

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1990 definió los cuidados paliativos como:

- 1) El cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento.
- 2) Proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares.
- 3) Controlar el dolor y otros problemas de orden psicológico.
- 4) Ayudar en problemas de orden psicológico, social y espiritual.

Pregunta 1. R: 1

El cuidado efectivo y completo de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento y entran a formar parte de los pacientes con una enfermedad terminal. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden biológico, psicológico, social y espiritual, o lo que es la mirada holística de la enfermería. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad, durante el periodo terminal de la vida para los pacientes y sus familiares.

1

2. Los principios de los cuidados paliativos en su vertiente social son:

- 1) No alargar ni acortar la vida, apoyo social, calidad de vida.
- 2) Apoyo psicológico, alivio del sufrimiento, calidad de vida.
- 3) Alivio del dolor y otros síntomas, vida activa, apoyo social, la muerte como fin de la vida.
- 4) No alargar ni acortar la vida, apoyo social, la muerte como fin de la vida, apoyar a la familia en la enfermedad y en el duelo.

Pregunta 2. R: 4

Es básico comprender que la base de los cuidados paliativos no es alargar ni acortar la vida, sino dignificar su esperanza de vida impidiendo el encarnizamiento terapéutico, apoyando psicológicamente al paciente y la familia y ayudando a la adaptación de las diversas fases de la aceptación de la enfermedad y en la preparación del duelo. Conseguir que ambos comprendan que la muerte es sólo un cambio y va unida a la vida.

3. Se define como enfermedad en terminal:

- 1) Aquélla que se encuentra en un estadio avanzado, que es incurable y progresiva, y que se encamina hacia la muerte en un tiempo corto pues no reacciona al tratamiento específico curativo.
- 2) Aquélla que se encuentra en un estadio avanzado, que es incurable y que no reacciona al tratamiento específico curativo.
- 3) Aquella enfermedad oncológica en estadio avanzado que es incurable y progresiva, y que se encamina hacia la muerte en un tiempo corto pues no reacciona al tratamiento específico curativo.
- 4) Todas las enfermedades en estadio avanzado.

Pregunta 3. R: 1

Aquélla que se encuentra en un estadio avanzado, que es incurable y progresiva, y que se encamina hacia la muerte en un tiempo corto pues no reacciona al tratamiento específico curativo. En la actualidad bajo el concepto de enfermedad terminal se incluyen diversas enfermedades, como las cardiopatías, las enfermedades neurodegenerativas, neumopatías, hepatopatías y nefropatías, VIH/S muy avanzado y neoplasias que no han respondido a ningún tratamiento.

Presenta una serie de signos y síntomas físicos de acuerdo con su etiología, desarrollando posteriormente problemas multifuncionales encadenados a la causa primigenia. Se debe añadir el impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, evidente o no, de la muerte. Presenta tres etapas: la terminal propiamente dicha, la preagónica y la agónica.

4. La etapa terminal se caracteriza por:

- 1) Cuando la vida de la persona puede progresar hasta 6 meses.
- 2) Cuando el pronóstico de vida de la persona es de semanas.
- 3) Cuando la persona no presenta aún dificultades para realizar sus actividades básicas para la vida diaria.
- 4) 1 y 3 son correctas.

Pregunta 4. R: 4

Cuyo pronóstico se considera cuando la vida de la persona puede progresar hasta meses. En ella la persona no presenta aún dificultades para realizar sus actividades básicas para la vida diaria (ABVD), no presentando tampoco síntomas intensos.

5. La etapa preagónica se caracteriza por:

- 1) Los signos y síntomas no son intensos, el sufrimiento bajo, presentan dependencia y su pronóstico de vida es de semanas.
- 2) Los signos y síntomas son intensos, el sufrimiento bajo, presentan dependencia y su pronóstico de vida es de semanas.
- 3) Los signos y síntomas son intensos, el sufrimiento alto, presentan dependencia y su pronóstico de vida es de semanas.
- 4) Los signos y síntomas no son intensos, el sufrimiento bajo, presentan dependencia y su pronóstico de vida es de días.

Pregunta 5. R: 3

Cuyo pronóstico se considera cuando la vida de la persona puede progresar hasta semanas. En ella la persona presenta dificultades para realizar sus actividades básicas para la vida diaria (ABVD), presentando síntomas intensos y dependencia funcional, al igual que sufrimiento.

6. De entre los siguientes factores, ¿cuáles pueden aumentar el dolor?

- 1) Compañía.
- 2) Distracción.
- 3) Ansiedad.
- 4) Descanso.

Pregunta 6. R: 3

El dolor es de naturaleza altamente subjetiva, con influencia de factores psicosociales, genéticos y culturales. Al mismo tiempo podemos afirmar que es un fenómeno dual ya que depende de la percepción de una situación y de la reacción emocional ante la misma. Por ello la aparición de la ansiedad, que se manifiesta, habitualmente, de tres formas diferentes: con síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales, a su vez interrelacionados, puede aumentar el dolor. Cornwall y Donderi (1988) observaron que los sujetos ansiosos atienden más a centrar su atención al dolor, o lo que es lo mismo, tienen más dificultades para desviar su atención del dolor, lo que demuestra que es un signo subjetivo. Al mismo tiempo la adrenalina puede producir cefalea, dolor muscular, etc.

7. Una causa de estreñimiento en un enfermo terminal puede ser debida a:

- 1) Un aumento de la ingesta.
- 2) Uso de opiáceos.
- 3) Ausencia de hemorroides.
- 4) Aumento de la ingesta de líquidos.

Pregunta 7. R: 2

El efecto colateral más frecuente es el estreñimiento, que se ve en el 90% de los pacientes tratados con opiáceos. Los datos experimentales demuestran que el tracto gastrointestinal es muy sensible a los opiáceos, aún en dosis muy bajas. Manara y colaboradores han demostrado que la inhibición del tránsito gástrico producido por la morfina era consecuencia principalmente de la acción directa de la droga sobre los receptores opiáceos intestinales, sin que mediase ningún efecto central, reducen las secreciones gástricas, pancreáticas y biliares todo lo cual resulta en constipación y retraso de la digestión. Los efectos gastrointestinales de la morfina son mediados por los receptores opiáceos m y d del intestino. Inhiben el vaciado gástrico y reducen el peristaltismo intestinal. La disminución de la secreción intestinal, así como el aumento del tiempo de absorción, también contribuyen al estreñimiento.

3

8. El dolor nociceptivo:

- 1) Dura mientras persiste el estímulo.
- 2) Puede no existir estímulo.
- 3) Es un dolor que ha perdido su función protectora.
- 4) Puede existir o no estímulo.

Pregunta 8. R: 1

Dolor nociceptivo surge cuando los receptores nerviosos o receptores nociceptivos (terminaciones libres de las fibras nerviosas localizadas en el tejido cutáneo, en las articulaciones, en los músculos y en las paredes viscerales) captan los estímulos dolorosos y los transforman en impulsos eléctricos transmitiéndolo a la segunda neurona en el asta dorsal de la médula espinal; posteriormente aparece el proceso de modulación, en el asta dorsal de la médula, intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y las fibras descendentes de centros superiores. La transmisión de los impulsos depende de la acción de los neurotransmisores. Por último, tiene lugar el reconocimiento por parte de los centros superiores del Sistema Nervioso Central o integración, por ello dura mientras persiste el estímulo.

9. El último peldaño de la escalera analgésica lo conforman:

- 1) Los opiodes potentes y los coanalgésicos.
- 2) Los opiodes potentes, los coanalgésicos y el escalón II.
- 3) Los opiodes potentes, los coanalgésicos y el escalón I.
- 4) Ninguna de las anteriores.

Pregunta 9. R: 4

Es el escalón IV y lo componen los métodos invasivos (administración de fármacos a través de vía espinal, bloqueo de los nervios periféricos, bloqueo simpático o bloqueo neurolítico, neurocirugía), junto con los coanalgésicos.

10. Saunders definió el dolor total como:

- 1) Aquél que tiene componentes físicos y emocionales.
- 2) Aquél que tiene componentes físicos, emocionales y sociales.
- 3) Aquél que tiene componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- 4) El quinto signo vital.

Pregunta 10. R: 3

La fundadora de los cuidados paliativos fue Cicely Saunders, que inició en la década de los años 60 en Gran Bretaña el movimiento Hospice. La filosofía de este movimiento era no sólo el abordaje del dolor ante una situación terminal, sino el paliar el sufrimiento y acompañar a la persona hacia una muerte digna. El dolor total basa su denominación en que tiene

componentes físicos (daño tisular, compresión nerviosa...), emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado...), sociales (pérdida de la posición social) y espirituales (autorreflexión, reproches e inseguridad ante la muerte).

11. El duelo:

- 1) Es una serie de etapas bien definidas.
- 2) Es un proceso vital.
- 3) Comporta etapas que se recorren de forma secuencial.
- 4) Ninguna de las anteriores.

Pregunta 11. R: 2

Debido a las respuestas emocionales y al dolor que significa el duelo, lo definimos como el proceso vital dado que la persona debe adaptarse a una nueva forma de vida, realizando los cambios pertinentes y reorganizando su yo interno. De forma habitual esos cambios afectan a formas de sentir o la óptica que se tenía de numerosos temas con respecto a la etapa anterior de la pérdida.

12. La muerte social es:

- 1) Cuando los amigos y familiares de un paciente se separan de él y le dejan solo.
- 2) Cuando la persona acepta la propia muerte y se retira dentro de sí misma, separándose de amigos y familiares.
- 3) Cuando los amigos o familiares se separan porque “no saben cómo actuar” o “no saben qué decir” ante el paciente.
- 4) La 1 y la 3 son verdaderas.

Pregunta 12. R: 4

El no afrontamiento por parte de familiares y amigos de la muerte de una persona implica la condena al ostracismo de dicha persona, de ahí el nombre de muerte social. A pesar de existir y estar en este mundo, en realidad la persona está completamente sola, no formando parte ya de la sociedad.

13. En el proceso de morir, observamos:

- 1) Rituales externos e internos.
- 2) El luto y las ceremonias.
- 3) Rituales externos y procesos psíquicos internos y de dolor.
- 4) La 2 y la 3 son correctas.

Pregunta 13. R: 4

En el intervalo de morir podemos distinguir por una parte los rituales externos: el luto y las ceremonias que varían según las diferentes culturas y épocas, y por otra, los procesos psíquicos internos y de dolor o el duelo propiamente dicho. Los procesos de duelo no sólo son importantes para la sociedad y la cultura, sino también para la estructuración de la personalidad y para equilibrar la salud mental. Aprendemos y comprendemos la pérdida y aceptamos los avatares de la vida, con ello podemos afrontar las dificultades que podamos sufrir e incluso a veces valorar la vida de forma más positiva.

14. Las ceremonias de la muerte:

- 1) Son un testimonio de dolor.
- 2) Son un ritual social.
- 3) Son un ritual cultural.
- 4) Todas son ciertas.

Pregunta 14. R: 4

Son un testimonio de dolor ante la pérdida de forma interna e individual acompañada de los ritos para hacer comprender a los demás el dolor por la pérdida, pero al mismo tiempo lo compartimos con el apoyo de familiares y amigos e incluso conocidos siendo pues un ritual social y, dependiendo de la cultura, se da de una forma u otra.

15. El proceso de la momificación tuvo su fundamento:

- 1) En las creencias religiosas y funerarias.
- 2) En las creencias religiosas.
- 3) En las creencias funerarias.
- 4) En la importancia que se daba al más allá.

Pregunta 15. R: 1

El proceso de la momificación tuvo su fundamento en las creencias religiosas y funerarias, pues el pueblo egipcio creía en la existencia de otra vida después de la muerte, puesto que el alma era inmortal. Según los egipcios, el alma abandonaba el cuerpo en el momento de morir, pero podía volver en cualquier instante junto a él, a condición de que se conservara intacto, que poseyera una tumba y que se hubiera realizado el servicio funerario, de ahí la importancia de la momificación y de salvaguardar sus órganos en los vasos canopos.

16. Ante la solicitud del paciente de información:

- 1) Éticamente debemos informar de forma adecuada.
- 2) Si la familia no accede, no hay que informar.
- 3) Sólo el médico puede informar.
- 4) La 1 y la 3 son ciertas.

Pregunta 16. R: 1

- En base al principio de autonomía, se plantea el derecho de la persona a ser responsable de sus propios actos, para ello debe estar informado correctamente.
- Por otra parte la ética debe respetar y proporcionar la dignidad de la persona y esto no se consigue con engaño o no contestando a las preguntas.

Ahora bien cada estamento debe informar de lo que le es propio.

17. El luto es:

- 1) Una expresión externa del duelo.
- 2) El luto y el duelo es lo mismo.
- 3) Una muestra exterior del que siente la pérdida de parientes o amigos.
- 4) La 1 y la 3 son verdaderas.

Pregunta 17. R: 4

Es una expresión externa del duelo, ya que entre la mayor parte de las naciones occidentales encontramos la costumbre de usar, en estos casos, vestidos de color oscuro cuyo aspecto triste parece dar idea de su dolor; éstos suelen ser de color violeta, morado o negro. El cambio de atuendo implica reconocer ante la sociedad ese sentimiento de pérdida.

18. En la conspiración de silencio, señale la respuesta correcta:

- 1) Es fundamental apoyar la decisión de los familiares para evitar que el paciente sufra con información relativa a su proceso de enfermedad.
- 2) Es necesario ayudar a la familia a que valoren los pros y contras de su actitud.
- 3) El paciente se siente bien al desconocer su diagnóstico.
- 4) Todas las opciones son correctas.

Pregunta 18. R: 2

Es imprescindible ante la muerte una despedida tranquila y una aceptación de la pérdida. La conspiración del silencio impide esta despedida, produciendo posteriormente al éxitus problemas de duelo patológico.

19. Ante la agonía del enfermo, el equipo terapéutico debe:

- 1) Mantener todos los fármacos que el enfermo venía recibiendo para asegurarle una muerte digna.
- 2) Retirar los opioides potentes ya que en la agonía el dolor disminuye y podríamos poner al paciente en coma.
- 3) Dar instrucciones concretas acerca de fármacos a administrar, aparición de complicaciones, etc., ya que la aparición de estos problemas puede provocar fácilmente una crisis de claudicación emocional de la familia.
- 4) Mantener el uso de la vía oral hasta el final, ya que la vía parenteral trae aparejadas complicaciones.

Pregunta 19. R: 3

La claudicación, como su propio nombre indica, supone una rendición de la familia ante la enfermedad terminal y comporta un enorme sufrimiento individual y colectivo de la familia y para el enfermo que puede ser víctima de maniobras como ser llevado a las urgencias hospitalarias o forzar su ingreso. Esta crisis emocional familiar suele tener unos desencadenantes comunes, siendo los más frecuentes: la aparición de síntomas nuevos o el agravamiento de algunos preexistentes, las dudas sobre el tratamiento previo o su evolución, los sentimientos de pérdida, miedo, incertidumbre, el agotamiento del cuidador.

20. Cuando una persona está en la fase terminal de su vida, lo más útil es:

- 1) Aislarle del entorno para que nadie le moleste, necesita reflexionar en su fase espiritual.
- 2) Hacer que la familia no llore en su presencia, mantener la imagen de “no pasa nada”.
- 3) Utilizar a fondo las habilidades terapéuticas, especialmente técnicas de escucha activa.
- 4) Todas las anteriores son correctas.

Pregunta 20. R: 3

No sólo es importante la aplicación de las medidas terapéuticas farmacológicas sino que la comunicación con el paciente y la familia es básica para poder superar el momento de angustia que se está viviendo. Así la relación terapéutica instaurada entre la enfermera y la familia y el paciente lleva a la confianza mutua y a la facilitación de la expresión de los sentimientos.

21. Cuando el entorno que nos rodea no acepta el duelo de alguien, hablaremos de:

- 1) Duelo inhibido.
- 2) Duelo desautorizado.
- 3) Duelo retraído.
- 4) Duelo ausente.

R: 2

Es el caso de los viudos/as mayores a los que la familia, transcurridos unos meses del fallecimiento del cónyuge, la familia reprocha que sigan en duelo “porque la muerte de una persona mayor es algo normal”.

22. Influye la personalidad como factor en el manejo del duelo, porque:

- 1) Las personas con personalidad son capaces de evaluar la situación y buscar apoyo emocional.

- 2) Unas personas pueden sentir tanto las alegrías como las tristezas de forma muy intensa, mientras que otras tienen mayor contención.
- 3) Un nivel alto de confianza ayudará a no tener pensamientos fatalistas.
- 4) Se tienen más amigos.

R: 2

La personalidad influye de forma significativa también, puesto que hay personas que sienten las cosas, tanto las alegrías como las tristezas, de forma muy intensa, mientras que otras tienen mayor contención. De la misma manera, hay quienes tienen una mayor facilidad para profundizar en continuos pensamientos catastróficos, ahondando en la espiral de dolor y viviéndolo de una forma dramática. Al mismo tiempo, la confianza y la autoestima intervienen en la capacidad de manejo del duelo; un nivel alto de autoestima o confianza nos ayudará a no tener pensamientos autodestructivos, y a no estar a la espera de acontecimientos fatales; supone un factor más es la forma de afrontar los problemas. Muchas personas son capaces de evaluar la situación y buscar apoyo emocional, sin embargo, a las personas con un afrontamiento ineficaz hacia los problemas les va a resultar más difícil superar la pérdida, sobre todo por la falta de aceptación de que la continuación de la vida es la muerte.

7

23. El duelo se refleja en los niños:

- 1) Exactamente igual que en los adultos.
- 2) Imitando el estilo de elaboración del duelo de sus cuidadores.
- 3) Aislándose del entorno mediante fantasías.
- 4) No queriendo reconocer los hechos acaecidos.

R: 2

Las pérdidas más significativas son las de un miembro de su familia. En este caso el niño imita el estilo de elaboración del duelo de sus cuidadores. Hay veces que para protegerlos del daño se les oculta la información o se les aísla de los rituales generales, con lo que quedan aislados del resto de la familia, de cómo manejar el dolor, o de cómo afrontar el futuro con los cambios producidos.

La forma de manejar su duelo es dedicarle tiempo en intimidad, hablar del tema según su edad y aclarar sus dudas sobre la muerte, el funeral, los cambios, la tristeza. El cuidador debe estar preparado para acompañarlo en su emoción, sin tratar de consolarlo antes de que el niño haya elaborado todo el proceso.

Es básico que el cuidador sea capaz de hacer que el niño comprenda que la vida sigue, que eso no implica el olvido de la persona querida, pero que es imprescindible volver a la rutina y, sobre todo, el cuidador no debe descuidar las pautas habituales.

24. Los ancianos en el duelo:

- 1) Se les debe mantener aparte en el caso de una enfermedad terminal de un familiar por respeto.
- 2) Deben participar con toda la familia de las decisiones.
- 3) Se les tiene que mantener aparte porque la acumulación de pérdidas que sufren con el paso del tiempo les produce depresión.
- 4) Ellos prefieren no inmiscuirse en esos temas porque realizan un paralelismo entre ellos y la cercanía de la muerte.

R: 2

Un problema fundamental es la percepción que se suele tener acerca de que los ancianos serán incapaces de hacer frente a la muerte, y se les tiene que proteger de la información y de las emociones. Esto, habitualmente, conduce a que se sientan abatidos y sin apoyo de los miembros de la familia.

Un aspecto que sí puede ser causa de dificultades es la acumulación de pérdidas que sufren con el paso del tiempo, de amigos, hermanos, incluso hijos, y la reflexión sobre la muerte propia, que se hace más cercana a medida que la persona cumple años.

Es por ello que, el hecho de permitirles decidir sobre el futuro es fundamental, primero para que no se sientan acabados como individuos pues eso significaría para ellos una muerte social, ya que las manifestaciones de la muerte no sólo es la desaparición física del círculo familiar, sino también no tener ningún tipo de influencia en él, y estar condenados al ostracismo y, por último, para que el duelo lo realicen en compañía.

25.- El objetivo principal en el cuidado de un paciente terminal es:

- a) El bienestar del paciente y su calidad de vida
- b) Mejorar su percepción ante la muerte
- c) Prevenir ansiedad ante la muerte
- d) El control del dolor

Resultado: A

El objetivo primordial de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida posible para que estos enfermos vivan plenamente los últimos meses o días de su vida y puedan enfrentarse a la muerte en las mejores condiciones posibles. Se trata de conseguir una muerte sin dolor, sin dificultad respiratoria, sin sed, sin vómitos, sin agitación, junto a las personas queridas, con apoyo emocional y espiritual y en el propio domicilio si es posible.

26.- La iniciadora del movimiento Hospice y de la asistencia a pacientes en situación de terminalidad es:

- a) Derek Doyle
- b) E. Kübler-Ross
- c) Cicely Saunders
- d) Marjory Gordon

Resultado: C

Los cuidados paliativos, en su concepción actual, nacen a mediados de la década de los 60 cuando la Cicely Saunders funda en Londres el St. Christopher Hospice basándose en la siguiente filosofía:

- Morir es un fenómeno normal en la vida.
- Los síntomas que aparecen en la situación de enfermedad terminal pueden ser controlables, existen medios para evitar o disminuir los síntomas que aparecen en esta situación.
- La atención a estos enfermos debe ser individualizada e integral (modelo bio-psico-social), atendiendo a los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, siendo de capital importancia el apoyo a la familia incluso en la fase del duelo.
- Dicha atención, lógicamente, requiere la actuación de un equipo multidisciplinar formado por profesionales bien formados, motivados y con vocación.

27.- Uno de los síntomas que más dificultad provoca en los pacientes terminales es la boca seca, ¿Que sería aconsejable hacer para aumentar la salivación y así conseguir la humedad adecuada en la mucosa de la boca?

- a) Enjuagarse la boca con bicarbonato
- b) Darle pequeños sorbos de agua cada poco tiempo
- c) Facilitarle caramelos

d) Darle a chupar trocitos de piña

Resultado: D

Para aumentar la salivación y humidificar las mucosas:

- Dar fruta fría, chicles sin azúcar, caramelos ácidos de limón o cubitos de hielo.
- Masticar trocitos de piña enlatada (contiene ananasa, enzima proteolítica que limpia la boca. El azúcar que contiene no predispone la aparición de candidas).
- Enjuagar la boca con saliva artificial que puede tragarse. También existen para la boca seca preparados comerciales en forma de cremas, colutorios o sprays que están disponibles en las farmacias.
- Enjuagar con manzanilla (anestésico local) y limón (estimulante de la salivación). Se prepara un litro de manzanilla y el zumo de un limón. Éste no debe usarse si hay deshidratación, ya que al intentar estimular las glándulas salivares deshidratadas producirá más dolor y un efecto rebote de mayor sequedad.
- Mantener los labios hidratados con cacao. No usar vaselina si la boca está seca porque es hidrófoba y puede producir mayor sequedad.

28.- En el estreñimiento del paciente terminal la actuación de enfermería será:

- a) Facilitarle laxantes
- b) Facilitar privacidad ante demanda defecación
- c) Aumentar ingesta de fibra
- d) B y C son ciertas

Resultado: D

Medidas generales:

- Aumentar el contenido de fibra en la dieta aumentando el consumo de verduras y frutas sin pelar.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Obedecer lo más rápidamente posible al deseo de defecar, acostumbrando al intestino a evacuar a ser posible a una misma hora aprovechando la estimulación natural del reflejo gastro-cólico.
- Aumentar la actividad física, evitando el sedentarismo.
- Conseguir la máxima intimidad y relajación posible durante el acto de la defecación, que deberá realizarse utilizando todo el tiempo necesario y en una postura cómoda.
- Suprimir fármacos que no sean imprescindibles y que puedan ser causa de estreñimiento: diuréticos, antiácidos, sales de hierro.
- En caso de estreñimiento grave secundario al uso de opioides, intentar administrarlos por una vía que no sea la oral, con lo que disminuirá su intensidad. Así, por ejemplo, el uso de fentanilo por vía transdérmica, con potencial analgésico similar a la morfina, ha demostrado menor incidencia de estreñimiento que la morfina por vía oral.
- Compensar cualquier alteración hidroelectrolítica o metabólica que pueda ser la causante del estreñimiento.

29.- En la fase de agonía en un paciente terminal es característico:

- a) Deterioro físico y vital progresivo
- b) Un estado de ansiedad e hiperactividad
- c) Los estertores
- d) La agitación pre-mortem

Resultado: A

- Disminución del nivel de conciencia.

- Pérdida de tono muscular, debilidad extrema, incontinencia de esfínteres, encamamiento.
- Dolor.
- Enlentecimiento de la circulación, frialdad, pulso débil. Pueden aparecer úlceras cutáneas. Hipotensión, disnea, fases de apnea, oliguria, fiebre, sequedad de boca, disminución de la ingesta o total anulación de ésta.
- Náuseas, vómitos, respiración ruidosa, aumento de las secreciones bronquiales, y estertores.
- Angustia, miedo o crisis de pánico.
- Agitación psicomotriz.

30.- Entre las estrategias para afrontar la ansiedad en un paciente terminal está:

- a) Técnicas de relajación pasiva
- b) Pedirle que piense en otras cosas
- c) Que esté constantemente acompañado
- d) Habitación en penumbra y sin ruidos

Resultado: A

Los cuidados irán dirigidos a examinar con el paciente estrategias eficaces de afrontamiento y a prestarle apoyo psicológico.

- Valorar el nivel de ansiedad de la persona, en caso de necesidad (ataques de pánico), avisar al especialista.
- Hablar con la persona, ayudándole a expresar sus sentimientos. Escucha activa.
- Animarle a que haga preguntas sobre aquello que le preocupe.
- Proporcionar información, despejando sus dudas si el enfermo o desea. Permanecer junto al paciente siempre que nos o demande y sea posible.
- Enseñarle estrategias de afrontamiento de la ansiedad como técnicas de relajación pasiva, masajes, técnicas de pensamiento positivo guiado.
- Disminuir la estimulación sensorial (ruidos, luz, visitas, etc.).
- Evitar en lo posible la transmisión de la ansiedad a familiares y equipo terapéutico.
- Administración del tratamiento previsto en casos de ataques de pánico.

31.- En la atención de enfermería en el paciente terminal está:

- a) Apoyo psicológico para él y su familia
- b) Control de los síntomas
- c) Mejorar el confort
- d) Todas son correctas

Resultado: D

- Control adecuado de los síntomas
- Apoyo psicológico, emocional, social y espiritual al enfermo y a su familia
- Información y comunicación adecuadas.

32.- Según Elisabeth Kübler-Ross, ¿Cuántas etapas tiene el duelo?

- a) Negación, depresión y adaptación
- b) Negación, ira, depresión, pacto y aceptación
- c) Shock, negación y depresión
- d) Negación, ira y decaetaxis

Resultado: B

Son bien conocidas las etapas de adaptación descritas por la Dra. Kübler-Ross

- Shock
- Negación
- Ira o enfado
- Negociación
- Depresión
- Aceptación

33.- ¿Cuál es la vía para administración de medicamentos de uso preferencial en los pacientes terminales?

- a) Vía oral
- b) Vía subcutánea
- c) Vía intramuscular
- d) Vía intravenosa

Resultado: A

La vía de elección para la administración de los fármacos en los cuidados paliativos es la vía oral, a veces no es efectiva debido a los vómitos o náuseas, la disfagia, disminución del nivel de conciencia, etc. Después de la vía oral, utilizaremos como mejor indicada, la vía subcutánea.

34.- ¿Cuál no sería una medida adecuada para reducir el insomnio de los pacientes?

- a) Dejar que vea mucho tiempo la televisión hasta que se canse
- b) Mantener condiciones ambientales con confort adecuado
- c) Suprimir sustancias activadoras
- d) Procurar que haga algún tipo de ejercicio físico

Resultado: A

Los cuidados irán orientados a detectar y corregir los factores que influyen en la aparición del trastorno.

- Conocer el ritmo normal sueño/vigilia del paciente.
- Alentar al paciente a que mantenga horarios regulares para dormir y despertarse.
- Animar al enfermo a que efectúe ejercicio moderado y continuado durante el día si es posible.
- Evitar factores ambientales que interfieran en la conciliación del sueño (ruidos, iluminación excesiva, exceso o disminución de la temperatura ambiental).
- Evitar siestas prolongadas.
- Evitar la ingesta de bebidas estimulantes como té y café por la noche, Proporcionar alguna bebida caliente antes de dormir.
- Colocar al paciente en una postura cómoda si está encamado.
- Procurar no interrumpir el sueño con las tareas de enfermería.
- Administrar tratamiento farmacológico previsto en caso de insomnio.
- Utilizar medidas de seguridad como luces suaves de noche, barandillas, si el enfermo las demanda.
- Son eficaces, aunque algunas de ellas difíciles de aplicar por el equipo de enfermería en los hospitales, las siguientes técnicas: masajes, musicoterapia, reflexoterapia y relajación.
- Prestar apoyo psicológico al enfermo, facilitando la expresión verbal y no verbal de sus sentimientos, dudas y miedos acerca del proceso de su enfermedad.
- El temor y la soledad se exacerban por la noche. Permitir la presencia de algún familiar.

- Las pesadillas pueden impedir el sueño; el hablar de ellas, si el paciente lo desea, posibilita la expresión de sus temores para que pueda tranquilizarse.

35.- Uno de los siguientes es un efecto adverso de la morfina, ¿Cuál es?

- a) Disminución del PO₂
- b) Estreñimiento
- c) Agitación psicomotriz
- d) Úlceras bucales

Resultado: B

Estreñimiento por fármacos:

- Opioides
- Anticolinérgicos:
- Antidepresivos tricíclicos
- Antiespasmódicos: Buscapina o Escopolamina.
- Antiácidos a base de calcio y aluminio.
- Diuréticos.
- Anticonvulsivantes.
- Sales de hierro.

12

36.- Señalar cuál es un síntoma de duelo patológico:

- a) Llorar mucho y durante mucho tiempo
- b) Pérdida de apetito
- c) Disminución de actividades sociales
- d) Todos los son

Resultado: D

Si una persona muestra por lo menos tres de estos síntomas por más de seis meses entonces debe estar sufriendo un duelo patológico.

- Fuertes sentimientos de añoranza de la persona fallecida.
- Intenso sentimiento de soledad, aún cuando estamos acompañados.
- Fuertes sentimientos de amargura e ira relacionados a la muerte.
- Sentimiento de que la vida es vacía y que no tiene sentido sin la persona fallecida.
- Pensar demasiado en la persona fallecida interfiriendo en nuestras actividades y relaciones con los demás.
- Incredulidad ante la muerte o dificultad para aceptar la muerte.
- Sentirse en estado de shock, aturdimiento o emocionalmente adormecido.
- Dificultad para preocuparse por otras personas o para confiar en otros.
- Sentirse emocionalmente o físicamente muy activo a la hora de afrontar los recuerdos de la pérdida.
- Evitar a personas, lugares o cosas que traigan recuerdos del fallecido.
- Fuerte necesidad de tocar, ver, oler o escuchar cosas sobre el fallecido a fin de sentirse más cerca de él.

37.- Al proceso por el que la familia y allegados manifiestan su dolor por la pérdida de un ser querido, ¿Se le denomina?

- a) Duelo
- b) Dolo

- c) Luto
- d) Todos son ciertos

Resultado: A

Cuando acontece la muerte de un miembro enfermo, la familia entra en un periodo de duelo caracterizado por un estado psicológico de una tristeza muy intensa y de soledad. El aislamiento, la culpabilidad, la necesidad de ver el cuerpo del difunto, la búsqueda de informaciones médicas, el poner en duda los tratamientos dados por los profesionales, etc., son reacciones individuales frecuentemente observadas durante este periodo.

38.- Consideramos a un paciente en fase terminal, ¿Cuándo?

- a) Le quedan aproximadamente menos de 6 meses de vida
- b) Cuando un paciente ya no responde a los tratamientos conocidos
- c) Cuando un paciente tiene una enfermedad progresiva e incurable
- d) Todas son ciertas

Resultado: D

Criterios de enfermedad terminal son:

- Enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico.
- Aparición de síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, que requieren una gran demanda asistencial.
- Gran impacto emocional en el enfermo y en su familia.
- Muerte previsible a corto-medio plazo: pronóstico de vida generalmente inferior a 6 meses.

39.- Lo menos apropiado cuando, en la fase final, un paciente tiene estertores es:

- a) Aspiración endotraqueal
- b) Cambios posturales
- c) Administración de Escopolaminas
- d) Tranquilizar a la familia

Resultado: A

Se trata de una técnica traumática y que genera disconfort.

40.- En los pacientes terminales se permite el consumo de marihuana con carácter terapéutico, ¿qué vía de administración es la que se utiliza preferentemente?

- a) Intramuscular
- b) Intravenosa
- c) Oral
- d) Rectal

Resultado: C

Es la vía por excelencia para la administración de los medicamentos en CP, los principales fármacos pueden ser utilizados por esta vía. Las ventajas son: su bajo coste, el escaso número de complicaciones, su comodidad, permite la independencia del paciente, siendo la forma más fisiológica.

41.- Ante un paciente terminal con síntomas de impactación fecal, ¿qué pauta de cuidado de enfermería se recomienda?

- a) La administración de laxantes vía oral

- b) La suspensión de fármacos opiáceos
- c) La extracción manual del fecaloma
- d) Esperar, no es necesario hacer nada

Resultado: C

Impactación fecal: extracción manual del fecaloma y enema de limpieza.

42.- Si hablamos del paciente terminal, ¿en qué fase aparece la protesta que suele acompañarse de resentimiento?

- a) De negociación
- b) De depresión
- c) De negación
- d) De ira

Resultado: D

Ira o enfado: Dirigida hacia la familia, hacia uno mismo, hacia el equipo sanitario, hacia Dios, etc.

43.- Indique cual de entre las siguientes, no es una característica de la enfermedad terminal:

- a) Produce gran impacto emocional en el paciente y familia
- b) Enfermedad confirmada, avanzada e incurable
- c) Síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes
- d) Pronóstico de vida superior a 6 meses

Resultado: D

Criterios de enfermedad terminal son:

- Enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico.
- Aparición de síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, que requieren una gran demanda asistencial.
- Gran impacto emocional en el enfermo y en su familia.
- Muerte previsible a corto-medio plazo: pronóstico de vida generalmente inferior a 6 meses.

44.- La sociedad española de cuidados paliativos ha establecido una serie de criterios para definir al paciente terminal, ¿cuál es la respuesta correcta?

- a) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- b) Falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico
- c) Pronóstico de vida inferior a seis meses
- d) Todas son correctas

Resultado: D

Criterios de enfermedad terminal son:

- Enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico.
- Aparición de síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, que requieren una gran demanda asistencial.
- Gran impacto emocional en el enfermo y en su familia.
- Muerte previsible a corto-medio plazo: pronóstico de vida generalmente inferior a 6 meses.

45.- Una causa de estreñimiento en un enfermo terminal puede ser por:

- a) Un aumento de la ingesta
- b) Uso de opiáceos
- c) Ausencia de hemorroides
- d) Aumento de la ingesta de líquidos

Resultado: B

Estreñimiento por fármacos:

- Opioides
- Anticolinérgicos:
- Antidepresivos tricíclicos
- Antiespasmódicos: Buscapina o Escopolamina.
- Antiácidos a base de calcio y aluminio.
- Diuréticos.
- Anticonvulsivantes.
- Sales de hierro.

15

46.- Decimos que un tratamiento es paliativo cuando:

- a) Mejora el estado del paciente de forma espectacular
- b) Administramos ciertos medicamentos por vía parenteral
- c) Proporciona alivio a la enfermedad pero sin curarla
- d) Se lo administra el propio paciente en su casa

Resultado: C

El principal objetivo de las ciencias médicas ha sido y sigue siendo el de “curar” las enfermedades, devolver la salud al enfermo, aún a costa de técnicas y tratamientos agresivos e incluso arriesgados; pero cuando esto no es posible, debe producirse un cambio de actitud en todo el personal que atiende al enfermo, siendo entonces el objetivo “paliar” o “cuidar”, es decir, controlar los síntomas y dar un buen apoyo psicológico, social y espiritual al enfermo y a su familia con la finalidad de que muera sin sufrimiento y con dignidad, con la mayor calidad de vida posible; de esto se encargan los Cuidados Paliativos.

47.- Según la O.M.S., ¿cuáles de las siguientes finalidades no han de tener los cuidados paliativos?

- a) Controlar los síntomas
- b) Apoyar a la familia durante el proceso terminal y duelo
- c) Calmar el dolor
- d) Prolongar la vida

Resultado: D

«Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales»

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.

48.- El principal objetivo de los cuidados de enfermería a un enfermo terminal es:

- a) Mejorar la calidad de vida del paciente
- b) Prevenir las complicaciones
- c) Evaluar la respuesta al tratamiento
- d) Crear un clima de confianza entre el enfermo y el paciente

Resultado: A

El objetivo primordial de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida posible para que estos enfermos vivan plenamente los últimos meses o días de su vida y puedan enfrentarse a la muerte en las mejores condiciones posibles.

49.- Se considera enfermedad terminal a aquella:

- a) Que tiene un pronóstico de vida inferior a 8 meses
- b) Que tiene un pronóstico de vida inferior a 10 meses
- c) Que tiene un pronóstico de vida inferior a 6 meses
- d) Que tiene un pronóstico de vida inferior a 18 meses

Resultado: C

Muerte previsible a corto-medio plazo: pronóstico de vida generalmente inferior a 6 meses.

50.- La disminución gradual de la temperatura del cuerpo después de la muerte se denomina:

- a) Algor Mortis
- b) Rigor Mortis
- c) Livor Mortis
- d) Tigor Mortis

Resultado: A

El **algor mortis** (del latín *algor*, frío, y *mortis*, genitivo de muerte -"de la muerte"/"de muerte"-) es la reducción de la temperatura corporal tras la muerte del individuo.