 a 4 horas.

187 Las mioclonías, la somnolencia y la desorientación en tiempo y espacio en un paciente con un inicio reciente de tratamiento con opioides debe sugerir:

a) Una neurotoxicidad inducida por opioides.
b) Una sobredosificación por opioides.
c) Una sobreestimulación por opioides.
d) Un síndrome de abstinencia por opioides.

188 En el tratamiento de los estertores en situación de últimos días señale la correcta:

a) La escala de Forrester se utiliza para evaluar la intensidad de los estertores.
b) La hidratación ha demostrado ser un factor relacionado con la aparición de estertores en ensayos clínicos aleatorizados.
c) El tratamiento con escopolamina es más efectivo si se instaura antes de la aparición de los estertores.
d) La aspiración traqueal profunda es su tratamiento de primera elección.

189 **Evaluamos a un paciente de 54 años afecto de una neoplasia de colon en tercera línea de tratamiento quimioterápico, con metástasis hepáticas, en un estado funcional según la escala de la Eastern Conference Oncology Group (ECOG) de 2 recién diagnosticado de una oclusión intestinal maligna en quien las exploraciones de imagen muestran diversos puntos de oclusión. En la discusión clínica se valora la posibilidad de una cirugía para restaurar el tránsito digestivo. ¿Qué argumento utilizaría para defender su no indicación?**

a) El paciente presenta un estado funcional ECOG 2.
b) El paciente está en tercera línea de tratamiento con quimioterapia.
c) El paciente presenta más de un punto de oclusión intestinal.
d) En nuestro hospital no se realizan cirugías de este tipo.

190 **Señale, de entre los siguientes elementos, un factor precipitante de delirium en un paciente con cáncer avanzado:**

a) Edad avanzada.
b) Comorbilidad.
c) Alteración de los órganos de los sentidos.
d) Inicio de tratamiento con un antidepresivo.

191 **Atendemos a un paciente pluripatológico frágil por primera vez, encontrando que el paciente se encuentra en situación de últimos días. Respecto a la evaluación de la familia, señale la respuesta incorrecta:**

a) Es necesario realizar una evaluación básica de la estructura y dinámica familiar.
b) Hay que identificar al interlocutor de la familia.
c) Es aconsejable conocer los ingresos económicos de todos los miembros de la familia.
d) Es de ayuda conocer el grado información y ajuste a la situación que presenta.

192 **Evaluamos a una paciente de 53 años afecta de una neoplasia de páncreas con metástasis hepáticas en situación de tratamiento de soporte que presenta una valoración de 9/10 en la escala DN-4. ¿Qué tratamiento indicaría para el síntoma que hemos evaluado?**

a) Acetato de megestrol.
b) Amoxicilina-clavulánico.
c) Gabapentina.
d) Metilfenidato.

193 **De entre las siguientes opciones, indique qué fármaco considera fútil en un paciente en situación de últimos días:**

a) Fentanilo.
b) Haloperidol.
c) Edoxabán.
d) Buscapina

194 **La característica diferencial del tapentadol respecto al resto de opioides es:**

a) Su mecanismo de acción dual sobre los receptores opioides y en la inhibición de recaptación de la noradrenalina.
b) Su mecanismo de acción dual sobre los receptores opioides y en la inhibición de recaptación de la serotonina.
c) Su mecanismo de acción dual sobre los receptores opioides y en la inhibición de la recaptación del AMP cíclico.
d) Su posología.

195 **En el tratamiento de la oclusión intestinal maligna establecida, indique la respuesta correcta:**

a) El tratamiento con dexametasona debe mantenerse a largo plazo.
b) El tratamiento con antieméticos procinéticos está indicado en primera línea.
c) La analgesia debe realizarse siempre con fentanilo parenteral.
d) La sonda nasogástrica puede ser una opción en caso de vómitos incoercibles pactando con el paciente su indicación.

196 **Respecto a la disnea en el paciente con cáncer de pulmón avanzado, indique la correcta:**

a) Las comorbilidades del paciente no intervienen en su etiología.
b) Suele coexistir más de una causa de disnea en esta población.
c) El tratamiento con dexametasona solo está indicado en caso de broncoespasmo.
d) La obstrucción bronquial de causa maligna siempre es indicación de endoprótesis.

197 **En el tratamiento de la somnolencia secundaria al tratamiento con opioides, indique la correcta:**

a) El tratamiento con acetato de megestrol es una opción.
b) El tratamiento con metilfenidato es una opción.
c) La rotación de opioides nunca mejora la somnolencia.
d) La disminución de las dosis de opioides siempre es el tratamiento de elección.

198 **En la compresión medular el factor pronóstico para recuperar la funcionalidad más importante es:**

a) El número de ciclos de quimioterapia que ha recibido el paciente.
b) La presencia de retención aguda de orina.
c) El estado funcional del paciente en el momento de iniciar el tratamiento con radioterapia.
d) Siempre tiene un pronóstico funcional ominoso.

199 **En el diagnóstico diferencial del delirium en un paciente con cáncer avanzado no se incluye como factor precipitante:**

a) La hipercalcemia.
b) La hiponatremia.
c) El incremento de las dosis de opioides.
d) La presencia de deterioro cognitivo de base.

200 **En cuanto al tratamiento neuroléptico, señale la correcta:**

a) El haloperidol solo puede administrarse por vía oral.
b) La levomepromazina es intrínsecamente más sedante que el haloperidol.
c) La quetiapina no se utiliza en el tratamiento sintomático del delirium.
d) La olanzapina solo puede administrarse por vía oral.

201 **En la valoración de un paciente en situación de cáncer en situación avanzada y tratamiento paliativo cabe evaluar:**

a) La presencia de anemia.
b) La presencia de hiponatremia.
c) La presencia de sarcopenia.
d) Todas las anteriores son correctas.

202 **Ante un paciente en situación de últimos días que presenta fiebre, señale la respuesta incorrecta:**

a) Pueden indicarse medidas no farmacológicas si la fiebre es molesta para el paciente o angustia a la familia.
b) A pesar de la situación, es importante realizar hemocultivos y cultivos de orina, para conocer el foco de la fiebre.
c) Pueden administrarse antitérmicos por vía parenteral.
d) Es adecuado informar a la familia sobre la naturaleza del síntoma y las actuaciones que se prevén sobre el mismo.

203 **En relación con los cuidados paliativos modernos, señale la respuesta correcta:**

a) Nacieron en 1967 en St Christopher’s Hospice de la mano de Cicely Saunders.
b) Se iniciaron en el St Joseph’s Hospice de Hackney a principios de sXX.
c) Ya formaban parte de la tradición cuidadora social desde s XVIII.
d) Nacieron para atender la epidemia de peste en 1348.

204 **En relación con la atención paliativa generalista, señale la respuesta correcta:**

a) Es la que practican los médicos generales.
b) Debe implementarse en los servicios que atienden enfermos avanzados.
c) Es la que se debe practicar en todos los recursos del sistema para identificar y atender personas con necesidades paliativas y pronóstico de vida limitado.



d) Es la comunitaria.

205 Los elementos esenciales y determinantes de la estructura de un equipo específico de cuidados paliativos son (señale la respuesta correcta):

a) Un equipo multidisciplinar con formación avanzada y competencia para responder a situaciones de complejidad.
b) Un despacho, mecanismos de atención telefónica, y camas específicas.
c) Un equipo interdisciplinar de médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales.
d) Equipos integrados en servicios convencionales.

206 En relación con el IDC-PAL, señale la respuesta correcta:

a) Establece 5 niveles de complejidad que permiten decidir ingreso.
b) Identifica 3 niveles de complejidad que determinan el uso de servicios generalistas o específicos de manera continuada o intermitente.
c) Es un instrumento de evaluación de necesidades.
d) Es un instrumento que ayuda a establecer el pronóstico.

207 En relación con los criterios para definir las personas con necesidades de atención paliativa en una población, señale la respuesta correcta:

a) Debemos basarlo en la mortalidad por causas.
b) Lo basamos en la mortalidad en los diferentes servicios.
c) Lo ideal es basarlo en la prevalencia usando instrumentos validados.
d) Se realizan encuestas poblacionales.

208 En el inicio de la planificación compartida/anticipada de cuidados, señale la respuesta correcta:

a) Se trata de elaborar un listado de complicaciones posibles para discutir con paciente.
b) Es importante definir la preferencia del paciente sobre el lugar de muerte.
c) Conviene explorar valores, preferencias, preocupaciones y expectativas para avanzar gradualmente.
d) Es importante comentar los aspectos pronósticos.

209 En relación con la identificación precoz de personas con necesidades paliativas, señale la respuesta correcta:

a) Sirve para identificar las que no las tienen.
b) Identifica también las que tienen un pronóstico de vida limitado.
c) Tiene como objetivo mejorar la eficiencia.
d) Es mejor no hacerla y esperar.

210 **Tras la identificación de personas con necesidades paliativas, señale la respuesta correcta:**

a) Debemos informar a estas personas de que tienen mal pronóstico.
b) Reducimos la medicación.
c) Iniciamos gradualmente un enfoque paliativo y pronóstico.
d) Abandonamos las medidas curativas.

211 **Las acciones que emprender tras una identificación precoz de personas con necesidades de atención paliativa son:**

a) Remitir el /la paciente a un servicio de cuidados paliativos.
b) Informar a la familia de mal pronóstico.
c) Iniciar una evaluación de necesidades, atención paliativa integral, planificación compartida anticipada y gestión de caso integrada.
d) Realizar el testamento vital.

212 **En relación con la identificación precoz de personas con necesidades paliativas, señale la respuesta correcta:**

a) Es mejor hacerla en la comunidad y desde la atención primaria.
b) Debe haber un protocolo en servicios de urgencias.
c) Es una práctica que tiene muchos riesgos.
d) Es mejor realizarla en servicios especializados que tengan experiencia.

213 **Los beneficios más relevantes de la identificación precoz son:**

a) La puesta en marcha de un enfoque paliativo y pronóstico.
b) La disminución de costes de la atención.
c) Evitar cirugía e ingresos.
d) Los pacientes pueden escoger equipos que los atiendan.

214 **En relación con el instrumento NECPAL CCOMS-ICO® (NECPAL), señala ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

a) Se trata de una estrategia de identificación de pacientes que requieren medidas paliativas y que presentan pronóstico de vida limitado, especialmente en servicios generales.
b) Se trata de un instrumento ideado principalmente para determinar el pronóstico de los pacientes.
c) No incluye la detección de distrés emocional.
d) Partió de la idea y de la validación de un instrumento americano.

215 **El instrumento NECPAL 4.0, comparado con el 3.1 (señale la respuesta correcta):**

a) Selecciona síndromes geriátricos y síntomas.

b) Selecciona 6 parámetros que tienen valor pronóstico y los combina para establecer estadiaje.
c) Está mejor descrito.
d) Está validado.

216 Tras aplicar el instrumento NECPAL 4.0, se pueden establecer 3 estadios, que tienen un pronóstico estimado distinto (señale la respuesta correcta):

a) De 2, 8, y 12 meses.
b) De 6, 12 y 24 meses.
c) De 38, 17.2, y 3.6 meses.
d) Son genéricos y no precisan los meses.

217. Qué valora la Escala PAINAD?

a) Sobrecarga del cuidador.
b) El nivel de conciencia tras la sedación paliativa.
c) El nivel de conciencia antes de realizar la sedación paliativa.
d) El dolor en pacientes que no pueden expresarlo verbalmente.

218. Cuál es el principal problema problema que podemos tener tras el tratamiento con radioisótopos en dolores óseos politópicos?

a) Fracaso renal.
b) Neurotoxicidad.
c) Hipercalcemia.
d) Mielotoxicidad.

219. Cuál de estos parámetros NO se valora en Sistema de Clasificación Edmonton Classification System For Cander Pain (ECS-CP):

a) Mecanismo del dolor.
b) Localización del dolor.
c) Conducta adictiva.
d) Fallo cognitivo.

220. Que valora la escala DN-4.

a) La calidad de vida del enfermo paliativo.
b) La presencia de dolor neuropático.
c) El pronóstico vital del enfermo paliativo.
d) La presencia de delirium.

221. **La prevalencia global del delirium en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada varía entre el 26-44%, y aumenta al final de la vida, pudiendo llegar en los días previos al fallecimiento a una prevalencia del:**

a) 58%
b) 68%
c) 78%
d) 88%

222. **Los neurotransmisores más implicados en el delirium son:**

a) Exceso de dopamina y de acetilcolina
b) Deficit de dopamina y de acetilcolina
c) Exceso de dopamina y deficit de acetilcolina
d) Deficit de dopamina y exceso de acetilcolina

223. **Cuál de todos NO es un factor desencadenante de delirium:**

a) Tratamiento con corticoides.
b) Toxicidad por Radioterapia
c) Anemia
d) Colocación de sonda vesical y vía periférica

224. **Cuál de estos antipsicóticos tiene menor perfil de bloqueo del receptor H1 (histaminico):**

a) Haloperidol
b) Levomepromazina
c) Olanzapina
d) Quetiapina

225. **Cuál de estos fármacos NO se puede administra por vía subcutánea?**

a) Haloperidol
b) Levomepromazina
c) Risperidona
d) Olanzapina

226. **Que algoritmo nos permite realizar un adecuado diagnóstico del DIO (Dolor Irruptivo Oncológico):**

a) Algoritmo de Davies
b) Algoritmo de Endicott
c) Algoritmo NIPAC
d) Algoritmo de Edmonton

227. Definimos el DIO (Dolor Irruptivo Oncológico) como :

a) Exacerbación transitoria del dolor que tiene lugar espontáneamente o bien en relación a un desencadenante predecible o no predecible, a pesar de un dolor basal relativamente estable y adecuadamente controlado.
b) Exacerbación transitoria del dolor que tiene lugar espontáneamente o bien en relación a un desencadenante siempre predecible, a pesar de un dolor basal relativamente estable y adecuadamente controlado.
c) Exacerbación transitoria del dolor que tiene lugar espontáneamente o bien en relación a un desencadenante siempre predecible, con un dolor basal NO controlado.
d) Exacerbación transitoria del dolor que tiene lugar espontáneamente o bien en relación a un desencadenante predecible o no predecible, con un dolor basal NO controlado.

228. En la oclusión intestinal maligna las tasas de resolución espontanea en los casos de pacientes en los que la cirugía NO es una opción es de:

a) 5-8%
b) 15-25%
c) 30-40%
d) No hay resolución espontanea en estos casos

229. En la oclusión intestinal maligna los factores asociados con mayor mortalidad incluyen la presencia de:

a) Ascitis, carcinomatosis e hipoalbuminemia.
b) Ascitis, anemia y mal control analgésico.
c) Anemia, mal control analgésico y carcinomatosis.
d) Hipoalbuminemia, anemia y mal control analgésico.

230. De entre todas estas complicaciones médicas cual es la que aparece con más frecuencia asociada a la OCLUSION INTESTINAL MALIGNA?

a) Deshidratación
b) Caquexia
c) Ascitis
d) Anemia

231. En caso de una oclusión intestinal establecida se considera un adecuado control de síntomas todos los síntomas EXCEPTO UNO DE ESTOS:

a) Control de dolor continuo y cólico con EVA inferior a 3.
b) Ingesta de líquidos hiperfraccionados bien tolerada.
c) Hemoglobina superior a 9
d) Menos de un vómito por rebosamiento cada 48 horas

232. Indique lo correcto en cuanto a la técnica de colocación de una vía subcutánea:

a) Insertaremos la aguja con un ángulo de 45 grados y el bisel hacia arriba.
b) Insertaremos la aguja con un ángulo de 45 grados y el bisel hacia abajo.
c) Insertaremos la aguja con un ángulo de 30 grados y el bisel hacia arriba.
d) Insertaremos la aguja con un ángulo de 30 grados y el bisel hacia abajo

233. En la hipodermoclisis, cual es el ritmo de infusión máximo recomendado

a) 20-30 ml /hora
b) 50-60 ml /hora
c) 80-100 ml /hora
d) 150 ml /hora

234. En la hipodermoclisis, cual es el tipo de suero que deberíamos evitar

a) Suero glucosado
b) Suero glucosalino
c) Suero fisiológico
d) Todos se pueden utilizar, no es necesario evitar ninguno de ellos.

235. Cuál de estos fármacos NO está aprobado en ficha técnica para su administración por vía subcutánea.?

a) Levomepromazina
b) Clorpromazina
c) Buprenorfina
d) Lidocaina

236. En cuanto a las complicaciones metabólicas en Oncología:

a) La hipercalcemia es la complicación metabólica más frecuente en Oncología con una incidencia del 20-30%.
b) La hipercalcemia es la complicación metabólica más frecuente en Oncología con una incidencia del 8-15%.
c) La hipernatremia es la complicación metabólica más frecuente en Oncología con una incidencia del 20-30%.
d) La hipernatremia es la complicación metabólica más frecuente en Oncología con una incidencia del 30-40%.

237. La hipercalcemia asociada a lesiones osteolíticas se produce típicamente en todos estos tumores EXCEPTO en uno de ellos:

a) Mieloma múltiple.
b) Cáncer de Mama.
c) Algunos linfomas.

d) Cáncer de pulmón.

238. La cevimilina utilizada en el tratamiento de la xerostomía actúa como un agonista colinérgico sobre los receptores muscarínicos y tiene mayor especificidad sobre los receptores:

a) M1
b) M2
c) M3
d) M4

239. Los espesantes que usamos en la disfagia deben cumplir los siguientes requisitos:

a) Formar grumos uniformes.
b) Permaneces estables en el tiempo.
c) Permitir obtener diferentes consistencias
d) Sabor neutro que no altere el sabor del líquido que espese.

240. Cuál de estas definiciones es la correcta:

a) Se define hipo persistente como aquel que presenta una duración superior a 16 horas e intratable el que dura más de 2 semanas.
b) Se define hipo persistente como aquel que presenta una duración superior a 48 horas e intratable el que dura más de 2 semanas.
c) Se define hipo persistente como aquel que presenta una duración superior a 16 horas e intratable el que dura más de 1 mes.
d) Se define hipo persistente como aquel que presenta una duración superior a 48 horas e intratable el que dura más de 1 mes.

241. ¿Cuál de estos tratamientos NO está aceptado para el abordaje farmacológico del hipo?

a) Baclofeno
b) Quetiapina
c) Clorpromazina
d) Gabapentina

242. El centro quimiorreceptor de la emesis se encuentra en:

a) El área postrema del IV ventrículo
b) La formación reticular medular
c) En el hipotálamo
d) En el tronco cerebral cerca de los centros respiratorios



243. ¿Cuál de estas escalas, que valora 3 items, es específica para el estreñimiento inducido por opioides?

a) Escala de Bristol
b) Escala de Bowel Funtion Index
c) Escala de Roma
d) Escala de Gijon.

244. ¿Cuál de estos laxantes está en la categoría de laxantes osmóticos?

a) Sales de Magnesio
b) Sen
c) Bisacodilo
d) Picosulfato

245. En un paciente con ascitis, ¿por encima de que nivel de proteínas deberíamos considerarlo como exudado?

a) Más de 15g/l
b) Más de 25g/l
c) Más de 35g/l
d) Más de 45g/l

246. ¿Cuál de estos tratamientos NO estaría indicado para el tratamiento de la tos en un paciente oncológico?

a) Benzonatato
b) Lidocaína
c) Quetiapina
d) Dexametasona

247. Cuál es la prevalencia de la hemoptisis en los pacientes con cáncer de pulmón?

a) 2-4%
b) 7-10%
c) 15-20%
d) 28-35%

248. ¿Cuál es el mecanismo más frecuente de producción de hemoptisis?

a) Procedencia de sangrado digestivo
b) Necrosis tumoral
c) Exfoliación de la pared del tumor y neovacularización.
d) Ulceración de la pared vascular por la destrucción ocasionada por el tumor.

249. **En cuanto a la COMPRESION MEDULAR indique la respuesta falsa:**

a) La afectación dorsal es la más frecuente.
b) Las metástasis meníngeas como causa de compresión medular son más frecuentes que las metástasis intramedulares.
c) El dolor suele ser el síntoma inicial.
d) La afectación esfinteriana suele ocurrir de forma precoz en el desarrollo de la comprensión medular.

250. **En una compresión medular, en el caso de que pasen más de 24 horas de la plejia instaurada la posibilidad de recuperación de la capacidad de deambulación:**

a) Disminuye a un 70%
b) Disminuye a un 50%
c) Disminuye a un 30%
d) Disminuye a un 10%

251. **Los pares craneales más comúnmente afectados en la carcinomatosis leptomeningea son:**

a) No se ha demostrado más afectación de unos pares que otros
b) III, VI, VII y VIII
c) I, II, IV y XI
d) V, IX, X y XII

252. **¿Cuál de estos tratamientos puede ser una opción para el tratamiento de hiperhidrosis en pacientes oncológicos?**

a) Olanzapina
b) Quetiapina
c) Risperidona
d) Haloperidol

253. **¿Cuál es el síntoma más frecuente en pacientes paliativos de cualquier etiología?**

a) Dolor.
b) Disnea.
c) Nauseas.
d) Astenia.

254. **¿Cuantos ITEMs valorá la escala Hospitalaria para la ansiedad y depresión?**

a) 10
b) 12
c) 14



d) 16

255. Respecto a la ansiedad tras un diagnóstico de cáncer todas son ciertas excepto una de ellas:

a) La ansiedad es una respuesta ante la incertidumbre, que surge cuando se ve amenazada la propia sensación de integridad.
b) La ansiedad es una respuesta anticipatoria.
c) La ansiedad es una respuesta ante estímulos reales o presentes.
d) La ansiedad después del diagnóstico de cáncer no es necesariamente anormal.

256. ¿En cuál de estas dimensiones se presentan los síntomas de ansiedad?

a) Dimensión fisiológica
b) Dimensión cognitiva
c) Dimensión conductual
d) Todas son correctas.

257 ¿Cuál de estos antidepresivos no pertenece al grupo de los ISRS (inhibidores de la recaptación de la serotonina)?

a) Citalopram
b) Escitalopram
c) Sertralina
d) Mirtazapina

258 Todos estos antidepresivos interfieren en el metabolismo del tamoxifeno EXCEPTO uno de ellos. ¿Cuál es?

a) Paroxetina.
b) Sertralina.
c) Fluoxetina.
d) Duloxetina

259 ¿Cuál de estos rangos de dosis de tratamientos antidepresivos NO está entre los recomendados?

a) Citalopram 20-60 mgrs
b) Escitalopram 5-20 mgrs
c) Fluoxetina 50-200 mgrs
d) Sertralina. 50-200 mgrs



260. Dentro de los criterios DSM-5 para el diagnóstico del insomnio encontramos que:

a) Debe presentarse al menos durante 2 veces por semana y mantenerse al menos durante 2 meses.
b) Debe presentarse al menos durante 2 veces por semana y mantenerse al menos durante 3 meses.
c) Debe presentarse al menos durante 3 veces por semana y mantenerse al menos durante 2 meses.
d) Debe presentarse al menos durante 3 veces por semana y mantenerse al menos durante 3 meses.

261. ¿Cuál de entre los siguientes benzodiacepinas es de duración corta?

a) Diazepan.
b) Flurazepan.
c) Clonazepan.
d) Midazolan.

262. El espasmo del músculo detrusor de la vejiga es típico en el crecimiento tumoral intravesical o extravesical y se manifiesta típicamente como un dolor intenso:

a) A nivel suprapúbico.
b) A nivel infrapúbico.
c) A nivel de ambas fosas iliacas.
d) A nivel de ambas fosas renales

263. ¿Cuál de estas es una escala pronóstica en la compresión medular?

a) Escala de Rades.
b) Escala de Rominger.
c) Escala básica adaptada.
d) Escala Tools.

264. ¿Cuál de los siguientes fármacos utilizados en el tratamiento sintomático del prurito actúa provocando depleción de sustancia P?

a) Lidocaína
b) Capsaicina
c) Colestiramina
d) Rifampicina.

265. ¿Cuál de estos tratamientos por vía tópica es más útil para mitigar el olor de las ulceras tumorales?

a) Metronidazol.



b) Espiramicina.
c) Quinolonas.
d) Vancomicina

266. ¿Cuál es la utilidad de la escala PACSLAC?

a) Evaluación del dolor en caso de deterioro cognitivo.
b) Valoración de calidad de vida.
c) Valoración de complicaciones de dolor neuropático.
d) Diagnóstico de delirium

267. ¿Cuál de los siguientes fármacos pertenece al segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS?

a) Metamizol.
b) Dihidrocodeina.
c) Buprenorfina.
d) Tapentadol.

268. En el síndrome del psoas maligno es característico:

a) Dolor abdominal bajo y extremidad afecta en flexión.
b) Dolor abdominal bajo y extremidad afecta en extensión.
c) Dolor lumbar bilateral y extremidad afecta en flexión.
d) Dolor lumbar bilateral y extremidad afecta en extensión.

269. Indique la afirmación correcta:

a) La metadona es un fármaco muy lipofílico y con alta afinidad por tejidos grasos.
b) La metadona es un fármaco muy lipofílico y con baja afinidad por tejidos grasos.
c) La metadona es un fármaco poco lipofílico y con alta afinidad por tejidos grasos.
d) La metadona es un fármaco poco lipofílico y con baja afinidad por tejidos grasos.

270. Según las tablas de conversión de opioides un parche de fentanilo de 50 ug/h, a qué dosis de oxicodona oral sería equianalgésica?

a) 40 mg/día
b) 80 mg/día
c) 120 mg/día
d) 160 mg/día

271. ¿En la estrategia terapéutica recomendado en el tratamiento del dolor neuropático en pacientes con cáncer avanzado cuál de estas actitudes se considera de primera línea?

a) Pregabalina o gabapentina.

b) Rotar el opioide.
c) Pautar andidepresivo.
d) Ketamina.

272. Cuál es el ratio de conversión entre morfina parenteral/espinal?

a) 10/1
b) 100/1
c) 20/1
d) 200/1

273. En cuanto al Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) señale la respuesta INCORRECTA:

a) El SIADH es la causa más frecuente de hiponatremia en pacientes con cancer.
b) La arginina-vasopresina actúa en nefrona distal incrementando la permeabiliodad del agua.
c) Los niveles de osmolaridad sérica y ácido úrico son criterios esenciales en el diagnóstico.
d) Entre las medidas terapeúticas de su abordaje destacan la restricción hídrica y el suero salino hipertónico.

274.- Para iniciar una conversación pronóstica tras el NECPAL 4.0 (señale la respuesta correcta):

a) Se debe compartir la curva estimada de supervivencia individual.
b) Se debe preguntar a familia si el paciente puede asumirla para poder iniciarla.
c) Es una conversación muy compleja, gradual, y delicada, que requiere competencia en comunicación, ética y clínica.
d) El paciente debe conocer el pronóstico.

275.- La prevalencia poblacional de personas con necesidades de atención paliativa en España es de (señale la respuesta correcta):

a) Del 4,5 % de la población dependiendo de la tasa de envejecimiento.
b) Está entre en 1,3-1,5 % dependiendo de la tasa de envejecimiento.
c) Es imposible determinarla.
d) Depende de la mortalidad y del tiempo de enfermedad avanzada.

276.- Uno de los métodos propuestos para dar malas noticias a pacientes y familias es el denominado método "SPIKES". Dicho método se estructura en seis pasos. Indique la secuencia correcta:

a) Preparar la entrevista-Conocer qué información y percepción que tiene de la enfermedad-Preguntar al paciente si quiere más información-Dar la información al paciente-Responder a la respuesta emocional del paciente-Establecer un plan terapéutico y resumir la información.

b) Preparar la entrevista- Responder a la respuesta emocional del paciente-Conocer qué información y percepción que tiene de la enfermedad-Preguntar al paciente si quiere más información-Dar la información al paciente- Establecer un plan terapéutico y resumir la información.

c) Preparar la entrevista- Preguntar al paciente si quiere más información-Conocer qué información y percepción que tiene de la enfermedad- Responder a la respuesta emocional del paciente-Dar la información al paciente- Establecer un plan terapéutico y resumir la información.

d) Preparar la entrevista- Conocer qué información y percepción que tiene de la enfermedad-Preguntar al paciente si quiere más información-Responder a la respuesta emocional del paciente-Dar la información al paciente- Establecer un plan terapéutico y resumir la información.

277.- Para evaluar las necesidades de atención psicosocial y espiritual se recomienda utilizar instrumentos específicos validados, ¿cuáles?

a) El instrumento ESAS (Edmonton Symptom Assessment System).
b) El termómetro de bienestar.
c) La escala de ansiedad y depresión.
d) La combinación de DME (Detección de Malestar Emocional), ENP-E (Evaluación de Necesidades Psicosociales y Espirituales), y GES (Grupo Espiritualidad SECPAL).

278.- En cuanto a escalas pronósticas, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La escala Palliative Prognostic Score (PaP score) clasifica de forma aceptable a los pacientes con cáncer avanzado en tres grupos, en función de su probabilidad de supervivencia a los 40 días.
b) En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y fracción de eyección <30 %, el Seattle Heart Failure Model predice de forma aceptable la supervivencia a uno, dos y cinco años.
c) En pacientes con enfermedad hepática avanzada, el MELD (Model for End Liver Disease) predice la supervivencia a los tres meses de forma aceptable.
d) El NECPAL 4.0 permite estratificar el riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

279.- ¿Cuál de los siguientes NO sería un principio general en el control de síntomas?

a) Tratar sin evaluar.
b) Definir los objetivos terapéuticos.
c) Elaborar un plan terapéutico global.
d) Informar apropiadamente a enfermo y familia.

280.- ¿Cuál de las siguientes escalas de evaluación NO valora aspectos sociofamiliares?

a) Escala TIRS.
b) Escala Gijón.
c) Cuestionario DUKE-UNC.

d) Escala DME.

281.- ¿Cuál de las siguientes categorías aparecen en la escala EMINA, que evalúa el riesgo de úlceras por presión?

a) Estado mental, movilidad, humedad relacionada con incontinencia, nutrición, actividad.
b) Estado mental, humedad relacionada con incontinencia, nutrición, actividad.
c) Estado mental, movilidad, nutrición, actividad.
d) Estado mental, movilidad, humedad relacionada con incontinencia, nutrición, actividad, presencia de dolor.

282.- En cuanto a la radioterapia como terapia analgésica en el paciente oncológico, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Para una lesión no complicada, sin componente de partes blandas o riesgo de fractura, se recomienda una sesión única de 8 Gy.
b) En los primeros días de la radioterapia puede aparecer un fenómeno de incremento del dolor denominado “efecto flare”.
c) El “efecto flare” tras la radioterapia puede aparecer en un 80 % de los pacientes en los primeros días tras el inicio de la radioterapia.
d) Se ha propuesto el empleo profiláctico de dexametasona (4-8 mg/día el día de inicio y los siguientes 4-5 días) para evitar el “efecto flare” tras la radioterapia.

283.- En cuanto a las indicaciones de la cirugía en el tratamiento de la oclusión intestinal maligna, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La cirugía tiene por objetivo la restauración del tránsito digestivo y es la única alternativa con intención curativa.
b) La cirugía debería reservarse para enfermos con un nivel único oclusivo, con buen estado general previo, con expectativas de vida largas en función de la extensión de la enfermedad o con posibilidades de tratamientos sistémicos complementarios.
c) Tras la cirugía, las tasas de reobstrucción varían de 0 al 23 %.
d) El papel de la cirugía para resolver una oclusión intestinal maligna sigue siendo controvertido.

284.- En cuanto a las complicaciones de la quimioterapia en pacientes con cáncer, señale la respuesta correcta:

a) La mucositis producida por la administración de quimioterapia y/o radioterapia es un fenómeno autolimitado que suele aparecer entre el primer y el segundo de su inicio, alcanza un pico de intensidad sobre el cuarto día y se resuelve hacia los días 7-8 después de la terapia.
b) Para mantener un buen estado nutricional, en todos los grados de mucositis se recomienda colocación de sonda nasogástrica para nutrición enteral.
c) La neuropatía periférica inducida por quimioterapia. es una toxicidad frecuente, especialmente producida por platinos. Se estima que aparece en un 60 % de los pacientes que reciben quimioterapia.



d) En la neuropatía periférica inducida por quimioterapia el fármaco de primera elección es la duloxetina (60 milígramos/día, pudiendo alcanzar 120 milígramos/día en 2 dosis vía oral).

285.- ¿Qué porcentaje de pacientes afectados de insuficiencia cardiaca mueren dentro del año posterior al diagnóstico?

a) 30 %.
b) 40 %.
c) 50 %.
d) 60 %.

286.- Los pilares del tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca incluyen los siguientes:

a) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) + antagonistas de la aldosterona (generalmente espironolactona) + bloqueadores beta.
b) Opioides
c) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) + antagonistas de la aldosterona (generalmente espironolactona) + AINEs.
d) Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) + antagonistas de la aldosterona (generalmente espironolactona).

287.- En pacientes con insuficiencia renal avanzada, los factores que impulsarían la consideración de la diálisis son los siguientes:

a) TFGe<15ml/ml/1,72 m2.
b) Síntomas no controlados relacionados con insuficiencia renal.
c) Deterioro cognitivo.
d) Todos los anteriores.

288.- En cuanto al tratamiento del dolor en la insuficiencia renal, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

a) El paracetamol es seguro en la insuficiencia renal, pero debe reducirse a 4 g cada 24 horas.
b) La pregabalina y la gabapentina requieren una reducción de la dosis en la insuficiencia renal ya que se pueden excretar por vía urinaria.
c) Es necesario ajustar dosis de fentanilo en pacientes en diálisis.
d) La morfina se recomienda en la insuficiencia renal.

289.- ¿Cuál es la mediana de supervivencia con la enfermedad de Alzheimer?

a) 5,2 años.
b) 7,1 años.
c) 9,3 años.
d) 4,4 años.

290.- ¿Cuál de los siguientes fármacos estaría indicado en demencia de Alzheimer moderada a grave como antagonista NMDA?

a) Memantina.
b) Donepecilo.
c) Galantamina.
d) Rivastigmina.

291.- ¿Cuál de los siguientes medicamentos, comúnmente recetados a pacientes de edad avanzada, tienen mayor actividad anticolinérgica sérica?

a) Mirtazapina.
b) Quetiapina.
c) Clorpromacina
d) Haloperidol

292.- ¿Cuál de los siguientes fármacos estaría más indicado en pacientes con Parkinson y afectados de confusión/alucinaciones?

a) Fármacos antimuscarínicos.
b) Quetiapina
c) Risperidona, en caso de enfermedad cerebrovascular añadida.
d) Ninguno de los anteriores.

293.- En relación al uso de fármacos en Cuidados Paliativos, señale la afirmación INCORRECTA:

a) La polifarmacia es frecuente en los pacientes con enfermedad avanzada.
b) Se pueden utilizar herramientas para la deprescripción como los criterios STOPP/START.
c) Se recomienda la prescripción anticipada para el control de algunos síntomas como las náuseas y los vómitos, el dolor, la disnea, entre otros.
d) Dentro de los fármacos a continuar administrando están las estatinas, los hipoglucemiantes orales, entre otros.

294.- Uno de los siguientes opioides, debe utilizarse con especial precaución en pacientes con dolor e insuficiencia renal, indicar cuál:

a) Fentanilo transdérmico.
b) Morfina endovenosa.
c) Metadona oral.
d) Buprenorfina transdérmica.



295.- ¿Cuál de los siguientes opioides estaría indicado su uso en pacientes neutropénicos por su bajo efecto inmunosupresor?:

a) Fentanilo transdérmico.
b) Oxicodona oral.
c) Metadona oral.
d) Buprenorfina transdérmica.

296.- El posible beneficio clínico que puede producir el cambio de un opioide mayor por otro opioide mayor (también denominado rotación de opioide) se basa uno de los siguientes mecanismos. Indicar el mecanismo INCORRECTO:

a) Las diferentes propiedades farmacocinéticas de los opioides.
b) El polimorfismo genético.
c) El efecto de los opioides sobre otros receptores no opioides como en el caso de la metadona y su activación de los receptores NMDA.
d) La variable fracción de ocupación de receptores.

297.- Un paciente con EPOC GOLD IV presenta disnea severa. El paciente llevaba un parche de fentanilo transdérmico de 75 mcg/h (microgramos/hora) cada 72 horas por antecedentes de una fractura aplastamiento en L3 de origen osteoporótico. Su médico responsable desea cambiar el fentanilo por morfina oral administrada en comprimidos de liberación retardada. Indicar la dosis correcta:

a) 180 milígramos de morfina oral cada 12 horas.
b) 120 milígramos de morfina oral cada 12 horas.
c) 75 milígramos de morfina oral cada 12 horas.
d) 90 milígramos de morfina oral cada 12 horas.

298.- Nos derivan a la consulta de Cuidados Paliativos un paciente con antecedentes de consumo de 6 UBs de alcohol al día, que tiene un dolor somático en el hemitórax derecho provocado por la infiltración de un mesotelioma pleural. Tiene accesos de tos que le provocan crisis de dolor muy intensas. Presenta deseos de adelantar la muerte por el mal control del dolor. Indique el tipo de dolor que tiene el paciente según la clasificación pronóstica del dolor Edmonton Classification System for Cancer Pain-nomenclatura ICO (indicar la opción correcta):

a) N1I1P1A1C0.
b) N2I1P1A1C1
c) N1I1P1A1C1
d) N1I1P1A1Cx.

299.- ¿Cuál de los siguientes coanalgésicos utilizados en el tratamiento del dolor neuropático parece ser que es más potente por vía oral que por vía endovenosa, siendo necesario administrar dosis más elevadas por vía endovenosa que por vía oral? Indicar la respuesta correcta:

a) Lidocaína
b) Zolendronato
c) Amitriptilina
d) Ketamina

300.- Indique la asociación INCORRECTA "técnica-indicación":

a) Vía espinal intradural – dolor mixto en múltiples localizaciones.
b) Bloqueo neurolítico de ganglios simpáticos – dolor radicular.
c) Cementoplastia – metástasis óseas líticas.
d) Neuromodulación – dolor neuropático.

301.- Indique cuál de las siguientes manifestaciones NO forma parte del completo de neurotoxicidad inducida por opioides:

a) Sudoración profusa.
b) Mioclonias
c) Alucinaciones
d) Hiperalgesia

302.- Indique la asociación INCORRECTA:

a) Ketamina – síntomas de despersonalización.
b) Capsaicina – contraindicado en neuropatía diabética.
c) Duloxetina – uso con precaución en hepatopatías.
d) Carbamacepina – se puede utilizar con seguridad en pacientes polimedicados.

303.- En relación con la nutrición e hidratación en pacientes con enfermedad avanzada, indique la opción INCORRECTA:

a) En pacientes con enfermedad avanzada/terminal evitar el exceso de hidratación mejora el confort.
b) Un exceso de hidratación puede aumentar las secreciones bronquiales.
c) Siempre está contraindicado el uso de nutrición artificial.
d) En pacientes con obstrucción intestinal, evitar un exceso de hidratación contribuye a disminuir el riesgo de vómitos.

304.- ¿En qué situaciones estaría indicada una ostomía de alimentación en pacientes con disfagia?

a) En pacientes oncológicos: en caso de que se prevea la necesidad de nutrición enteral a largo plazo (más de 6 semanas).



b) En pacientes oncológicos: en caso de que se prevea la necesidad de nutrición enteral a largo plazo (más de 12 semanas).
c) En pacientes oncológicos con disfagia absoluta y Papscore C.
d) En ninguna de las anteriores situaciones.

305.- ¿Cuál sería el tratamiento farmacológico más adecuado en pacientes con vía oral disponible y con hipo como primera indicación?

a) Gabapentina, 600 milígramos cada 8 horas.
b) Baclofeno, de 5 milígramos cada 8 horas a 20 milígramos cada 6 horas.
c) Clorpromacina subcutánea/endovenosa de 25 milígramos cada 24 horas a 25 milígramos cada 8 horas.
d) Haloperidol 10 gotas cada 8 horas vía oral.

306.- ¿Cuáles son los receptores implicados en la estimulación directa del centro del vómito?

a) Encefalinas.
b) D2, Ach, H1, NK 1.
c) 5HT3, H1, NK 1.
d) D2, Ach, H1.

307.- ¿Cuál de las siguientes escalas actualmente estaría más indicada para evaluar el estreñimiento inducido por opioides?

a) BFI (Bowel Function Index).
b) Escala de Bristol.
c) EMINA
d) Criterios Roma II.

308.- ¿Cuál de los siguientes laxantes orales estaría indicado para el tratamiento de una impactación fecal, empleando de 6 a 8 sobres en un litro de agua?

a) Parafina
b) Lactulosa
c) Polietilenglicol.
d) Plantago ovata.

309.- ¿Cuál de los siguientes antitusígenos tienen su acción sobre el receptor NMDA?

a) Metadona
b) Dextrometorfano
c) Codeína.
d) a) y b) son correctas.

310.- **¿Cuál de los siguientes antipsicóticos puede provocar más arritmias, hipotensión y síntomas anticolinérgicos?**

a) Levomepromacina
b) Haloperidol
c) Risperidona
d) Ninguno de los anteriores.

311.- **En cuanto al tratamiento del insomnio, ¿cuál de las siguientes benzodiacepinas tiene una vida media prolongada?**

a) Midazolam.
b) Alprazolam.
c) Lorazepam.
d) Diazepam.

312.- **En relación con los grupos de patologías que justifican la necesidad de cuidados paliativos pediátricos, ¿cuál de las siguientes opciones los clasifica con mayor precisión?**

a) Enfermedades oncológicas exclusivamente; enfermedades crónicas con dependencia tecnológica; enfermedades raras sin tratamiento; prematuridad extrema.
b) Enfermedades en las que el tratamiento curativo es posible pero puede fracasar; enfermedades con muerte prematura probable pero en las que los tratamientos intensivos pueden prolongar una vida de calidad; patologías progresivas de tratamiento exclusivamente paliativo que pueden extenderse años; enfermedades con deterioro neurológico no progresivo que causan debilidad y susceptibilidad a complicaciones.
c) Enfermedades terminales oncológicas; enfermedades neurológicas degenerativas; enfermedades genéticas sin tratamiento; prematuridad extrema con secuelas.
d) Solo enfermedades con pronóstico de muerte antes de los 18 años; quedan excluidas las enfermedades crónicas no oncológicas.

313.- **En un niño con enfermedad oncológica avanzada y dolor persistente moderado-grave, sin exposición previa a opioides, ¿cuál es la estrategia analgésica más adecuada?**

a) Mantener la escalera analgésica clásica de tres escalones, iniciando codeína antes de morfina.
b) Utilizar opioides débiles como paso obligatorio antes de opioides mayores.
c) Iniciar morfina de liberación inmediata 0,1–0,3 mg/kg/dosis cada 4 horas por vía oral, titulando según respuesta.
d) Evitar morfina en pediatría salvo situación de últimos días.

314.- Un adolescente con enfermedad degenerativa avanzada y fracaso ventilatorio crónico, con capacidad cognitiva preservada, expresa su deseo de limitar el soporte ventilatorio, en contra de la opinión de su familia. ¿Cuál es la actitud prioritaria?

a) Dado que el paciente tiene capacidad cognitiva preservada y ha expresado su voluntad de forma reiterada, su decisión tiene carácter vinculante y debe aplicarse de forma inmediata, con independencia de la opinión familiar.
b) La patria potestad obliga a los profesionales a seguir el criterio de los padres hasta que el paciente alcance la mayoría de edad legal, ya que la capacidad legal y la capacidad cognitiva son conceptos equivalentes.
c) Iniciar un proceso deliberativo que valore el interés superior del menor incorporando su opinión según su grado de madurez, implique a los padres y, si el conflicto persiste, explore vías de mediación o apoyo institucional.
d) Mantener todas las medidas de soporte vital activas hasta alcanzar consenso familiar unánime, ya que actuar sin ese consenso podría constituir una vulneración de la patria potestad.

315.- ¿Cuál de las siguientes representa una limitación importante del fentanilo transdérmico en niños con enfermedad avanzada en cuidados paliativos domiciliarios?

a) Debe evitarse en niños con insuficiencia renal ya que, al igual que la morfina, acumula metabolitos activos que pueden provocar toxicidad del sistema nervioso central.
b) No está indicado en pacientes con requerimientos de opioides inestables o en proceso de titulación, ya que no permite ajustes rápidos de dosis.
c) Está contraindicado en menores de 18 años según ficha técnica.
d) Al iniciar el parche de fentanilo debe suspenderse la morfina oral en las primeras 2-3 horas para evitar sobredosificación, ya que el parche comienza a liberar fentanilo desde el momento de su aplicación.

316.- En relación con las necesidades de los hermanos de un niño gravemente enfermo en cuidados paliativos pediátricos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Los hermanos pueden desarrollar síntomas físicos como náuseas, vómitos, diarrea y cefalea en respuesta al estrés de la situación.
b) La emoción no expresada en los hermanos puede manifestarse como fracaso escolar, problemas de conducta o síntomas físicos.
c) Para proteger a los hermanos del sufrimiento, lo más recomendable es mantenerlos al margen de la información sobre la enfermedad y evitar su contacto con el niño enfermo.
d) Mantener la rutina escolar y las actividades extraescolares es importante para preservar la sensación de seguridad de los hermanos.

317.- Respecto al tratamiento farmacológico de la depresión en niños con necesidades paliativas, señale la afirmación CORRECTA:

a) Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina constituyen el tratamiento de elección para los síntomas depresivos reactivos de corta duración.
b) En menores de 12 años, el inicio de tratamiento antidepresivo debe realizarse habitualmente sin necesidad de valoración especializada.
c) La fluoxetina es el ISRS con mayor experiencia de uso en población pediátrica y, cuando se plantea tratamiento farmacológico de la depresión, puede requerirse valoración por psiquiatría infantil.
d) La presencia de enfermedad avanzada contraindica el uso de ISRS.

318.- Respecto al estreñimiento inducido por opioides en niños con necesidades paliativas, señale la afirmación CORRECTA:

a) El estreñimiento asociado a opioides suele desarrollar tolerancia tras las primeras semanas de tratamiento, por lo que rara vez requiere medidas preventivas.
b) El polietilenglicol es un laxante isoosmótico ampliamente utilizado en pediatría y constituye una opción adecuada para la prevención y el tratamiento del estreñimiento asociado a opioides.
c) La persistencia de estreñimiento durante el tratamiento con morfina contraindica la rotación a otro opioide.
d) Los laxantes estimulantes están contraindicados en niños que reciben tratamiento opioide.

319.- En un paciente con cáncer de mama metastásico y calcio corregido de 13,8 mg/dl con síntomas (confusión, náuseas, poliuria), ¿cuál es el tratamiento de PRIMERA LÍNEA?

a) Furosemida intravenosa en dosis altas para aumentar la calciuria.
b) Hidratación con suero salino 0,9% IV (2-4 litros/24h) para restaurar el volumen y aumentar la excreción renal de calcio, seguida de ácido zoledrónico IV (4 mg en 15 minutos) una vez conseguida la rehidratación.
c) Calcitonina intramuscular como único tratamiento de primera línea por su rapidez de acción.
d) Denosumab subcutáneo 120 mg como alternativa de primera línea al zoledrónico, dado que tiene inicio de acción más rápido y menor nefrotoxicidad.

320.- Una paciente de 52 años con linfoma no Hodgkin en tratamiento con quimioterapia presenta fiebre de 38,8°C en domicilio. La analítica de ayer mostraba neutrófilos 0,4×10⁹/l. La paciente está en seguimiento paliativo y ha expresado claramente su deseo de no ingreso hospitalario. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) Derivar a urgencias hospitalarias de forma urgente en todos los casos de neutropenia febril, independientemente de la voluntad del paciente, dado que el riesgo vital obliga a priorizar el tratamiento sobre la autonomía.

b) Dado que la paciente ha expresado su deseo de no ingreso, lo más adecuado es iniciar tratamiento sintomático exclusivo con antitérmicos, ya que la antibioterapia empírica domiciliaria no está avalada en neutropenia febril grave.

c) Iniciar antibioterapia empírica de amplio espectro; el alta y el manejo domiciliario son posibles cuando el riesgo de complicaciones sépticas ha sido reevaluado como bajo, teniendo en cuenta las circunstancias sociales y clínicas y la necesidad de volver al hospital si se desarrolla un problema.

d) El tratamiento de elección en neutropenia de grado 4 febril es la combinación de amoxicilina-clavulánico con azitromicina oral, que puede administrarse en domicilio sin necesidad de valoración presencial.

321.- Un paciente de 70 años con carcinoma de faringe infiltrante y gran masa cervical está en sus últimas semanas de vida en domicilio. El equipo lo identifica como paciente con alto riesgo de hemorragia masiva. ¿Cuál es la medida preventiva más importante a incluir en el plan de atención domiciliaria?

a) Prescribir morfina SC en dosis altas de forma anticipada como único fármaco de rescate, ya que en hemorragia masiva el objetivo es exclusivamente el control del dolor.

b) Prescribir ácido tranexámico oral de forma profiláctica continuada, ya que reduce significativamente la incidencia de hemorragia masiva en tumores cervicales con riesgo de erosión vascular directa.

c) Iniciar anticoagulación profiláctica con heparina de bajo peso molecular para reducir el riesgo de trombosis local que puede precipitar la hemorragia por erosión vascular del tumor.

d) Asegurarse de que en el domicilio hay midazolam preparado y accesible y que los cuidadores disponen de un plan de acción claro sobre cómo y cuándo administrarlo ante una hemorragia masiva, junto con toallas de color oscuro para minimizar el impacto visual.

322.- ¿Cuál es la causa más frecuente de obstrucción de la vena cava superior (OVCS) de origen maligno?

a) Carcinoma bronquial, que representa aproximadamente el 75% de los casos de OVCS de origen maligno.

b) Linfoma no Hodgkin mediastínico, que representa la mayoría de los casos por el crecimiento ganglionar en el mediastino superior como vía más frecuente de compresión extrínseca de la VCS.

c) El linfoma no Hodgkin y el carcinoma bronquial contribuyen por igual a la OVCS maligna, representando cada uno aproximadamente el 40% de los casos.

d) El carcinoma de mama con metástasis mediastínicas representa el 25% de los casos de OVCS maligna, siendo la segunda causa más frecuente tras el carcinoma bronquial.

323.- Paciente con metástasis vertebral dorsal confirmada por RM. ¿Qué conjunto de hallazgos es el más esperable en la exploración neurológica?

a) Arreflexia generalizada, anestesia en silla de montar e incontinencia fecal y urinaria.
b) Síndrome de Claude-Bernard-Horner con miosis, ptosis y enoftalmos, junto con debilidad en territorio C8-D1.
c) Hipotonía flácida bilateral con arreflexia, anestesia en silla de montar e incontinencia urinaria y fecal por afectación del cono medular y la cola de caballo.
d) Hiperreflexia, Babinski positivo, disminución o abolición de reflejos abdominales, alteración de la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión y disminución del tono del esfínter rectal.

324.- Un paciente de 60 años con cáncer de próstata y metástasis óseas conocidas refiere dolor lumbar de nueva aparición, más intenso en decúbito, de 3 días de evolución. Esta mañana nota dificultad para caminar y debilidad en ambas piernas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre su manejo es CORRECTA?

a) El tratamiento con dexametasona debe posponerse hasta disponer de confirmación por RM, ya que los corticoides pueden modificar los hallazgos de imagen y dificultar el diagnóstico diferencial con linfoma espinal.
b) La función neurológica en el momento del diagnóstico es el factor pronóstico más importante; iniciar tratamiento urgente antes de que progrese la lesión es prioritario para preservar la función.
c) El síntoma más frecuente y precoz de la compresión medular es la debilidad de extremidades inferiores, por lo que ante cualquier deterioro motor en paciente con metástasis óseas debe iniciarse tratamiento inmediato.
d) La localización más frecuente de la compresión medular metastásica es la región cervical, por la alta vascularización de esa zona y la frecuencia de metástasis en vértebras cervicales en el cáncer de próstata.

325.- Respecto al uso de calcitonina en la hipercalcemia maligna, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS correcta?

a) La calcitonina es más potente que los bifosfonatos y debe usarse siempre como primer fármaco en hipercalcemia grave sintomática.
b) La calcitonina tiene inicio de acción rápido (4-6 horas) aunque con tolerancia precoz, por lo que es útil para conseguir un descenso inicial del calcio mientras se espera el efecto de los bifosfonatos, que tardan 24-72 horas.
c) La gravedad clínica de la hipercalcemia se correlaciona exclusivamente con el nivel absoluto de calcio sérico, independientemente de la rapidez de instauración.
d) La calcitonina está contraindicada en hipercalcemia maligna porque su efecto es demasiado lento para ser útil en situaciones de urgencia, siendo siempre preferible iniciar directamente con bifosfonatos.



326.- Un paciente de 65 años con carcinoma de pulmón de célula pequeña en seguimiento paliativo presenta confusión progresiva, náuseas y cefalea. La analítica muestra sodio sérico de 118 mEq/l. El equipo sospecha SIADH. ¿Cuáles son los criterios esenciales para confirmarlo?

a) Osmolalidad sérica eficaz <275 mOsm/kg, osmolalidad urinaria >100 mOsm/kg, sodio urinario >30 mmol/l, euvolemia clínica y ausencia de insuficiencia adrenal, tiroidea, hipofisaria o renal.
b) Hiponatremia <130 mEq/l con hipervolemia clínica documentada, sodio urinario >20 mmol/l y ausencia de tratamiento diurético activo en las últimas 72 horas.
c) Sodio sérico <125 mEql/l con síntomas neurológicos, osmolalidad urinaria >250 mOsm/kg y respuesta negativa a la infusión de suero fisiológico isotónico.
d) Cociente sodio urinario/plasmático >1, con acidosis metabólica leve, hipervolemia clínica y ausencia de tratamiento con diuréticos, AINEs o inhibidores de la ECA en las últimas 2 semanas.

327.- Un paciente de 62 años con CPCP en tratamiento ingresa con confusión, vómitos y náuseas. Analítica: sodio sérico 112 mEq/l, osmolalidad sérica 262 mOsm/kg, sodio urinario 48 mEq/l, euvolemia clínica, función renal y tiroidea normales. El cuadro se ha instaurado en menos de 48 horas. ¿Cuál es el tratamiento más urgente?

a) Restricción hídrica a 700-1.000 ml/24h como medida de primera línea; su efecto se espera a los 3-5 días, lo que es adecuado dado que la hiponatremia de instauración aguda tolera una corrección más lenta.
b) Suero salino hipertónico al 3% en bolus de 100 ml en 10 minutos, repetible hasta 2 veces para conseguir un aumento inicial de 4-6 mEq/l de sodio, con monitorización horaria y vigilancia de mielinolisis protuberancial.
c) Tolvaptán oral 15 mg/24h como primera línea en hiponatremia sintomática grave.
d) Suero salino isotónico al 0,9% en infusión rápida como estrategia más segura en hiponatremia grave de instauración aguda.

328.- En relación con los criterios de gravedad del síndrome de vena cava superior (SVCS) de origen maligno, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS correcta?

a) El edema facial y la circulación colateral visible son criterios de gravedad que obligan a iniciar tratamiento de emergencia en las primeras horas independientemente de otros síntomas.
b) La gravedad del SVCS se determina exclusivamente por el grado de obstrucción anatómica demostrado por TC, no por la clínica.
c) El estridor, el edema cerebral y la afectación neurológica indican compromiso vital y obligan a tratamiento urgente, a diferencia del edema facial o la circulación colateral que pueden manejarse de forma electiva.
d) Todo SVCS maligno confirmado por imagen requiere radioterapia urgente independientemente de la gravedad clínica.



329.- En el manejo farmacológico de la obstrucción intestinal maligna no subsidiaria de cirugía, ¿cuál de las siguientes combinaciones es la MÁS adecuada?

a) Octreótido + haloperidol + dexametasona + morfina SC.
b) Octreótido + ondansetron + dexametasona + tramadol SC.
c) Octreótido + haloperidol + dexametasona + ketorolaco SC.
d) Octreótido + metoclopramida + dexametasona + morfina SC.

330.- Paciente con carcinoma de mama metastásico en situación de últimas semanas, con calcio corregido de 12,8 mg/dl, confusión leve y somnolencia progresiva. La familia pregunta si hay que "bajar el calcio". ¿Cuál es la afirmación MÁS correcta?

a) La hipercalcemia debe tratarse siempre con bifosfonatos IV independientemente del pronóstico, porque la corrección del calcio mejora objetivamente la calidad de vida en todos los casos.
b) La decisión de tratar debe individualizarse según la posición de la enfermedad, el pronóstico, los objetivos del tratamiento y los deseos del paciente; en situación muy avanzada puede ser apropiado no tratar.
c) En hipercalcemia grave con calcio >12 mg/dl el tratamiento es siempre obligatorio por riesgo de arritmia fatal inminente.
d) La somnolencia y confusión en este contexto indican encefalopatía hipercalcémica irreversible, por lo que el tratamiento con bifosfonatos no aportaría beneficio clínico.

331.- ¿Cuál de las siguientes opciones contiene ÚNICAMENTE factores de riesgo reconocidos para desarrollar un duelo complicado, sin incluir ningún factor protector?

a) Pérdida de un hijo; ausencia de pérdidas múltiples previas; incapacidad para tolerar extremos de angustia emocional; red de apoyo negada; inseguridad en los apegos infantiles.
b) Pérdida de un hijo; historial de pérdidas múltiples; capacidad para tolerar extremos de angustia emocional; red de apoyo negada; inseguridad en los apegos infantiles.
c) Pérdida de un hijo; historial de pérdidas múltiples; incapacidad para tolerar extremos de angustia emocional; red de apoyo social sólida y disponible; inseguridad en los apegos infantiles.
d) Pérdida de un hijo; historial de pérdidas múltiples y/o recurrentes; incapacidad para tolerar extremos de angustia emocional; pérdida social negada (p. ej., pérdida de ex cónyuge); inseguridad en los apegos infantiles.

332.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión la distinción entre duelo normal y duelo complicado?

a) El duelo complicado se define por la aparición de cualquier síntoma psiquiátrico formal tras la pérdida, independientemente del tiempo transcurrido.

b) El duelo complicado implica que, dada la cantidad de tiempo transcurrido desde la muerte, hay algún compromiso, distorsión o fallo de los procesos de duelo; los síntomas no se resuelven espontáneamente y necesitan intervención activa.
c) La diferencia entre duelo normal y complicado radica exclusivamente en la intensidad de los síntomas durante la primera semana tras la pérdida.
d) El duelo se considera complicado únicamente cuando el doliente cumple criterios diagnósticos completos de episodio depresivo mayor según el DSM-5.

333.- Una mujer de 58 años perdió a su marido hace 8 meses tras una enfermedad oncológica. Acude a su médico de familia porque refiere que sigue sin poder creer que su marido haya muerto, tiene pensamientos intrusivos constantes sobre él, ha abandonado por completo sus actividades habituales, evita hablar de él con nadie y ha comenzado a consumir alcohol de forma excesiva. ¿Cuál es la categoría diagnóstica más adecuada?

a) Episodio depresivo mayor con síntomas de duelo reactivo, que requiere inicio inmediato de antidepresivos.
b) Duelo complicado, también denominado duelo prolongado o duelo complejo persistente, que requiere intervención activa.
c) Duelo inhibido o retrasado, variante normal que se resolverá espontáneamente sin necesidad de intervención.
d) Trastorno de estrés postraumático secundario a muerte inesperada; requiere derivación urgente a psiquiatría.

334.- En el modelo de proceso dual de Stroebe y Schut, ¿qué denominación recibe el polo centrado en los cambios prácticos de la vida cotidiana derivados de la pérdida?

a) Afrontamiento orientado a la restauración
b) Afrontamiento orientado a la pérdida
c) Afrontamiento centrado en la evitación
d) Afrontamiento centrado en el dolor

335.- Un hombre de 45 años acude muy alterado porque su madre, en situación de últimas horas, le ha pedido que no llore delante de ella. Refiere sentirse paralizado, no saber qué decir, y teme que si expresa sus emociones empeorará el sufrimiento de su madre. ¿Cuál es la intervención de apoyo en el duelo anticipatorio más adecuada?

a) Indicarle que respete el deseo de su madre y que contenga sus emociones, ya que el control emocional del familiar es siempre beneficioso para el paciente terminal.
b) Proponer una reunión familiar estructurada para distribuir los tiempos de visita y evitar que ningún familiar se sienta desbordado emocionalmente.
c) Derivarle de forma inmediata al psiquiatra, ya que la parálisis emocional ante la muerte inminente de un familiar es un síntoma de duelo patológico.
d) Escucharle sin prejuicios, validar sus sentimientos, ofrecerle garantías sobre la normalidad de sus emociones, explorar cómo interpreta la situación y abordar directamente la muerte y la agonía, ya que hacerlo puede ser liberador.

336.- En relación con las manifestaciones del duelo normal, ¿cuál de las siguientes es una característica cognitiva habitual y no patológica?

a) La incredulidad y la sensación de irrealidad con la pérdida, así como la preocupación con pensamientos sobre el difunto, son frecuentes especialmente a corto plazo y no implican patología.
b) Las alucinaciones visuales o auditivas del fallecido siempre indican psicopatología y requieren derivación psiquiátrica urgente.
c) La incapacidad total para recordar al difunto es el mecanismo de afrontamiento cognitivo más protector en las primeras semanas.
d) El pensamiento mágico sobre la posibilidad de reunirse con el fallecido indica siempre ideación suicida encubierta que requiere evaluación urgente.

337.- Una niña de 4 años pregunta repetidamente por su abuelo fallecido hace 3 semanas porque 'no viene a buscarla al colegio'. Sus padres están preocupados porque la niña no llora, juega con normalidad y a veces dice que el abuelo 'está de viaje'. ¿Cuál es la interpretación más adecuada y la orientación a los padres?

a) La ausencia de llanto y la negación del fallecimiento indican duelo inhibido patológico que requiere derivación urgente a psicología infantil.
b) El comportamiento es esperable para su edad: los niños de 3 a 5 años no ven la muerte como irreversible y pueden percibirla como temporal; los padres deben mantener rutinas, permitir expresión emocional y dar explicaciones sencillas y honestas sin exigir comprensión adulta.
c) La niña muestra señales de trastorno de apego desorganizado que requiere evaluación por neuropediatría.
d) Dado que la niña mantiene su actividad habitual y no muestra tristeza, el duelo es inexistente y no requiere ningún tipo de seguimiento.

338.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las manifestaciones físicas del duelo normal es la más correcta?

a) Las manifestaciones físicas del duelo pueden incluir presión en el estómago, opresión en el pecho, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, dificultad para respirar, debilidad muscular, falta de energía y sequedad de boca; son respuestas normales que frecuentemente se malinterpretan como ansiedad.
b) Las manifestaciones físicas del duelo son siempre indicativas de patología somática y deben estudiarse con carácter preferente antes de atribuirlas al duelo.
c) Las manifestaciones físicas del duelo se limitan a alteraciones del sueño y del apetito; cualquier otra sintomatología somática debe considerarse señal de alarma.
d) La hipersensibilidad al ruido y los episodios de falta de aliento son manifestaciones exclusivas del duelo complicado y no aparecen en el duelo normal.

339.- ¿Cuál de las siguientes situaciones implica el MAYOR riesgo acumulado de duelo complicado según los factores de riesgo descritos en la bibliografía?

a) Mujer de 45 años que pierde a su madre de 78 años tras demencia de larga evolución, con sentimientos de culpa por sentir alivio tras el fallecimiento y escasa red de apoyo fuera del núcleo familiar inmediato.
b) Hombre de 58 años que pierde a su mujer tras 18 meses de enfermedad oncológica, con antecedentes de ansiedad tratada, relación descrita como "a veces difícil" y dos hijos adultos que le apoyan activamente.
c) Mujer de 52 años, madre soltera, cuyo único hijo de 28 años murió de forma súbita en accidente de tráfico. Tiene red social amplia pero refiere que nadie de su entorno entiende realmente su pérdida.
d) Mujer de 40 años cuya hija de 8 años murió por leucemia en 3 meses, con relación de intensa dependencia mutua, escaso apoyo social, historia de depresión mayor previa, madre soltera tras divorcio reciente y que no pudo estar presente en el fallecimiento.

340.- ¿Cuál de los siguientes NO es un signo de advertencia de duelo complicado?

a) Deterioro funcional a largo plazo
b) Toma de decisiones impulsiva
c) Llanto espontáneo en los primeros meses tras la pérdida
d) Idealización del difunto

341.- ¿Cuál de los siguientes conjuntos de signos define mejor la situación de últimos días (SUD) desde el punto de vista clínico?

a) Pérdida de peso >10% en el último mes y albúmina sérica <2,5 g/dL.
b) Encamamiento permanente, disfagia progresiva, oligoanuria, deterioro cognitivo fluctuante y pérdida de interés por el entorno.
c) Fiebre >38°C de más de 72 horas de evolución, taquicardia sinusal y diaforesis nocturna.
d) Escala de Karnofsky de 40 con dependencia parcial para las actividades básicas de la vida diaria y anorexia persistente.

342.- En domicilio, un paciente con EPOC avanzado en situación de últimos días presenta disnea intensa e incapacidad para la vía oral. ¿Cuál es la vía y el fármaco de elección para el control de la disnea?

a) Morfina oral de liberación rápida a dosis de 5 mg/4h, ya que en domicilio la vía oral debe mantenerse el máximo tiempo posible aunque la ingesta esté reducida.
b) Morfina por vía subcutánea, titulada según respuesta clínica, iniciando a dosis de 2,5-5 mg/4h en pacientes sin opioide previo.
c) Fentanilo transdérmico a dosis fijas cada 72 horas como opioide de primera línea en domicilio.
d) Oxicodona subcutánea, dado que en pacientes con EPOC avanzado la morfina está contraindicada por el riesgo de broncoespasmo y depresión respiratoria.



343.- Paciente en situación de últimas horas con encamamiento completo y pérdida de consciencia. La familia refiere un ruido respiratorio intenso y continuo que les genera gran angustia. La exploración descarta obstrucción de vía aérea superior. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de primera elección?

a) Furosemida intravenosa para reducir la sobrecarga hídrica pulmonar subyacente.
b) Anticolinérgicos: butilescopolamina 20 mg SC cada 4-6 horas o en infusión continua, o escopolamina 0,5-1 mg SC cada 4-6 horas.
c) N-acetilcisteína nebulizada para fluidificar y movilizar las secreciones acumuladas.
d) Incremento de la dosis de opioide basal, dado que el estertor es una manifestación de dolor no controlado en el paciente inconsciente.

344.- ¿Cuál de los siguientes factores determina que una situación de situación de últimos días (SUD) sea considerada de alta complejidad asistencial?

a) La edad avanzada del paciente (mayor de 80 años) con pluripatología crónica.
b) El diagnóstico oncológico frente al no oncológico, dado que la carga sintomática es objetivamente mayor.
c) La distancia geográfica superior a 30 km al hospital de referencia con guardia de cuidados paliativos.
d) La presencia de síntomas refractarios, conflicto en la toma de decisiones, claudicación familiar o demanda de sedación en el domicilio.

345.- El Decreto 147/2015 del País Vasco sobre derechos y deberes en el sistema sanitario de Euskadi, ¿qué derecho específico reconoce especialmente relevante en la atención domiciliaria durante la situación de últimos días (SUD)?

a) El derecho a recibir atención sanitaria en el domicilio cuando las condiciones clínicas lo permitan y el paciente o su familia lo solicite, en condiciones de dignidad.
b) El derecho a obtener medicación fuera del catálogo farmacéutico autonómico si el paciente o familia lo solicita expresamente.
c) El derecho a elegir libremente al médico especialista que le atiende en su domicilio entre todos los facultativos del sistema público.
d) El derecho a una segunda opinión médica obligatoria y vinculante antes de cualquier decisión de limitación del esfuerzo terapéutico.

346.- ¿Cuál de las siguientes combinaciones de signos clínicos tiene mayor valor predictivo de fallecimiento en las próximas 72 horas, según la evidencia disponible en cuidados paliativos?

a) Disminución del nivel de consciencia, disfagia progresiva y reducción de la diuresis, combinación que indica deterioro pero con pronóstico habitual de días a semanas.
b) Confusión leve, disfagia para sólidos y astenia marcada.
c) Pulso radial débil o imperceptible, periodos de apnea superiores a 15 segundos y cianosis periférica.

d) Extremidades frías y moteadas, cambio en el patrón respiratorio (Cheyne-Stokes o respiración agónica), imposibilidad de cerrar los ojos y estupor o coma.

347.- Un paciente con cáncer de próstata e insuficiencia renal crónica estadio 4 (FG 18 ml/min) recibe morfina oral 90 mg/24h. Al perder la deglución, el equipo plantea conversión a vía SC. ¿Cuál es la actitud farmacológica MÁS correcta?

a) Convertir a morfina SC 45 mg/24h (ratio oral/SC 2:1) y no modificar nada más.
b) Dado el deterioro renal severo con riesgo de acumulación de M6G y M3G, rotar a fentanilo SC a dosis equianalgésica reducida un 33% por tolerancia cruzada incompleta, con rescates disponibles y monitorización estrecha.
c) Suspender el opioide y sustituir por ketorolaco SC para evitar metabolitos acumulables.
d) Rotar a metadona SC, ya que es el único opioide sin metabolitos activos en insuficiencia renal.

348.- Varón de 80 años con cáncer de colon con carcinomatosis peritoneal, en situación de últimos días en domicilio. Recibe morfina 30 mg/24h + midazolam 10 mg/24h SC. A las 3 AM la hija llama angustiada: el padre lleva 2 horas con un ruido respiratorio muy fuerte y movimientos "raros" de las piernas. Está inconsciente. Le pregunta si su padre está sufriendo y qué deben hacer. ¿Cuál es la respuesta y actuación MÁS correcta?

a) Explicar que los estertores son el sonido de las secreciones en la garganta de un paciente inconsciente que no puede toser y que no indican sufrimiento. Indicar administrar el rescate de butilescopolamina pautado, colocar al padre en decúbito lateral y tranquilizarla sobre los movimientos (mioclonías de la agonía); ofrecer acompañamiento telefónico y desplazarse si la familia lo necesita.
b) Explicar a la hija que los estertores indican que el paciente tiene dolor y que hay que aumentar la morfina de inmediato.
c) Indicar a la hija que aspire las secreciones con una pera de goma para aliviar el ruido y tranquilizar al paciente.
d) Indicar a la hija que aumente el ritmo de la perfusión de midazolam al doble, ya que las mioclonías indican que el nivel de sedación es insuficiente.

349.- En un paciente en situación de últimos días con diabetes mellitus tipo 2 tratada con insulina, ¿cuál es la actitud más adecuada respecto al control glucémico?

a) Mantener controles glucémicos cada 8 horas y ajustar insulina según resultado, ya que la hiperglucemia severa puede causar disconfort por poliuria y sed.
b) Suspender los controles glucémicos rutinarios y la insulina pautada o reducirla drásticamente; el objetivo es el confort, no el control metabólico; la hipoglucemia sintomática puede tratarse con glucosa oral si el paciente puede tragar o con glucagón SC si no puede.
c) Cambiar a insulina de acción prolongada única diaria para simplificar el tratamiento y evitar pinchazos frecuentes.
d) Suspender la insulina pero mantener los controles glucémicos cada 12 horas para detectar hipoglucemia sintomática.

350.- ¿Cuál es la actitud más adecuada respecto a los corticoides en la situación de últimos días?

a) Deben mantenerse siempre hasta el fallecimiento porque su retirada brusca puede causar insuficiencia suprarrenal aguda.
b) Los corticoides pautados por indicaciones específicas deben reducirse y suspenderse progresivamente si ya no aportan beneficio sintomático, para evitar efectos adversos como hiperglucemia, agitación o retención hídrica; la retirada debe ser gradual si se han usado a dosis altas durante semanas.
c) Deben mantenerse a dosis bajas de mantenimiento porque contribuyen al bienestar general y al apetito en todos los pacientes en agonía.
d) Deben suspenderse bruscamente en cuanto el paciente pierde la vía oral, ya que no existe formulación SC disponible.

351.- Varón de 69 años con adenocarcinoma pancreático metastásico y situación de últimos días. Presenta delirium hiperactivo refractario con intensa agitación psicomotriz, intentos repetidos de incorporarse de la cama y importante sufrimiento global. Ha recibido haloperidol SC a dosis progresivamente crecientes sin respuesta clínica suficiente. El equipo plantea iniciar sedación paliativa continua. ¿Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas se ajusta MEJOR a las recomendaciones habitualmente aceptadas para este contexto clínico?

a) Iniciar levomepromazina subcutánea como fármaco sedante principal, valorando asociación posterior de midazolam si el control sintomático resulta insuficiente.
b) Suspender neurolépticos e iniciar exclusivamente midazolam, dado que las benzodiacepinas constituyen el tratamiento de elección universal del delirium terminal.
c) Ante el fracaso del haloperidol, el siguiente paso recomendado es añadir midazolam en perfusión continua manteniendo el haloperidol, reservando la levomepromazina para una tercera línea si la combinación resulta insuficiente.
d) Evitar levomepromazina por el riesgo de hipotensión y priorizar sedación con propofol como primera línea en el domicilio.

352.- Varón de 78 años con cáncer de próstata metastásico en situación de últimas horas. La enfermera avisa porque el paciente está agitado, intenta levantarse de la cama, no reconoce a su mujer y parece angustiado. Lleva 24h con midazolam 15 mg/24h SC. ¿Cuál es la actitud MÁS correcta?

a) Doblar el midazolam a 30 mg/24h SC.
b) Añadir levomepromazina 300 mg/24h SC.
c) Solicitar analítica urgente.
d) Descartar causas reversibles como retención urinaria, fecaloma, dolor no controlado, efectos secundarios de medicación o mala postura antes de escalar fármacos.



353.- Varón de 63 años con adenocarcinoma gástrico metastásico, carcinomatosis peritoneal y fracaso multiorgánico progresivo. En las últimas 48 horas desarrolla delirium hiperactivo grave con autoarrancamiento de vías, agitación psicomotriz y episodios de disnea intensa. Ha recibido haloperidol hasta 15 mg/día, levomepromazina 75 mg/día y rescates frecuentes de morfina sin mejoría clínica significativa. El equipo propone sedación paliativa continua. La familia pregunta si "eso es lo mismo que practicar una eutanasia lenta". ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS correcta?

a) La sedación paliativa y la eutanasia comparten el objetivo prioritario de aliviar el sufrimiento, diferenciándose fundamentalmente en la previsibilidad del fallecimiento y en el tipo de fármacos utilizados.
b) La sedación paliativa puede considerarse éticamente adecuada aunque exista la posibilidad de un eventual acortamiento indirecto de la supervivencia, siempre que la intención principal sea aliviar un sufrimiento refractario mediante una intervención proporcional.
c) La sedación paliativa profunda continua solo resulta éticamente justificable cuando la expectativa de vida estimada es inferior a 48-72 horas y existe fracaso multiorgánico irreversible documentado.
d) La sedación paliativa profunda continua resulta éticamente indistinguible de las prácticas destinadas a adelantar deliberadamente la muerte cuando produce pérdida irreversible de consciencia.

354.- En relación con el concepto de "síntoma refractario" en el contexto de la sedación paliativa, señale la afirmación MÁS correcta:

a) Un síntoma puede catalogarse como refractario cuando los tratamientos disponibles no permiten alcanzar un alivio adecuado sin comprometer de forma inaceptable la consciencia, la tolerancia o el tiempo razonable de respuesta clínica.
b) Se considera refractario aquel síntoma cuya intensidad persiste elevada pese a haber recibido tratamiento convencional inicial, incluso aunque existan alternativas terapéuticas potencialmente eficaces todavía no utilizadas.
c) La refractariedad sintomática implica necesariamente irreversibilidad fisiopatológica completa del proceso causal.
d) El concepto de síntoma refractario se reserva preferentemente para síntomas físicos objetivos, siendo controvertida su aplicación en sufrimiento psicoexistencial.

355.- Paciente de 58 años con EPOC muy avanzado y carcinoma pulmonar metastásico. Ingresa por disnea refractaria intensa pese a morfina, oxigenoterapia y benzodiacepinas. Continúa consciente y solicita sedación. El residente plantea iniciar directamente perfusión de midazolam a dosis altas "para asegurar que no sufra". ¿Cuál de las siguientes actuaciones se ajusta MEJOR al principio de proporcionalidad?

a) Administrar desde el inicio la dosis máxima habitual de sedación profunda continua.
b) Titular progresivamente el nivel de sedación hasta alcanzar el mínimo grado necesario para aliviar el síntoma refractario.

c) Evitar cualquier disminución del nivel de consciencia mientras el paciente permanezca orientado.
d) Iniciar la sedación con un bolo de inducción de midazolam 10 mg SC seguido de perfusión a 5 mg/h, ya que en disnea refractaria grave está indicada la sedación profunda de entrada para evitar el sufrimiento durante la titulación.

356.- En relación con el consentimiento informado en sedación paliativa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es MÁS precisa?

a) El consentimiento escrito es jurídicamente obligatorio en toda sedación paliativa.
b) El consentimiento puede obviarse si el paciente se encuentra en situación terminal avanzada.
c) Debe intentarse obtener consentimiento explícito del paciente competente, o de su representante si existe pérdida de capacidad decisional.
d) El consentimiento familiar prevalece siempre sobre las voluntades anticipadas del paciente.

357.- Paciente con glioblastoma multiforme en fase terminal presenta cefalea intensa, agitación y disminución fluctuante del nivel de consciencia. El equipo duda si el cuadro es realmente refractario porque no se ha realizado aún rotación opioide ni ajuste de dexametasona. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es MÁS correcta?

a) Un síntoma no puede considerarse refractario mientras existan alternativas razonables potencialmente eficaces y tolerables.
b) La determinación de refractariedad puede realizarla unilateralmente el médico responsable sin necesidad de consenso con otros miembros del equipo, siempre que el sufrimiento sea objetivamente intenso.
c) La refractariedad depende exclusivamente de la intensidad subjetiva del síntoma.
d) La sedación paliativa debe preceder siempre a cualquier ajuste etiológico o sintomático.

358.- ¿Cuál de las siguientes situaciones genera MAYOR complejidad ética en sedación paliativa?

a) Sedación por delirium hiperactivo refractario en agonía.
b) Sedación proporcional en hemorragia masiva terminal.
c) Solicitud de sedación por sufrimiento existencial aislado sin evaluación multidisciplinar suficiente.
d) Sedación paliativa solicitada por un paciente competente con enfermedad terminal que anticipa un sufrimiento futuro insoportable pero que en el momento actual no presenta síntomas refractarios.

359.- Mujer de 67 años con cáncer de ovario avanzado y carcinomatosis. Había registrado documento de voluntades anticipadas rechazando medidas invasivas y aceptando sedación paliativa si aparecía sufrimiento refractario. Actualmente presenta delirium irreversible y dolor no controlado. Dos hijos

discrepan: uno exige "hacer todo" y otro solicita respetar el documento. ¿Cuál es la opción MÁS adecuada?

a) Mantener tratamientos invasivos hasta alcanzar consenso familiar unánime.
b) Considerar prioritariamente la voluntad previamente expresada por la paciente junto a la valoración clínica actual.
c) Dado que la paciente carece de capacidad decisional en el momento actual, la responsabilidad recae exclusivamente en el familiar más cercano, cuya decisión debe prevalecer sobre cualquier documento previo.
d) Las voluntades anticipadas solo son vinculantes si han sido ratificadas por el paciente en los 6 meses previos a la pérdida de capacidad decisional.

360.- Un paciente de 72 años con EPOC muy avanzado registró hace 2 años un documento de voluntades anticipadas en el que aceptaba sedación paliativa ante sufrimiento refractario pero rechazaba ventilación mecánica invasiva. Actualmente presenta insuficiencia respiratoria aguda grave, está consciente pero muy disneico y con capacidad decisional conservada. El equipo propone ventilación no invasiva como medida de soporte. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) El documento de voluntades anticipadas prevalece en todo caso y debe aplicarse de forma automática, por lo que está contraindicado ofrecer la ventilación no invasiva.
b) Las voluntades anticipadas orientan la decisión pero no sustituyen al consentimiento informado del paciente competente en el momento actual; debe informársele de la VMNI, conocer su decisión presente y actuar conforme a ella, incorporando el documento como marco de referencia.
c) Al haber perdido valor el documento por el tiempo transcurrido desde su firma, la decisión corresponde a la familia.
d) La ventilación no invasiva no es una "medida invasiva" en sentido estricto, por lo que puede aplicarse sin consultar las voluntades anticipadas ni al paciente.

361.- Respecto a la relación entre opioides y sedación paliativa en situación terminal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es MÁS correcta?

a) Al iniciar sedación paliativa con midazolam, los opioides previos deben reducirse a la mitad para minimizar el riesgo de depresión respiratoria combinada.
b) Los opioides no son estrictamente agentes sedantes; su objetivo principal es aliviar el dolor y la disnea, por lo que deben mantenerse de forma concomitante a los fármacos sedantes cuando estos síntomas están presentes.
c) En pacientes con insuficiencia renal avanzada, los opioides deben suspenderse al iniciar la sedación paliativa porque su acumulación incrementa el riesgo de mioclonías y agitación paradójica.
d) La combinación de midazolam y morfina en perfusión continua SC está contraindicada por incompatibilidad farmacológica.

362.- Respecto al empleo de midazolam en sedación paliativa, señale la afirmación MÁS correcta:

a) La farmacocinética del midazolam favorece un inicio rápido de acción, aunque su tendencia a la acumulación en perfusiones prolongadas limita su utilidad como fármaco de elección en sedación continua.
b) En delirium terminal refractario, el midazolam debe utilizarse con cautela, ya que puede producir desinhibición paradójica; aun así, sigue considerándose uno de los fármacos de referencia en sedación paliativa.
c) El midazolam permite una titulación flexible y rápida del nivel de sedación, con buena adaptación a cambios evolutivos del paciente, motivo por el que suele utilizarse como tratamiento de primera línea.
d) La combinación de midazolam y opioides en pacientes con insuficiencia respiratoria avanzada incrementa significativamente el riesgo de depresión respiratoria letal, por lo que se recomienda evitar su asociación salvo en situación de agonía inmediata.

363.- Paciente de 74 años con carcinoma epidermoide de pulmón metastásico, insuficiencia respiratoria hipoxémica y delirium mixto en situación de últimos días. Presenta episodios recurrentes de agitación intensa, expresiones de pánico y disnea refractaria pese a tratamiento con morfina, haloperidol y oxigenoterapia paliativa. Se inicia sedación paliativa con midazolam subcutáneo en perfusión continua. Tras 12 horas, la familia solicita disminuir la sedación porque "parece demasiado dormido", aunque al reducir transitoriamente la dosis reaparecen intensa disnea y agitación. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS correcta?

a) La persistencia de disminución profunda del nivel de consciencia obliga a suspender la sedación y reconsiderar el diagnóstico de refractariedad sintomática.
b) La profundidad de la sedación debe ajustarse prioritariamente a la percepción emocional de la familia, incluso aunque reaparezcan síntomas refractarios intensos.
c) En sedación paliativa proporcional, el nivel de reducción de consciencia debe individualizarse según el alivio del sufrimiento refractarios, pudiendo requerirse sedación profunda mantenida si síntomas como disnea o delirium reaparecen al disminuir dosis.
d) La reaparición de agitación tras disminuir el midazolam indica tolerancia farmacológica, por lo que el siguiente paso recomendado sería sustituir completamente las benzodiacepinas por neurolépticos sedantes.

364.- ¿En relación a la hipercalcemia tumoral, señale la respuesta INCORRECTA?

a) Niveles > 14mgr/dl o 3,5mmol/l se considera como una hipercalcemia que puede poner en peligro la vida y por tanto, hay que tratarla de forma agresiva.
b) La hipercalcemia indica generalmente una esperanza de vida limitada (semanas o meses), excepto en el mieloma múltiple y cáncer de mama.
c) El tipo más común de hipercalcemia tumoral es hipercalcemia humoral de malignidad, vista en el 80% de los casos.
d) La hipercalcemia asociada al cáncer ocurre en el 30% de los pacientes con cáncer durante el curso de su enfermedad.

365.- **¿En qué tipo de tumor es particularmente frecuente la secreción inadecuada de ADH (SIADH- Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética)?**

a) Cáncer de próstata.
b) Cáncer de pulmón de célula pequeña.
c) Cáncer de mama.
d) Glioblastoma.

366.- **¿Cuál es la segunda causa más frecuente del síndrome de vena cava superior? Señale la respuesta CORRECTA:**

a) Cáncer de mama.
b) Cáncer de próstata.
c) Linfoma no Hodgkin.
d) Leucemia.

367.- **¿Cuál de las siguientes NO sería una indicación para la hipodermoclisis?**

a) Neurotoxicidad por opioides.
b) Hipercalcemia tumoral grave.
c) Reducción del riesgo de ulceras por presión.
d) Imposibilidad de ingesta oral.

368.- **En cuanto a recomendaciones para la hipodermoclisis, señale la respuesta INCORRECTA:**

a) Es necesario palomita 21G, equipo de gotero, dosificador de flujo, gases, antiséptico y apósito transparente.
b) La hidratación en el domicilio se realiza con SSF al 0,9 %.
c) Se puede realizar una perfusión de 500 a 1.000 ml a lo largo de las 24 horas, aunque es más cómoda la infusión durante el descanso nocturno.
d) Generalmente requiere un cambio de vía con una periodicidad diaria.

369.- **En cuanto a la compatibilidad de los fármacos en infusión continua subcutánea, cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:**

a) En nuestro medio se utiliza SSF (suero salino fisiológico) para la dilución.
b) No combinar dexametasona con otros fármacos.
c) El ketorolaco no se debe mezclar con otros fármacos.
d) Se pueden mezclar más de tres fármacos, ya que no aumenta el riesgo de precipitación.



370.- ¿En cuál de las siguientes situaciones estaría DESACONSEJADA el uso de la vía subcutánea?

a) Edema generalizado (anasarca).
b) Hipoperfusión (shock).
c) Coagulopatías graves.
d) Todas las anteriores.

371.- Con el objetivo de evitar problemas locales que comprometan la absorción de la vía subcutánea, se recomienda (marque la respuesta CORRECTA):

a) No administración de bolos con volúmenes superiores de 2 mililitros.
b) Cambio del punto de inserción del catéter de forma diaria.
c) Evitar la realización de un bucle en el tubo de extensión y fijación con el apósito transparente.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

372.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a la estimación pronóstica en cuidados paliativos?

a) La impresión clínica de supervivencia realizada por médicos expertos suele sobrestimar la supervivencia real de los pacientes.
b) La impresión clínica de supervivencia tiende a infraestimar sistemáticamente la supervivencia.
c) Las escalas pronósticas han demostrado una precisión claramente superior al juicio clínico experto en cualquier contexto.
d) La predicción de supervivencia carece de utilidad para la planificación de cuidados.

373.- Respecto a la documentación de un proceso de planificación anticipada de decisiones, señale la opción INCORRECTA:

a) Deben registrarse los participantes en la deliberación.
b) Deben registrarse las decisiones adoptadas y sus revisiones posteriores.
c) La existencia de discrepancias entre familiares y profesionales puede ser relevante para la documentación clínica.
d) El registro de las decisiones puede omitirse siempre que exista acuerdo verbal entre las partes.

374.- Una de las siguientes escalas puede ayudar en la evaluación del dolor en residentes que son incapaces de expresar claramente sus necesidades, ¿cuál puede ser?

a) Escala análoga visual (VAS).
b) La escala de calificación verbal categórica (ECVC).
c) La escala de calificación numérica categórica (ECNC).

d) Escala Abbey.

375.- En relación con la compresión medular, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se trata de una emergencia en cuidados paliativos, que ocurre en 5 % de los pacientes con cáncer.
b) Se trata de una emergencia en cuidados paliativos, que ocurre en 1 % de los pacientes con cáncer.
c) Se trata de una emergencia en cuidados paliativos, que ocurre en 10 % de los pacientes con cáncer.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

376.- La sepsis neutropénica se define como (Señale la respuesta CORRECTA):

a) Fiebre superior a 37,5º, con síntomas y /o signos de sepsis en una persona con un recuento de neutrófilos de 0,5x10 9/l o inferior.
b) Fiebre superior a 38º, con síntomas y /o signos de sepsis en una persona con un recuento de neutrófilos de 0,5x10 9/l o inferior.
c) Fiebre superior a 38º, con síntomas y /o signos de sepsis en una persona con un recuento de neutrófilos de 0,7x10 9/l o inferior.
d) Fiebre superior a 38º, con síntomas y /o signos de sepsis en una persona con un recuento de neutrófilos de 0,9x10 9/l o inferior.

377.- En cuanto a las medidas generales ante una obstrucción de la vena cava superior, mencione la respuesta CORRECTA:

a) Hay evidencia contrastada en el beneficio de los diuréticos como la furosemida.
b) No hay buena evidencia de la eficacia de los corticoides, pero se han encontrado clínicamente útiles para el estridor asociado.
c) Los síntomas y signos generalmente se presentan de forma brusca.
d) No suelen aparecer venas colaterales dilatadas.

378.- Siguiendo el modelo terapéutico de Worden en fases de duelo y tareas de luto, mencione cuál de las siguientes tareas NO es correcta:

a) Tarea 1. Aceptar la realidad de la pérdida.
b) Tarea 2. Experimentar el dolor del duelo.
c) Tarea 3. Adaptarse a un entorno en el que el fallecido ha desaparecido.
d) Tarea 4. Encontrar una conexión temporal con el difunto mientras se embarca en una nueva vida.

379.- Los tipos de apoyo al duelo en cuidados paliativos incluyen actividades sociales, actividades de apoyo y actividades terapéuticas. ¿Cuál de las siguientes NO sería una actividad social?

a) Tarjetas de condolencia.
b) Folletos de información sobre el duelo.



c) Drama, música o terapia de arte.
d) Personal que asiste al funeral.

380.- Cuál de los siguientes NO es un trastorno psiquiátrico común relacionado con el duelo:

a) Trastorno de conducta alimentaria.
b) Desórdenes psicóticos.
c) Trastorno de estrés postraumático.
d) Depresión clínica.

381.- En cuanto a los cuidados de la boca en una persona en situación de últimos días, cuál de las siguientes medidas NO se recomienda:

a) Mantener los labios y la mucosa oral limpios, suaves y sin lesiones en la medida de lo posible. Eliminar la placa y los restos.
b) Humidificar e hidratar con una torunda húmeda o pulverizador con manzanilla y/o limón.
c) Aplicar vaselina o colutorios con alcohol.
d) Valorar la retirada de prótesis dentales para evitar desplazamientos.

382.- En relación con los estertores en un paciente en situación de últimos días, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Mantener informada a la familia y explicar el significado.
b) Si es posible, colocar al paciente en decúbito lateral, con el cabezal incorporado y con el cuello ligeramente flexionado para facilitar el drenaje postural.
c) La aspiración de secreciones se recomienda en secreciones de tipo II.
d) 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.

383.- ¿Cuál es la vida media plasmática del fenobarbital?

a) Entre 50 y 150 horas.
b) Entre 40 minutos y 1 hora.
c) Entre 4 y 10 horas.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

384.- En relación con la sedación paliativa ante sufrimiento psicológico o existencial refractario, indique la respuesta CORRECTA:

a) La modalidad de sedación debe individualizarse según la intensidad y persistencia de los síntomas.



b) La sedación continua se considera preferible a otras modalidades cuando existe sufrimiento psicológico.
c) La sedación paliativa debe plantearse antes de valorar otras intervenciones psicológicas o espirituales.
d) La existencia de sufrimiento existencial excluye la indicación de sedación paliativa.

385.- ¿Cuál de los siguientes fármacos sería de primera elección en caso de precisar sedación por delirium refractario?

a) Midazolam.
b) Levomepromacina.
c) Propofol.
d) Fenobarbital.

386.- Respecto al tratamiento farmacológico de la sedación paliativa, señale la respuesta CORRECTA:

a) La morfina es el fármaco de elección para inducir la sedación paliativa debido a su potente efecto sedante.
b) El haloperidol constituye el fármaco de primera elección para cualquier tipo de sedación paliativa.
c) El midazolam es el fármaco de elección en la mayoría de los procedimientos de sedación paliativa por su facilidad de titulación y rápida acción.
d) El propofol se considera el fármaco de primera línea y se recomienda antes de utilizar midazolam.

387.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO precisa modificar su dosis en el contexto de un filtrado glomerular <10 ml/min?

a) Fentanilo.
b) Morfina.
c) Pregabalina
d) Domperidona

388.- En cuanto al autocuidado para profesionales, son de importancia:

a) Reuniones periódicas de equipo, donde se proporciona tiempo para evaluar y reflexionar sobre situaciones difíciles encontradas por el equipo.
b) Promover como norma la toma de decisiones compartidas en la gestión de la atención al paciente.
c) Respetar la experiencia de los demás.
d) Todas las anteriores son correctas.

389.- ¿Cuál de las siguientes NO sería una estrategia personal de afrontamiento del estrés?

a) Tener un sentido de competencia, control y satisfacción al trabajar en cuidados paliativos.
b) Tener actividades externas relacionadas con el trabajo.
c) Desarrollar una filosofía personal con respecto a la muerte que puede o no relacionarse con creencias religiosas o espirituales individuales.
d) Todas las anteriores son estrategias personales de afrontamiento del estrés.

390.- Según los niveles de Evidencia de la SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), señale la respuesta INCORRECTA:

a) I. Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
b) II. Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
c) III. Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
d) IV. Estudios de cohorte con alto riesgo de sesgo

391.- ¿Cuál de las siguientes características NO corresponde a investigación cualitativa?

a) Desarrolla teorías.
b) Se utilizan datos numéricos.
c) Basado en métodos flexibles.
d) Se utilizan palabras.

392.- En cuanto al reclutamiento, pérdidas y cumplimiento de los estudios de investigación en cuidados paliativos (señale la respuesta CORRECTA):

a) Una vez que los pacientes se inscriben en los estudios, se han observado tasas de deserción de muestra de hasta el 60 % debido a los cambios físicos, emocionales o la muerte del paciente.
b) Una vez que los pacientes se inscriben en los estudios, se han observado tasas de deserción de muestra de hasta el 50 % debido a los cambios físicos, emocionales o la muerte del paciente.
c) Una vez que los pacientes se inscriben en los estudios, se han observado tasas de deserción de muestra de hasta el 40 % debido a los cambios físicos, emocionales o la muerte del paciente.
d) Una vez que los pacientes se inscriben en los estudios, se han observado tasas de deserción de muestra de hasta el 70 % debido a los cambios físicos, emocionales o la muerte del paciente.

393.- ¿Cómo definiría usted la ruta asistencial de atención paliativa?

a) El protocolo de atención para las urgencias de enfermos paliativos.

b) El consenso entre los diferentes servicios de un territorio para identificar y atender de manera integral e integrada en todos los recursos a personas con enfermedades crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado.
c) Los criterios de intervención de equipos de cuidados paliativos.
d) Los criterios de transiciones entre servicios.

394.- En relación con la Planificación anticipada/compartida, señale la respuesta CORRECTA:

a) La debe realizar el médico.
b) Es aconsejable que la realicen los profesionales con formación y referentes escogidos por el paciente.
c) Las enfermeras son quienes la realizan con mayor precisión.
d) Se inicia con la familia para que nos informe qué sabe el paciente e iniciar el procedimiento.

395.- En el instrumento NECPAL, para valorar como positivos el declive funcional, nutricional, y cognitivo (señale la respuesta CORRECTA):

a) Se tienen en cuenta el peso, Barthel y Minimental en el momento de la evaluación.
b) Tiene más valor lo dinámico con deterioro en el tiempo de cada parámetro sin causas externas.
c) El peso es fundamental.
d) El deterioro cognitivo es fundamental para establecer pronóstico.

396.- Indique cuál de las siguientes acciones del proceso de comunicación entre el profesional y el paciente y/o la familia de este NO corresponde a una técnica terapéutica de comunicación:

a) Ventilación emocional.
b) Validación.
c) Minimización.
d) Reconceptualización

397.- En relación con la nutrición en la enfermedad avanzada y cuidados paliativos, indique la opción CORRECTA:

a) La suplementación nutricional es ideal para revertir la malnutrición en enfermedad oncológica avanzada.
b) En enfermedades terminales neuromusculares o en demencias hay recomendación fuerte sobre el uso de soporte nutricional.
c) Se recomienda ofrecer a la persona enferma comidas poco voluminosas, con una presentación cuidada, entre otras medidas.
d) Una medida eficaz es minimizar la preocupación que tiene el paciente y la familia sobre la nutrición.

398.- **En relación con el tratamiento del síndrome de vena cava superior, ¿qué ventaja presenta la colocación de un stent? Señale la respuesta CORRECTA:**

a) Produce un alivio sintomático más lento que la radioterapia.
b) Presenta la ventaja teórica de una mayor rapidez en el alivio de los síntomas.
c) Solo está indicada cuando fracasa la quimioterapia.
d) No ha mostrado mejoría clínica en estudios observacionales.

399.- **En las siguientes situaciones sería prioritario realizar una atención psicooncológica, EXCEPTO una. Mencione la indicación NO prioritaria de atención psicooncológica en pacientes con cáncer:**

a) Pacientes con sufrimiento psicológico significativo o malestar emocional persistente.
b) Pacientes de edad avanzada.
c) Pacientes afectados por acumulación de estresores.
d) Pacientes en situación de duelo.

400.- **Para determinar de manera secuencial la efectividad en el control de síntomas de la intervención asistencial de un equipo de cuidados paliativos, la metodología recomendable sería:**

a) Realizar entrevistas semiestructuradas exclusivamente a profesionales.
b) Registrar la intensidad de los síntomas y los resultados del plan terapéutico mediante escalas validadas o instrumentos sistemáticos de evaluación.
c) Realizar únicamente una encuesta de satisfacción al final del proceso asistencial.
d) Valorar la mejoría clínica solo mediante impresión subjetiva del equipo

401.- **En la atención psicosocial a una persona en fase final de vida, ¿cuál de los siguientes campos debe incluir la evaluación según la Guía de Práctica Clínica de Osteba?**

a) Únicamente el diagnóstico principal y la medicación activa.
b) Momento vital, significado de la enfermedad, estilo de afrontamiento, relaciones, fuentes de estrés y recursos espirituales.
c) Solo la situación económica y laboral.
d) Es suficiente con la existencia de síntomas físicos no controlados.

402.- **Señale la opción INCORRECTA sobre el apoyo espiritual en cuidados paliativos.**

a) Debe formar parte integral de los cuidados.
b) Debe tener en cuenta las creencias y necesidades espirituales de la persona.
c) Puede omitirse si la persona pertenece a un grupo cultural distinto al del equipo
d) Debe basarse en principios de comunicación efectiva.

403.- En el plan de atención al entorno cuidador, los estándares SECPAL consideran necesario registrar, al menos:

a) Una necesidad física.
b) Una necesidad en cada una de las áreas física, emocional, social y espiritual.
c) El parentesco del cuidador principal.
d) La disponibilidad horaria de la familia.

404.- ¿Cuál de los siguientes elementos identifica IDC-Pal como dependiente de la familia y el entorno?

a) Trastorno cognitivo severo.
b) Claudicación familiar y duelos complejos.
c) Síntomas refractarios.
d) Sedación paliativa de manejo difícil.

405.- En relación con el cuidador principal, ¿qué exige el indicador SECPAL de asignación de cuidador principal?

a) Es suficiente con identificar el nombre del cuidador.
b) Registrar nombre, relación con el enfermo, datos de contacto y cuidador alternativo
c) Registrar exclusivamente si convive o no con el paciente.
d) Identificarlo únicamente cuando el paciente está en domicilio.

406.- Sobre la prevención del burnout en equipos de cuidados paliativos, ¿qué establece SECPAL?

a) No forma parte de los estándares de calidad.
b) Debe existir un documento que defina el método formal de prevención del burnout utilizado por el equipo.
c) Solo debe abordarse cuando ya existe una baja laboral prolongada.
d) Debe delegarse en salud laboral externa.

407.- ¿Cuál de estos fármacos hay que evitarlo en el contexto de una insuficiencia cardiaca?

a) Antidepresivos tricíclicos.
b) Litio.
c) Esteroides.
d) Todos los anteriores.

408.- Una mujer en situación de enfermedad avanzada desea permanecer en domicilio. Su hija es la cuidadora principal, pero presenta agotamiento, miedo intenso a no saber actuar ante crisis y dificultades para administrar la medicación. Desde el enfoque de calidad SECPAL y NECPAL, ¿qué actuación sería más adecuada?

a) Mantener el domicilio sin valorar a la cuidadora para respetar el deseo de la paciente.
b) Considerar que el agotamiento familiar no afecta al plan clínico.
c) Identificar y atender las necesidades de la cuidadora, ofrecer educación y apoyo, e integrar esta información en el plan terapéutico.
d) Derivar automáticamente a urgencias ante cualquier dificultad familiar.

409.- Señale la opción INCORRECTA sobre la atención al duelo según la guía de práctica clínica de Osteba.

a) En el duelo normal se recomienda información y apoyo emocional básico.
b) En el duelo de riesgo se recomienda seguimiento regular con apoyo emocional.
c) En el duelo complicado se recomienda derivación a servicios especializados.
d) En el duelo normal se recomiendan siempre intervenciones formales estructuradas.

410.- En el documento OMC-SECPAL, ¿cuál es la diferencia esencial entre eutanasia y sedación paliativa?

a) La eutanasia busca aliviar síntomas y la sedación busca provocar la muerte.
b) La sedación paliativa disminuye deliberadamente la conciencia para aliviar sufrimiento por síntomas refractarios; la eutanasia provoca intencionadamente la muerte a petición expresa.
c) Ambas tienen el mismo objetivo clínico y jurídico.
d) La sedación paliativa no requiere síntoma refractario.

411.- En relación con los sistemas de trabajo en equipo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se ajusta mejor a los estándares SECPAL?

a) Las reuniones interdisciplinares deben realizarse según lo establecido y recoger acuerdos y conclusiones por escrito.
b) Las reuniones interdisciplinares solo son necesarias en unidades hospitalarias.
c) El trabajo interdisciplinar puede sustituirse por informes médicos aislados.
d) El equipo interdisciplinar excluye la evaluación de necesidades familiares.

412.- Señale la opción INCORRECTA sobre investigación y formación en los estándares SECPAL.

a) El equipo debe disponer de un plan anual de formación continuada.
b) El equipo debe establecer un programa de investigación.
c) La formación continuada es ajena a la calidad asistencial en cuidados paliativos.
d) El programa de investigación debe detallar líneas preferentes, personas y medios materiales dedicados.

413.- Un paciente solicita información sobre la prestación de ayuda para morir. El médico responsable inicia el proceso, pero no le informa de la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales ni a prestaciones de dependencia. ¿Cuál es la afirmación correcta?

a) La omisión es irrelevante si el paciente mantiene su solicitud.
b) Solo debe ofrecerse información sobre cuidados paliativos si la Comisión de Garantía y Evaluación la solicita.
c) Informar sobre cuidados paliativos invalida la solicitud.
d) La información sobre cuidados paliativos y prestaciones de dependencia forma parte de los requisitos legales de información.

414.- En IDC-Pal, ¿cuál de las siguientes situaciones constituye un elemento de alta complejidad relacionado con la situación psicoemocional del paciente?

a) Paciente que presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual.
b) Duelos complejos en familiares.
c) Dificultades para gestionar material ortopédico.
d) Necesidad de revisar el tratamiento farmacológico habitual.

415.- En el contexto de cuidados paliativos, ¿qué recomienda NECPAL 3.1 respecto al cuidador principal?

a) Considerar únicamente si convive o no con el paciente.
b) Identificarlo solo cuando el paciente esté en situación de últimos días.
c) Sustituir al cuidador familiar por recursos profesionales.
d) Identificarlo y atender sus necesidades, incluyendo capacidad de cuidar, ajuste emocional, riesgo de duelo complicado, educación y apoyo.

416.- Señale la opción INCORRECTA sobre el acompañamiento y apoyo espiritual al final de la vida.

a) La atención espiritual debe considerar las creencias y valores de la persona.
b) Las necesidades espirituales pueden formar parte de la evaluación integral.
c) El acompañamiento espiritual solo puede realizarse por profesionales sanitarios.
d) Deben respetarse las convicciones y creencias de la persona enferma.

417.- En cuanto a la enfermedad de la neurona motora, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La supervivencia media es del 30% a los 5 años.
b) Se trata de una familia de enfermedades de etiología desconocida.
c) La edad media de inicio es de 56 años.
d) Entre los síntomas comunes está el estreñimiento, el dolor, la tos y la debilidad. La debilidad ocurre en el 100% de los casos

418.- En relación con la atención domiciliaria al final de la vida en Euskadi, ¿qué reconoce la Ley 11/2016?

a) Que los cuidados paliativos solo pueden prestarse en hospitales.
b) Que la atención domiciliaria excluye el apoyo a familiares.
c) Que la atención en domicilio solo es posible si no hay síntomas físicos
d) Que los cuidados paliativos pueden prestarse en domicilio, residencia o centro sanitario, garantizando continuidad asistencial y coordinación.

419.- En el marco de la prestación de ayuda para morir, ¿qué requisito documental exige la Ley Orgánica 3/2021 sobre la solicitud?

a) Que sea exclusivamente verbal.
b) Que sea escrita, fechada y firmada, o por otro medio que deje constancia inequívoca.
c) Que sea formulada por un familiar directo.
d) Que sea aceptada verbalmente por la Comisión de Garantía y Evaluación.

420.- Señale la opción INCORRECTA sobre el papel de los Servicios de Atención a Pacientes y Personas Usuarias en Euskadi.

a) Deben tutelar y velar por el cumplimiento de derechos y deberes de las personas usuarias.
b) Pueden informar y orientar sobre derechos y deberes en el sistema sanitario.
c) Pueden atender reclamaciones y sugerencias.
d) Sustituyen al equipo asistencial en la toma de decisiones clínicas.

421.- Un paciente con enfermedad avanzada vive solo, tiene barreras arquitectónicas importantes en su domicilio y no dispone de cuidador estable. Desea permanecer en casa, pero el equipo detecta que las condiciones del entorno impiden garantizar cuidados seguros. Desde IDC-Pal, ¿qué interpretación es más adecuada?

a) No hay complejidad si el paciente expresa deseo de permanecer en domicilio.
b) El entorno social no forma parte de la valoración de complejidad.
c) Las limitaciones estructurales del entorno pueden constituir un elemento de alta complejidad.
d) La complejidad solo puede depender de síntomas físicos.

422.- Sobre la diferencia entre adecuación del esfuerzo terapéutico y abandono, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El abandono consiste en la falta de atención adecuada a las necesidades del enfermo y su familia.
b) Adecuar tratamientos a la situación clínica equivale a abandonar al paciente.
c) La adecuación terapéutica implica retirar siempre toda medida farmacológica.
d) El abandono es una práctica aceptable cuando no existe tratamiento curativo.



423.- Una persona solicita la prestación de ayuda para morir. Durante el proceso, un profesional sanitario directamente implicado comunica que es objetor de conciencia. ¿Cuál es la actuación correcta según el Manual de Buenas Prácticas?

a) La objeción impide continuar el procedimiento.
b) La objeción puede ejercerse colectivamente por todo el servicio.
c) El profesional objetor debe informar y derivar la solicitud según lo establecido, sin menoscabar el derecho del paciente.
d) El paciente debe reiniciar el proceso desde el principio en otra comunidad autónoma

424.- Señale la opción INCORRECTA respecto a la Comisión de Garantía y Evaluación regulada por la LORE.

a) Debe existir una Comisión en cada comunidad autónoma.
b) Tiene composición multidisciplinar, con al menos personal médico, de enfermería y juristas.
c) Solo interviene después de realizada la prestación de ayuda para morir,
d) Puede resolver reclamaciones frente a denegaciones de la prestación.

425.- En relación con la atención domiciliaria y los cuidados de larga duración, ¿qué enfoque propone NECPAL 3.1 tras identificar a una persona con necesidades paliativas?

a) Limitarse a registrar el diagnóstico en la historia clínica.
b) Elaborar un plan terapéutico integral multidimensional, organizar atención integrada, definir roles y prever transiciones.
c) Suspender toda intervención activa.
d) Remitir siempre a hospitalización convencional.

426.- En los estándares SECPAL, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el estándar de investigación?

a) La investigación no se contempla como parte de la calidad asistencial.
b) Solo los hospitales universitarios pueden desarrollar investigación en cuidados paliativos.
c) La investigación sustituye a la formación continuada.
d) El equipo debe tener un programa de investigación que especifique líneas preferentes, personas y medios materiales.



427.- En una reunión interdisciplinar, el equipo detecta desacuerdo entre profesionales sobre el objetivo terapéutico, sobrecarga emocional tras varios fallecimientos recientes y dificultad para coordinarse con otros recursos. ¿Qué enfoque resulta más coherente con SECPAL e IDC-Pal?

a) Evitar reuniones para reducir el malestar del equipo.
b) Reconocer la situación como relevante para la calidad asistencial, utilizar reuniones interdisciplinares y medidas de soporte/previsión de burnout.
c) Considerar que la sobrecarga profesional no afecta a la atención.
d) Derivar todos los casos complejos sin discusión interna.

428.- En relación con la atención al duelo, ¿qué actuación recomienda la Guía de Práctica Clínica de Osteba en el duelo normal?

a) Derivar siempre a salud mental.
b) Realizar siempre psicoterapia estructurada.
c) Proporcionar información sobre el duelo y apoyo emocional básico.
d) Evitar contactar con la familia tras el fallecimiento.

429.- En los estándares SECPAL, ¿cuál es el estándar establecido para que el paciente tenga realizada y registrada una evaluación inicial de necesidades?

a) 70%.
b) 80%
c) 90%
d) 100%

430.- Señale la opción INCORRECTA sobre la atención a la familia en cuidados paliativos.

a) Deben valorarse sus necesidades.
b) Debe identificarse al cuidador principal.
c) Deben ofrecerse educación y apoyo cuando existen necesidades de cuidado.
d) La familia solo debe intervenir cuando el paciente ha perdido la capacidad de decidir.

431.- En el contexto del final de la vida, ¿qué derecho reconoce la Ley 11/2016 de Euskadi respecto al acompañamiento?

a) Derecho al acompañamiento de familiares y personas allegadas en procesos con hospitalización.
b) Derecho exclusivo al acompañamiento por profesionales sanitarios.
c) Derecho al acompañamiento solo si el paciente está inconsciente.
d) Derecho al acompañamiento únicamente en unidades de cuidados intensivos.

432.- ¿Cuál de los siguientes documentos es el principal marco legal estatal sobre la prestación de ayuda para morir?

a) Ley 41/2002, básica de autonomía del paciente.
b) Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia.
c) Decreto 147/2015, de derechos y deberes en Euskadi.
d) Ley 7/2002, de voluntades anticipadas en Euskadi.

433.- En relación con la formación continuada en cuidados paliativos, los estándares SECPAL establecen que:

a) No es necesaria si el equipo tiene experiencia clínica.
b) Solo debe ofrecerse a profesionales médicos.
c) Debe limitarse a aspectos farmacológicos.
d) Debe existir un programa anual de formación continuada del equipo.

434.- Según IDC-Pal, se estima que la proporción de pacientes en situación terminal que requerirán recursos avanzados/específicos de cuidados paliativos por mayor complejidad es aproximadamente:

a) 10-15%.
b) 30-35%.
c) 60-65%.
d) 90-95%.

435.- Una persona con enfermedad avanzada expresa sufrimiento espiritual, pérdida de sentido y angustia existencial intensa. No presenta síntomas físicos de difícil control en ese momento. El equipo duda si esta dimensión debe considerarse clínicamente relevante en la valoración paliativa. ¿Cuál es la opción más adecuada?

a) No debe valorarse porque no se trata de un síntoma físico.
b) Debe considerarse dentro de la valoración integral, y en IDC-Pal puede constituir un elemento de alta complejidad.
c) Solo debe abordarse si la persona solicita eutanasia.
d) Debe derivarse automáticamente a psiquiatría sin intervención del equipo.

436.- Señale la opción INCORRECTA sobre la prestación de ayuda para morir de acuerdo con la LORE y el Manual de Buenas Prácticas.

a) Puede realizarse en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y también en domicilio.
b) Se incluye en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.
c) El lugar de realización puede menoscabar la calidad asistencial de la prestación.
d) Deben garantizarse intimidad y confidencialidad durante el procedimiento.



437.- En relación con el voluntariado y la participación ciudadana, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se ajusta mejor al Decreto 147/2015 de Euskadi?

a) Las personas usuarias tienen derecho a participar en actuaciones del sistema sanitario y a colaborar en actividades de voluntariado y apoyo.
b) La participación de personas usuarias y organizaciones no se contempla en el sistema sanitario.
c) El voluntariado sustituye a los profesionales sanitarios en decisiones clínicas.
d) La colaboración ciudadana solo está permitida en investigación biomédica.

438.- Un equipo de cuidados paliativos detecta que realiza trabajo interdisciplinar informal, pero no registra acuerdos ni conclusiones de las reuniones. Además, no existe documento que defina objetivos, funciones y responsabilidades del equipo. Según los estándares SECPAL, ¿cuál sería la valoración más adecuada?

a) Es suficiente si los profesionales se comunican verbalmente.
b) El equipo cumple todos los estándares si atiende correctamente a los pacientes.
c) Deben formalizarse objetivos, funciones y responsabilidades, y recoger acuerdos/conclusiones de las reuniones interdisciplinares.
d) Solo es necesario registrar las decisiones médicas.

439.- En el marco de las instrucciones previas y voluntades anticipadas, ¿qué afirmación es CORRECTA?

a) Sustituyen siempre la voluntad actual de una persona capaz.
b) Solo sirven para nombrar heredero.
c) No tienen relación con decisiones sanitarias al final de la vida.
d) Son aplicables cuando la persona no puede expresar personalmente su voluntad, siempre que sean conformes al ordenamiento jurídico y al supuesto previsto.

440.- Señale la opción INCORRECTA sobre el apoyo a familiares y personas cuidadoras en la Ley 11/2016 de Euskadi.

a) Las instituciones deben procurar apoyo a familiares y cuidadores durante el proceso final de vida.
b) Tras la muerte, debe facilitarse el acceso a apoyo integral al duelo.
c) El apoyo espiritual puede facilitarse según convicciones y creencias.
d) El apoyo a familiares finaliza necesariamente en el momento del fallecimiento.

441.- En relación con la objeción de conciencia a la prestación de ayuda para morir, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Puede ejercerse por una institución sanitaria en su conjunto.
b) Es un derecho individual de profesionales sanitarios directamente implicados.
c) Puede utilizarse para limitar o retrasar la solicitud del paciente.
d) Exime de toda atención sanitaria al paciente solicitante.

442.- **En cuidados paliativos, ¿qué dimensión debe formar parte de una valoración integral de la persona paciente?**

a) Dimensiones física, emocional, social y espiritual.
b) Solo la dimensión física.
c) Únicamente el diagnóstico principal.
d) Solo los antecedentes farmacológicos

443.- **Señale la opción INCORRECTA sobre el apoyo psicosocial en cuidados paliativos.**

a) Debe considerar el impacto de la enfermedad en la persona y su familia.
b) Debe incluir la valoración de recursos sociales y familiares.
c) Debe limitarse a pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo.
d) Debe tener en cuenta estilo de afrontamiento, relaciones y fuentes de estrés.

444.- **En los estándares SECPAL, ¿cuál es el estándar establecido para que los familiares o allegados de pacientes susceptibles de atención al duelo reciban dicha atención?**

a) 50%.
b) 60%
c) 80%
d) 100%

445 **En relación con las personas cuidadoras, ¿qué contempla la Ley 11/2016 de Euskadi tras el fallecimiento de la persona enferma?**

a) Que el apoyo finaliza en el momento de la muerte.
b) Que solo se ofrecerá apoyo si existió ingreso hospitalario.
c) Que el duelo queda fuera del ámbito sociosanitario.
d) Que se facilitará a familiares y personas cuidadoras el acceso a apoyo integral al duelo.

446.- **En el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia, ¿qué profesional coordina la información, el proceso deliberativo y la asistencia sanitaria del paciente durante la prestación de ayuda para morir?**

a) El médico consultor.
b) El presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación.
c) El médico responsable.
d) El trabajador social de referencia.

447.- **En los estándares SECPAL, ¿cuál es el estándar establecido para la utilización de dispositivos o procedimientos de coordinación entre internamiento y domicilio?**

a) 50%.
b) 60%
c) 80%
d) 100%

448.- **Un paciente en situación avanzada quiere continuar en domicilio, pero su pareja cuidadora presenta agotamiento intenso, bloqueo emocional y dificultad para administrar cuidados básicos. Desde IDC-Pal, ¿cuál es la interpretación más adecuada?**

a) No existe complejidad porque hay una persona cuidadora identificada.
b) La situación puede considerarse compleja o altamente compleja si los cuidadores no son competentes para el cuidado o existe claudicación familiar.
c) La competencia cuidadora no forma parte de la valoración paliativa.
d) Solo se considera complejidad si hay síntomas refractarios.

449.- **Señale la opción INCORRECTA sobre el trabajo en equipo en cuidados paliativos según SECPAL.**

a) El equipo debe tener definidos formalmente objetivos, funciones y responsabilidades.
b) Las reuniones interdisciplinares deben facilitar evaluación, consenso de objetivos y plan integral.
c) El soporte del equipo y la prevención del burnout forman parte de los estándares.
d) La calidad del trabajo en equipo depende exclusivamente de la actuación individual del médico responsable.

450.- **En relación con eutanasia y suicidio médicamente asistido, ¿qué afirmación se ajusta mejor al documento OMC-SECPAL y a la LORE?**

a) La eutanasia y la sedación paliativa son equivalentes si ambas ocurren al final de la vida.
b) El suicidio médicamente asistido consiste en proporcionar al paciente los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.
c) La adecuación del esfuerzo terapéutico es una forma de eutanasia pasiva.
d) La LORE excluye cualquier modalidad de autoadministración.



CASOS PRÁCTICOS

451.- Paciente mujer de 89 años, con multimorbilidad (diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca), demencia estadio GDS 5, estadio 2 NECPAL 4.0, que vive en residencia, y que había elaborado 3 años antes PDA (Planificación de Decisiones Anticipadas) de ser atendida en residencia ante complicaciones, sin ingreso hospitalario, sin determinar delegación de decisión en familiares. Actualmente, la paciente presenta incapacidad para decidir. De acuerdo con estadio 2 NECPAL 4.0, su pronóstico estaría alrededor de: (señale la respuesta correcta).

a) 28 meses
b) 3 meses
c) 17 meses
d) 37 meses

452.- Presenta un episodio agudo de delirium hiperactivo, con desorientación, conducta agresiva e inquietud. ¿Cuál sería la actitud inicial recomendable?

a) Iniciar haloperidol y levomepromazina para reducir estado.
b) Iniciar midazolam.
c) Averiguar la causa desencadenante para decidir el tratamiento.
d) Contención física.

453.- Presenta una caída con dolor intenso, rotación externa de extremidad inferior derecha y acortamiento. Se debe decidir si traslado a hospital, teniendo en cuenta la PDA previa. ¿Cuál sería una actitud recomendable?

a) Proponer en equipo y con los familiares un traslado al hospital de forma coordinada con el hospital, con la intención de asegurar el diagnóstico, fijar la fractura con intención analgésica y mejorar los síntomas para un retorno posterior a la residencia.
b) Analgesia y sedación terminal.
c) Traslado urgente a urgencias del hospital.
d) Analgesia e inmovilización.

454.- El dolor en pacientes con demencia es uno de los retos diagnósticos y terapéuticos más relevantes. Hay datos de prevalencias superiores al 80 %. Para evaluar el dolor en personas con demencia avanzada y capacidad intermitente, ¿qué aconsejaría usted?

a) Es un objetivo muy difícil y preguntaría por dolor en momentos de lucidez, empleando una escala numérica verbal.
b) Se puede utilizar un instrumento sencillo si puede reportar (ENV – Escala Numérica Verbal- de dolor o Prief Pain Inventory short form) y/o instrumento PAINAD si no es posible.
c) Evaluaría el dolor observando el comportamiento de la paciente.
d) No evaluaría el dolor y prescribiría analgésicos básicos para asegurar analgesia.



455.- Como tratamiento para el dolor intenso que presenta la paciente, se revisa la última analítica y se objetiva insuficiencia renal grave. Dada la intensidad del dolor, se decide iniciar tratamiento opioide – en paciente previamente sin tratamiento opioide-. ¿Cuál sería el más indicado?

a) Metadona.
b) Morfina.
c) Fentanilo.
d) Oxicodona.

456.- Mujer de 67 años con diagnóstico de Esclerosis Lateral Amiotrófica desde hace 4 años. Presenta tetraparesia avanzada, disfagia grave, comunicación limitada mediante tablero ocular y dependencia total para las actividades básicas. Vive en domicilio con su marido como cuidador principal. Ha sido valorada por el equipo de cuidados paliativos y consta en la historia clínica que desea permanecer en casa el mayor tiempo posible. Mantiene capacidad para la toma de decisiones. En las últimas semanas presenta pérdida de peso, aumento de secreciones respiratorias, episodios de disnea y gran cansancio. Su marido refiere agotamiento físico y emocional importante. Durante la valoración familiar realizada por el equipo de cuidados paliativos, ¿cuál de los siguientes aspectos debe explorarse?

a) Situación laboral previa del paciente.
b) Capacidad y disponibilidad del cuidador principal.
c) Tipo histológico de la enfermedad neurológica.
d) Nivel educativo de los familiares.

457.- La paciente expresa preocupación por el impacto de su enfermedad sobre su familia. En la valoración paliativa, esta situación se relaciona principalmente con:

a) La dimensión psicosocial y existencial del sufrimiento.
b) El estado nutricional.
c) La progresión neurológica de la enfermedad.
d) La valoración funcional.

458.- Ante la aparición de sialorrea intensa y aumento de secreciones respiratorias, ¿qué fármaco se encuentra indicado?

a) Haloperidol.
b) Midazolam.
c) Butilescopolamina.
d) Metoclopramida.



459.- La paciente desea participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento. ¿Qué principio bioético sustenta esta práctica?

a) Beneficencia.
b) Justicia.
c) Autonomía.
d) Proporcionalidad terapéutica.

460.- Tras el fallecimiento de la paciente, su marido presenta sentimientos persistentes de culpa, aislamiento social y dificultades para adaptarse a la pérdida. Estos hallazgos orientan hacia:

a) Reacción emocional adaptativa inicial.
b) Duelo complicado.
c) Claudicación familiar.
d) Síndrome confusional.

461.- Varón de 78 años con insuficiencia cardíaca avanzada (IV de la NYHA) e insuficiencia renal crónica en diálisis. Ingresa por neumonía grave que progresa a síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Presenta shock séptico con dosis máximas de vasopresores. El paciente había expresado previamente por escrito su deseo de "no ser mantenido con vida artificialmente si no hay opciones para recuperar una calidad de vida básica". La familia está dividida: un hijo quiere iniciar terapia de reemplazo renal continua en la UCI y el otro pide "retirar todo ahora". El equipo médico explica la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). ¿Qué opción refleja la conducta más apropiada y ética según los principios de la AET?

a) Iniciar terapia de reemplazo renal continua y mantener los vasopresores por respeto al principio de beneficencia, ya que ninguna vida debe considerarse perdida hasta que se produzca un paro cardíaco.
b) Retirar de inmediato y simultáneamente todos los vasopresores y medidas de soporte vital sin necesidad de prescribir otra medicación, respetando estrictamente el principio de autonomía del paciente.
c) Retirar o no aumentar las medidas de soporte vital avanzado que se consideren fútiles, manteniendo y reforzando las medidas de confort y la sedación paliativa si es necesario.
d) Esperar a que ambos hijos lleguen a un acuerdo, antes de tomar cualquier decisión médica, manteniendo todas las medidas de apoyo máximo disponibles para evitar conflictos legales.

462.- Mujer de 50 años, traqueostomizada por cáncer de laringe y en situación clínica de terminalidad. La enferma conoce su diagnóstico y pronóstico y le pide al médico insistentemente que no le deje sufrir más, que ya no puede con esto. Los familiares exigen de manera agresiva que no se le aplique una sedación paliativa en ningún caso. ¿cuál es la técnica de ayuda y gestión del conflicto recomendada?

a) Aplicar inmediatamente la sedación de forma oculta para evitar la confrontación directa y garantizar el bienestar del paciente de manera unilateral.
b) Suspender definitivamente el tratamiento de sedación paliativa acatando la decisión familiar para evitar demandas legales contra el centro sanitario.
c) En situaciones de alta carga emocional y conflicto ético, la estrategia recomendada es la comunicación asertiva, la mediación y la deliberación continua.
d) Desalojar a la familia antes de iniciar cualquier procedimiento médico.

463.- Un paciente de 63 años diagnosticado de cáncer de recto con afectación ósea presenta un buen control del dolor durante el día, que puntúa en la escala visual numérica (EVN) con un 1/10. En la última semana refiere dolor con una EVN de 5/10 un rato antes de tomar la medicación analgésica. ¿Qué tipo de dolor describe mejor el dolor del paciente?

a) Dolor irruptivo oncológico.
b) Dolor irruptivo oncológico incidental.
c) Dolor episódico espontáneo.
d) Dolor por final de dosis.

464.- Mujer de 45 años con cáncer de mama estadio IV, metástasis óseas múltiples en tratamiento hormonal y bifosfonatos iv. Refiere dolor óseo intenso (EVA 7), sin sintomatología neurológica y exacerbaciones del dolor (EVA 9) varias veces al día que le obligan a permanecer en reposo. En tratamiento con ibuprofeno (600 mg cada 8 h) y tramadol (50 mg cada 8 h). ¿Qué tratamiento consideraría más adecuado para mejorar el dolor?

a) Suspender ibuprofeno y tramadol e iniciar un opioide mayor como morfina u oxicodona.
b) Suspender tramadol, mantener ibuprofeno e iniciar un opioide mayor como morfina y oxicodona.
c) Suspender ibuprofeno y tramadol e iniciar un opioide mayor como morfina u oxicodona y a la vez iniciar tratamiento del dolor irruptivo con fentanilo sublingual.
d) Suspender tramadol, mantener ibuprofeno e iniciar un opioide mayor como morfina u oxicodona y a la vez tratamiento para el dolor irruptivo con fentanilo sublingual.

465.- Hombre de 85 años con enfermedad de Alzheimer de 6 años de evolución, actualmente en estadio GDS-FAST 7. Vive en centro sociosanitario desde hace 1 año. En los últimos 6 meses tiene frecuentes episodios de broncoaspiración tratados en Urgencias con antibioterapia de amplio espectro con mejoría clínica. Acude nuevamente a urgencias por disnea en relación con nuevo episodio de broncoaspiración y negativa a la ingesta. ¿Cuál debe ser la actitud a seguir?

a) Evitar ingreso. Indicar sonda nasogástrica (SNG) con el fin de prevenir nuevas broncoaspiraciones y facilitar ingesta. Antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico por SNG.

b) Ingresar para colocación de gastrostomía (PEG) con el fin de evitar nuevas broncoaspiraciones y facilitar ingesta. Antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam iv.
c) Evitar ingreso. No está indicada la colocación de sonda para nutrición enteral. Considerar adecuación del esfuerzo terapéutico evitando antibioterapia y dando cuidados de confort.
d) Ingresar para antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam, pero evitar la colocación de sonda para nutrición enteral. La curación del proceso infeccioso mejorará casi siempre la ingesta.

466.- Paciente de 93 años con de adenocarcinoma de colon ascendente, carcinomatosis peritoneal, metástasis hepáticas y pulmonares. Vive en su domicilio el 90% del día; en tratamiento con morfina de liberación retardada, dexametasona 8 mg/día, lactulosa, parafina y zolpidem a las 22 horas. Comienza con dolor cólico periumbilical, náuseas y vómitos alimentarios. Tras su evaluación es diagnosticado de obstrucción intestinal. ¿Cuál es el tratamiento más apropiado?

a) Suspender fármacos por vía oral y preparar para realización de colonoscopia.
b) Administrar metoclopramida intravenosa para el control de vómitos y suspender laxantes y morfina hasta reevaluar evaluación clínica.
c) Suspender fármacos por vía oral y administrar morfina, haloperidol, dexametasona y bromuro de hioscina por vía subcutánea para el control de síntomas.
d) Suspender fármacos por vía oral y realizar TAC para valorar cirugía urgente.

467.- Hombre de 69 años con adenocarcinoma de páncreas avanzado que presenta dolor de características mixtas. Tratado hace 3 meses con opioides con buen control (morfina 60 mg cada 12 horas) + adyuvantes (duloxetina 60 mg/día). Asocia astenia e hiporexia graves tratadas con corticoides desde hace 2 semanas (dexametasona 8 mg/día). Acude a consulta refiriendo somnolencia intensa, alucinaciones táctiles, mioclonías... En la analítica presenta anemia de trastornos crónicos (Hb 10,6 g/dL) y empeoramiento de la función renal (15-19 ml/min). ¿Cuál es el diagnóstico más probable y la actitud a seguir?

a) Clínica neurológica por metástasis cerebrales. Realizar TAC cerebral y aumentar dosis de corticoides.
b) Psicosis inducida por corticoides. Retirar corticoides.
c) Síndrome confusional agudo hipoactivo. Iniciar tratamiento con neurolépticos.
d) Neurotoxicidad por opioides. Reducir la dosis de morfina a la mitad o realizar una rotación de opioides.

468.- Paciente en cuidados paliativos con bomba elastomérica de bajo volumen (100 mL, a flujo de 2 mL/h) para que dure 50 horas. La mezcla preparada en suero fisiológico (NaCl 0,9%) contiene morfina (200 mg), metoclopramida (40 mg) y midazolam (15 mg). Tras 24 horas de infusión a temperatura ambiente de 28ºC, se observa un precipitado blanquecino dentro del balón de la bomba y

una disminución del flujo real de infusión. ¿Cuál es la causa físico-química más probable de este fenómeno y el impacto directo sobre la velocidad de infusión?

a) La metoclopramida reacciona con el elastómero (poli isopreno), reduciendo la presión de expulsión y alterando el diámetro del capilar de control.
b) El pH de la mezcla final superó el umbral crítico de solubilidad del midazolam debido a la baja acidez de la morfina, provocando la precipitación mutua y la obstrucción física del capilar regulador de flujo.
c) La temperatura de 28 °C aumentó la viscosidad de la solución analgésica, lo que redujo el flujo de infusión, sin relación con el precipitado.
d) Se produjo una adsorción masiva de la morfina en las paredes de la línea de PVC de la bomba, lo que modificó las fuerzas de fricción internas del fluido y ralentizó el flujo nominal.

469.- Paciente de 29 años con neoplasia de mama estadio IV triple negativo en curso de novena línea de tratamiento con eribulina y metástasis cerebrales múltiples ya conocidas y tratadas con radioterapia holocraneal, ECOG 3 y caquexia extrema consulta a urgencias por disminución del nivel de consciencia brusco, cefalea, anisocoria y hemiparesia derecha 0/5 y respiración de Cheyne- Stokes. Indique la actuación más adecuada a la situación de la paciente en base a las opciones de tratamiento sintomático:

a) Realización de una punción lumbar para descartar carcinomatosis meníngea e indicar quimioterapia intratecal.
b) Realización de una TAC craneal para descartar hemorragia cerebral e indicar un drenaje neuroquirúrgico.
c) Realización de una analítica para descartar hipercalcemia e indicar tratamiento con zolendronato.
d) Abstinencia de realización de exploraciones complementarias – manejo sintomático con medidas paliativas.

470.- Varón de 82 años, con "pelvis congelada" por neoplasia de próstata que está en su domicilio en tratamiento con morfina de liberación sostenida a dosis de 30 mg cada 12 horas por vía oral por dolor somático secundario a enfermedad metastásica ósea múltiple. Presenta un episodio de vómitos fecaloides de 24 horas de evolución, distensión abdominal y ausencia de deposiciones desde hace 7 días. El dolor está bien controlado. Indique cuál sería su actuación respecto a la analgesia:

a) Instaurar una infusión subcutánea continua de cloruro mórfico a dosis de 30 mg en 24h y recomendar la administración de 5 mg de cloruro mórfico en caso de dolor por vía subcutánea.
b) Instaurar una infusión subcutánea continua de cloruro mórfico a dosis de 40 mg en 24h y recomendar la administración de 5 mg de cloruro mórfico en caso de dolor por vía subcutánea.

c) Instaurar una infusión subcutánea continua de cloruro mórfico a dosis de 20 mg en 24h y recomendar la administración de 5 mg de cloruro mórfico en caso de dolor por vía subcutánea.

d) Instaurar una infusión subcutánea continua de cloruro mórfico a dosis de 60 mg en 24h y recomendar la administración de 5 mg de cloruro mórfico en caso de dolor por vía subcutánea.

471.- Paciente varón de 82 años, casado, vive con su esposa, María, que es la cuidadora principal. No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde hace 30 años. Niega otros hábitos tóxicos. CAGE negativo. Diagnosticado y tratado hace 5 años de neoplasia de próstata. Actualmente afectación ósea politópica, no candidato a más tratamiento oncoespecífico. En tratamiento con fentanilo transdérmico para el dolor y dosis extras de fentanilo de liberación rápida si precisa. En seguimiento por el equipo de atención domiciliaria. En visita a domicilio 5 días antes paciente con criterios CAM negativos, Pfeiffer 1 error. Criterios Endicott negativos. DME 5 puntos. Avisa de forma telefónica la esposa al equipo de atención domiciliaria 5 días después de la última visita presencial por empeoramiento del estado general del paciente. De forma telefónica, la esposa comenta aumento de la somnolencia con episodios de desorientación. Acudimos al domicilio y objetivamos paciente en Ramsay 3b, con inatención, Pfeiffer 7 errores. La esposa refiere alternancia de períodos de somnolencia con otros de discurso incoherente e inquietud psicomotriz. En la exploración física paciente con fiebre 38,4º.

¿Podemos establecer un diagnóstico clínico en este paciente? Mencione la respuesta correcta:

a) Sería necesario realizar más exploraciones complementarias para establecer un diagnóstico clínico.

b) El diagnóstico del delirium se puede realizar con la escala Confusional Assesment Method (CAM) en el domicilio.

c) Dada la cronología, lo más probable es que se trate de un paciente con deterioro cognitivo.

d) Ninguna de las anteriores es correcta.

472.- Para el diagnóstico de delirium con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5), mencione la respuesta correcta:

a) La alteración aparece en mucho tiempo previo.

b) Se deben cumplir todos los criterios del DSM-5.

c) Existe una alteración de la atención y de la consciencia.

d) Las respuestas b) y c) son correctas.

473.- Como medidas a realizar para establecer las causas de delirium, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) En el domicilio valoraría descartar en primer lugar una retención aguda de orina, una impactación fecal o un proceso infeccioso intercurrente (con analítica en domicilio + sedimento de orina/urocultivo).
b) Al no poderse realizar analíticas en el domicilio, derivaría al paciente al hospital.
c) Realizaría una anamnesis completa con la familia, preguntando síntomas en días previos, revisando la medicación y explorando si ha habido cambios en la medicación en los días previos o aumento del tratamiento con opioides en los días previos.
d) Tras la realización de la anamnesis en paciente y familia, realizaría una exploración física completa en el domicilio.

474.- En espera de poder dilucidar la etiología y el tratamiento etiológico del delirium de este paciente, ¿Qué neuroléptico estaría indicado como primera opción en el domicilio?

a) Quetiapina subcutánea.
b) Haloperidol en gotas en caso de mantener correcta ingesta oral.
c) Midazolam subcutáneo.
d) Ninguno de los anteriores es correcto.

475.- En los días posteriores el paciente presenta una evolución tórpida, con delirium hiperactivo refractario, estando en situación de últimos días. ¿Qué fármaco estaría indicado para realizar una sedación paliativa como primera elección?

a) Midazolam subcutáneo.
b) Levomepromacina subcutánea.
c) Haloperidol subcutáneo.
d) Ninguno de los anteriores.

476.- Mujer de 59 años con cáncer de mama metastásico y afectación ósea vertebral y progresión local axilar izquierda. Recibió quimioterapia con taxanos hace meses y radioterapia paliativa sobre columna dorsal. Actualmente está en seguimiento por cuidados paliativos.
Consulta por dolor intenso de 3 semanas de evolución en región escapular izquierda, axila y cara interna del brazo. Describe el dolor como "quemazón", "corrientazos" y "pinchazos eléctricos", con zonas de hipoestesia alternando con alodinia: el roce de la ropa le resulta insoportable. El dolor no mejora claramente con reposo y presenta crisis paroxísticas varias veces al día. Refiere insomnio, ansiedad anticipatoria al movimiento y miedo a "quedarse paralizada".
Tratamiento actual: paracetamol 1 g/8 h, metamizol si precisa, morfina oral de liberación prolongada 30 mg/12 h y rescates de morfina rápida 10 mg, que usa 4-5 veces/día con alivio parcial. Desde hace una semana toma pregabalina

75 mg/12 h, pero se queja de somnolencia y mareo. Tiene estreñimiento de 5 días, náuseas leves y deterioro funcional progresivo. En la exploración presenta dolor a la palpación paravertebral dorsal, déficit sensitivo en cara interna del brazo izquierdo, fuerza conservada, sin alteración de esfínteres. La familia pregunta si "habría que sedarla porque ya no aguanta más".
A las 48 horas, pese a ajuste analgésico inicial, presenta una crisis brusca de dolor insoportable, con llanto, sudoración, agitación y rechazo a cualquier movilización. No hay disnea ni hemorragia. Se plantea si el cuadro corresponde a dolor neuropático mal controlado, dolor irruptivo, neurotoxicidad opioide, compresión medular incipiente o sufrimiento global.

Ante el uso frecuente de rescates de morfina con alivio parcial, ¿cuál es la interpretación más adecuada?

a) El dolor es necesariamente psicógeno, porque el dolor neuropático no responde nunca a opioides.
b) La respuesta parcial a opioides no excluye dolor neuropático; sugiere dolor mixto y obliga a optimizar opioide, coanalgésico y abordaje etiológico si procede.
c) Deben retirarse los opioides y mantener solo pregabalina, porque el dolor neuropático se trata exclusivamente con anticonvulsivantes.
d) La paciente debe ser sedada porque el uso repetido de rescates confirma refractariedad.

477.- ¿Cuál sería la actuación más correcta respecto a la pregabalina?

a) Suspenderla de inmediato por somnolencia, ya que cualquier efecto adverso neurológico contraindica todos los coanalgésicos.
b) Mantener la dosis sin cambios durante semanas aunque el dolor sea intenso, porque los coanalgésicos no deben titularse.
c) Valorar balance beneficio-riesgo, ajustar dosis de forma progresiva y vigilar efectos adversos, especialmente somnolencia y mareo, antes de concluir fracaso terapéutico.
d) Duplicar la dosis cada 12 horas hasta que desaparezca el dolor, independientemente de la sedación.

478.- En la paciente del caso, ¿qué combinación obliga a pensar en un dolor mixto y no exclusivamente neuropático?

a) Quemazón, alodinia y descargas eléctricas, sin otros datos acompañantes.
b) Dolor paravertebral por metástasis ósea junto con síntomas neuropáticos en territorio nervioso del brazo.
c) Insomnio, ansiedad anticipatoria y miedo a la movilización.
d) Somnolencia y mareo tras inicio de pregabalina.

479.- Ante estreñimiento de 5 días en una paciente con opioides, dolor abdominal leve y náuseas, ¿cuál es la interpretación más adecuada?

a) Es un síntoma irrelevante frente al dolor neuropático y no modifica el plan terapéutico.
b) Puede agravar dolor, náuseas, inquietud o delirium, por lo que debe valorarse y tratarse dentro del control sintomático global.
c) Obliga a suspender inmediatamente todos los opioides.
d) Confirma oclusión intestinal maligna y contraindica cualquier laxante sin necesidad de exploración.

480.- Si tras aumento de morfina aparecen somnolencia marcada, mioclonías y confusión, pero el dolor continúa mal controlado, ¿cuál sería el razonamiento más adecuado?

a) Aumentar más la morfina, porque la persistencia de dolor demuestra infradosificación.
b) Sospechar neurotoxicidad opioide y reevaluar la estrategia analgésica, considerando ajuste, cambio de vía, rotación opioide o medidas individualizadas.
c) Retirar todos los analgésicos y esperar a que desaparezcan los efectos adversos.
d) Diagnosticar delirium terminal irreversible y no modificar la analgesia.

481.- Mujer de 59 años, con residencia legal en España desde hace más de 10 años, diagnosticada de ELA bulbar hace 3 años. Presenta progresión marcada en los últimos 8 meses, dependencia para todas las actividades básicas, disfagia grave con gastrostomía, disartria severa y episodios de disnea nocturna. Conserva comprensión íntegra, capacidad de razonamiento y comunicación mediante dispositivo ocular.

Vive con su pareja, designada como persona de confianza, aunque no consta documento de instrucciones previas. Ha recibido seguimiento por Neurología, Neumología, Rehabilitación, Nutrición y Cuidados Paliativos. Se le ha informado de la evolución esperable, alternativas de soporte ventilatorio, tratamiento sintomático, cuidados paliativos integrales y prestaciones de dependencia.

Durante una consulta programada con su médica internista, a quien identifica como profesional de confianza, solicita formalmente la prestación de ayuda para morir. No puede firmar manualmente por tetraparesia, pero mantiene capacidad comunicativa mediante sistema ocular. Su pareja ofrece firmar por ella. La médica responsable no es objetora, admite iniciar el procedimiento y registra la solicitud.

Tras la primera solicitud, se realiza proceso deliberativo. La paciente mantiene su decisión. A los 15 días presenta segunda solicitud. Finalizado el proceso deliberativo, firma el consentimiento informado mediante procedimiento adaptado. El médico consultor, neurólogo externo al equipo

asistencial habitual, emite informe favorable. El caso se remite a la Comisión de Garantía y Evaluación. Dos miembros designados —un médico y un jurista— discrepan sobre si la voluntad expresada mediante dispositivo ocular es suficientemente inequívoca.
Respecto a la firma de la primera solicitud, ¿cuál es la actuación más CORRECTA?

a) No puede aceptarse la solicitud porque la paciente no puede firmar de forma manuscrita.
b) La pareja puede fechar y firmar en presencia de la paciente, indicando que esta no puede firmar y las razones.
c) Solo puede tramitarse si previamente existía documento de instrucciones previas.
d) La solicitud debe realizarla obligatoriamente el médico que la trata.

482.- En el caso descrito, ¿es imprescindible que exista un documento de instrucciones previas para continuar el procedimiento?

a) Sí, siempre que exista una enfermedad neurológica avanzada.
b) Sí, porque la paciente no puede firmar manualmente.
c) No, porque la paciente conserva capacidad y conciencia; las instrucciones previas son imprescindibles en situación de incapacidad de hecho.
d) Sí, porque la pareja actúa como representante.

483.- Si el médico consultor emite informe favorable, ¿qué debe hacer después el médico responsable?

a) Puede realizar directamente la prestación sin más trámites.
b) Debe comunicarlo al presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación en un plazo máximo de tres días hábiles.
c) Debe solicitar autorización judicial.
d) Debe reiniciar el proceso deliberativo desde el principio.

484.- Si los dos miembros designados por la Comisión de Garantía y Evaluación discrepan entre sí, ¿cuál es la actuación procedente?

a) Prevalece automáticamente la opinión del miembro jurista.
b) Prevalece automáticamente la opinión del miembro médico.
c) La solicitud se considera denegada sin posibilidad de reclamación.
d) La decisión se eleva al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decide definitivamente.

485.- Tras resolución favorable de la Comisión, la paciente solicita que la prestación se realice 6 semanas después para poder despedirse de familiares. ¿Cómo debe interpretarse según el Manual?

a) Es una revocación automática de la solicitud.

b) Es un aplazamiento imposible, porque la prestación debe realizarse inmediatamente tras la resolución favorable.
c) Puede aceptarse como aplazamiento, pero se recomienda un plazo máximo de 1-2 meses para garantizar que sigue cumpliendo requisitos.
d) Obliga a reiniciar todo el procedimiento desde la primera solicitud.

486.- **Varón de 74 años, diagnosticado de cáncer de próstata metastásico resistente a castración, con metástasis óseas múltiples vertebrales, pélvicas y costales. En los últimos dos meses presenta deterioro funcional progresivo, pérdida de 9 kg, anorexia, estreñimiento severo y dolor lumbar irradiado a ambas caderas.**
Antecedentes: hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada, insuficiencia renal crónica estadio 3b y deterioro cognitivo leve previo. Vive con su esposa, cuidadora principal, que presenta signos de agotamiento.
Tratamiento habitual: fentanilo transdérmico 75 mcg/h, rescates con morfina oral inmediata, dexametasona 4 mg/día, metamizol, lactulosa irregular, zolpidem nocturno y enzalutamida suspendida por progresión.
Ingresa por dolor óseo intenso, somnolencia fluctuante, estreñimiento de 6 días, episodios de desorientación nocturna y náuseas. Analítica: calcio corregido 12,8 mg/dl, creatinina 2,1 mg/dl, albúmina 2,6 g/dl. RM lumbar: metástasis vertebrales múltiples sin compresión medular. Gammagrafía ósea: progresión difusa.
Durante el ingreso se optimiza analgesia, se inicia tratamiento del estreñimiento, se suspende medicación no esencial y se valora radioterapia antiálgica. A las 72 h presenta delirium hiperactivo con alucinaciones, agitación nocturna y mioclonías. La esposa insiste en que "le pongan sueros y nutrición porque se está muriendo de hambre", aunque el paciente rechaza comer, tiene bajo nivel de conciencia fluctuante y se encuentra en situación de últimos días.
En este paciente, ¿cuál es el enfoque terapéutico más adecuado para la hipercalcemia maligna sintomática?

a) Restricción hídrica estricta y diurético de asa como primera medida
b) Hidratación, bisfosfonatos intravenosos y considerar calcitonina durante las primeras 48 horas si se precisa descenso rápido del calcio
c) Solo corticoides, ya que los bisfosfonatos están contraindicados en todos los pacientes con cáncer avanzado
d) Radioterapia urgente como tratamiento inicial de la hipercalcemia.

487.- **El paciente presenta fluctuación atencional, alucinaciones, agitación nocturna y mioclonías tras aumento de opioides, con insuficiencia renal e hipercalcemia. ¿Cuál es la opción diagnóstica y terapéutica más CORRECTA?**

a) Demencia irreversible; mantener opioides y evitar antipsicóticos.

b) Ansiedad anticipatoria; tratar solo con benzodiacepinas de vida media larga.
c) Psicosis primaria; iniciar antidepresivo tricíclico.
d) Delirium probablemente multifactorial; buscar causas reversibles, revisar fármacos/opioides y usar haloperidol como fármaco de elección si precisa tratamiento farmacológico.

488.- Respecto a los efectos adversos de los opioides en cuidados paliativos, ¿cuál de las siguientes combinaciones de porcentajes es la más ajustada a la GPC OSTEBA?

a) Náuseas/vómitos 15-30%, estreñimiento 40-70%, sedación 20-60%
b) Náuseas/vómitos 1-5%, estreñimiento 5-10%, sedación 1-3%
c) Náuseas/vómitos 60-80%, estreñimiento 5-10%, sedación 90%
d) Náuseas/vómitos 40-70%, estreñimiento 15-30%, sedación 2-10%

489.- En relación con el dolor óseo metastásico de este paciente, ¿cuál es la afirmación más CORRECTA según la GPC de OSTEBA?

a) La radioterapia no está indicada si ya recibe opioides potentes.
b) Los bisfosfonatos sustituyen siempre a la radioterapia
c) La radioterapia es tratamiento de elección para metástasis óseas dolorosas; los bisfosfonatos pueden considerarse especialmente si el pronóstico es superior a 6 meses.
d) Los antidepresivos tricíclicos son el tratamiento específico de elección del dolor óseo metastásico

490.- La esposa solicita nutrición artificial y sueroterapia porque interpreta que "se muere de hambre". El paciente está en situación de últimos días, con bajo nivel de conciencia, sin hambre ni sed referidas, secreciones y delirium. ¿Cuál sería el curso de acción éticamente más adecuado?

a) Colocar una sonda nasogástrica para tranquilizar a la familia, aunque no aporte confort
b) Negar la medida sin explicación, indicando únicamente que "no sirve para nada"
c) Explicar la situación a la esposa, aclarar los objetivos de confort, intensificar control de síntomas, ofrecer cuidados de boca, valorar hidratación paliativa proporcional si pudiera mejorar delirium por metabolitos opioides/deshidratación, consensuar el plan en el equipo y documentarlo
d) Mantener nutrición artificial obligatoria hasta el fallecimiento, porque retirarla equivale a eutanasia pasiva

491.- Paciente varón de 52 años, afectado de neoplasia de pulmón en progresión con metástasis a SNC, no candidato a más tratamiento oncoespecífico en seguimiento por el equipo domiciliario de Cuidados Paliativos. Sin otros antecedentes de interés, fumador habitual de cannabis. Soltero, vive con su padre y una hermana, quienes colaboran en los cuidados. Paciente y familia informados de la enfermedad y de la situación actual. Presenta disnea y mal control del dolor en pared torácica izquierda de características neuropáticas,

con somnolencia y alucinaciones visuales como signos de neurotoxicidad por opioides. Intensidad del dolor ENV 9/10, que interfiere en las AVBD y en el descanso nocturno. Refiere aumento de la ansiedad en las últimas semanas, en contexto de mal control de síntomas y por introspección pronóstica, por lo que había aumentado el consumo de cannabis. En la exploración física: PS 3. PPS 40. CAM negativo. Había manifestado su deseo de no ingresar en el hospital. ¿Qué aspectos deberíamos tener en cuenta a la hora de respetar el deseo de NO derivar al paciente al hospital?

a) Competencia del paciente.
b) Si está o no en delirium.
c) Deseos previos expresados por el paciente.
d) Todo lo anterior.

492.- En la última visita presencial por parte del equipo de cuidados paliativos domiciliario hace 5 días se aumentó el tratamiento de base del paciente con metadona de 2,8 ml a 3,2 ml cada 8 horas (de la concentración de 5mg/ml), sin mejoría del dolor y con aparición de vómitos. En caso de decidir cambiar de metadona oral a metadona vía subcutánea, ¿cuál sería la dosis adecuada si se realizara cambio de vía de administración a dosis equianalgésicas, sin aumento de dosis por dolor ni disminución de dosis por riesgo de tolerancia cruzada? (Dosis de 3,2 ml cada 8 horas, de la concentración 5 mg/ml. Por lo tanto, 16 mg cada 8 horas vía oral).

a) 38,4 miligramos en infusión continua subcutánea al día.
b) 12 miligramos en infusión continua subcutánea al día.
c) 46 miligramos en infusión continua subcutánea al día.
d) 22 miligramos en infusión continua subcutánea al día.

493.- A pesar de la rotación a metadona subcutánea a dosis equianalgésicas, el paciente persiste en su domicilio con dolor y disnea refractarios al tratamiento sintomático optimizado. Ante esta situación, se indica sedación paliativa. ¿Con qué fármaco iniciaría la sedación paliativa en infusión continua subcutánea?

a) Haloperidol.
b) Propofol.
c) Midazolam.
d) Levomepromazina.

494.- Una vez alcanzadas las dosis máximas de midazolam en infusión continua subcutánea, el paciente persiste en su domicilio con inquietud psicomotriz, disnea y dolor no controlados. ¿Qué otro fármaco emplearía por vía subcutánea como segunda elección?

a) Midazolam.
b) Propofol.
c) Fenobarbital.
d) Levomepromazina.

495.- A pesar de la sedación paliativa iniciada y de haber escalado al fármaco de segunda línea a dosis máximas, el paciente continúa en su domicilio con dolor, disnea e inquietud psicomotriz mal controlados. ¿Cuál sería el fármaco indicado como tercera elección en el ámbito domiciliario y cómo lo iniciaría?

a) Propofol en infusión continua subcutánea.
b) Fenobarbital, con inducción intramuscular y posteriormente en infusión continua subcutánea.
c) Midazolam en infusión continua subcutánea.
d) Levomepromazina en infusión continua subcutánea.

496.- David, niño de 7 años, diagnosticado hace 8 meses de glioma difuso infiltrante de tronco encefálico (DIPG), en progresión tras radioterapia paliativa y sin opciones de tratamiento oncoespecífico adicional. Es seguido en domicilio por el equipo de cuidados paliativos pediátricos. Peso actual: 18 kg. Vive con sus padres y una hermana mayor. Familia informada de la situación de enfermedad avanzada e irreversible. En las últimas semanas, David presenta disartria progresiva y episodios de desconexión del entorno secundarios a la afectación troncoencefálica, por lo que no puede verbalizar ni señalar la intensidad de su dolor. En la exploración se objetiva llanto intermitente, rigidez en extremidades inferiores y dificultad para ser consolado por sus padres. ¿Qué escala de valoración del dolor es la más adecuada en este momento?

a) Escala Visual Analógica (EVA).
b) Escala de caras FPS (Faces Pain Scale).
c) Escala FLACC.
d) Escala numérica verbal del 0 al 10.

497.- Una vez cuantificado el dolor de David como moderado-intenso mediante la escala de valoración empleada, se decide iniciar tratamiento con opioide mayor. David no ha recibido opioides previamente y pesa 18 kg. ¿Cuál sería la dosis inicial de morfina oral más adecuada?

a) Morfina oral 0,5-1 mg/kg/dosis cada 4 horas.
b) Morfina oral 0,1-0,3 mg/kg/dosis cada 4 horas.
c) Morfina oral 5 mg fijos cada 6 horas independientemente del peso.
d) Morfina oral 0,05 mg/kg/dosis cada 4-6 horas.

498.- Diez días después, David presenta un empeoramiento brusco: cefalea intensa, vómitos en escopetazo y disminución fluctuante del nivel de consciencia, compatibles con progresión tumoral e hipertensión intracraneal. ¿Qué fármaco estaría prioritariamente indicado?

a) Morfina en monoterapia como tratamiento sintomático exclusivo.
b) Ibuprofeno a dosis altas.
c) Midazolam en infusión continua subcutánea.
d) Dexametasona.

499.- **Tras la introducción del tratamiento farmacológico indicado para el cuadro neurológico, éste mejora parcialmente, pero en los días siguientes David presenta disnea intensa, sin respuesta a medidas no farmacológicas (aire fresco, posición, ambiente tranquilo). ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de primera elección para la disnea?**

a) Midazolam subcutáneo en infusión continua, ya que se considera un síntoma refractario que justifica sedación paliativa desde el inicio.
b) Dexametasona a dosis altas, ya que en tumores cerebrales la disnea es siempre secundaria al edema perilesional y los corticoides son el tratamiento de elección.
c) Morfina oral a dosis bajas, iniciando con la mitad de la dosis analgésica pediátrica habitual.
d) Broncodilatadores inhalados en primer lugar, reservando la morfina para cuando estos no sean suficientes, ya que evitar opioides en un niño sin exposición previa es siempre preferible.

500.- **En situación de últimos días, David presenta agitación intensa, disnea grave y dolor que no responden a dosis optimizadas de morfina, midazolam y medidas no farmacológicas. Los padres, angustiados, preguntan si "sedarlo para que no sufra" es lo mismo que "ayudarlo a morir antes". El equipo concluye que los síntomas son refractarios. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la más correcta?**

a) La sedación paliativa solo puede plantearse si la expectativa de vida es inferior a 24 horas.
b) La sedación paliativa está indicada cuando existe un síntoma refractario que provoca sufrimiento intolerable y no puede aliviarse mediante otras intervenciones en un plazo razonable.
c) La sedación paliativa y la eutanasia son éticamente equivalentes cuando el paciente es menor de edad, ya que en ambos casos la intención es aliviar el sufrimiento.
d) La sedación paliativa solo está justificada si se han agotado previamente todas las opciones de tratamiento curativo, independientemente del sufrimiento del paciente.