

RESPUESTAS AL CURSO: ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON
TUMORES DIGESTIVOS: MÁS ALLÁ DEL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO DE MSD

1

Señale las posibles limitaciones que podrían encontrar los profesionales sanitarios y el paciente oncológico para que éste se mantenga físicamente activo.

a)

Escasa formación de los profesionales en este campo.

b)

Investigación deficiente en número y calidad.

c)

Pobre conocimiento de la posología de ejercicio recomendada.

d)

Escasos programas/unidades multidisciplinarios para la aplicación de ejercicio físico en el paciente oncológico dentro de las instituciones sanitarias.

e)

Todas son correctas.

Son muchas las razones que dificultan la práctica mantenida de ejercicio en el paciente oncológico. Estas causas se relacionan con el propio paciente, los profesionales sanitarios que los atienden, la evidencia científica y la dificultad inherente a la implementación de programas de ejercicio en estos pacientes.

2

Entre los mecanismos biológicos que relacionan el ejercicio con el cáncer ¿cuál de los siguientes es uno de ellos?

a)

Mioquinas como la oncostatina M y SPARC.

b)

ROS.

c)

Tensión arterial.

d)

Actividad de células NK.

e)

a, b y d son correctas.

Los mecanismos biológicos que explican los beneficios del ejercicio físico sobre el cáncer se relacionan con todas las señas de identidad del cáncer.

3

El soporte nutricional en el paciente oncológico

a)

Está indicado para aquellos pacientes desnutridos que no cubren el 50% de sus requerimientos durante 3 días.

b)

Se refiere a la nutrición enteral y/o parenteral.

c)

No incluye la dieta oral.

d)

También incluye la suplementación nutricional líquida.

e)

Está indicado siempre que un paciente no coma.

La suplementación nutricional líquida se refiere al soporte nutricional oral los cuales se pueden clasificar en: mixtos, especiales o específicos y modulares. Al mismo tiempo, pueden ser fórmulas completas o incompletas nutricionalmente.

4

La intervención nutricional:>

a)

Debe realizarse de forma escalonada: suplementación nutricional oral, consejo dietético y nutricional enteral.

b)

Tiene como objetivo el aumento de peso y la recuperación de parámetros analíticos.

c)

Incluye una valoración nutricional completa.

d)

Solo incluye la suplementación nutricional oral o la nutrición artificial.

e)

Con nutrición parenteral excluye siempre el resto de intervenciones nutricionales.

Una vez realizada una valoración nutricional completa se puede establecer el tipo de intervención y la duración adaptada a cada paciente y situación.

5

Dieta con bajo contenido de fibra:

a)

Debe indicarse en caso de riesgo de oclusión intestinal, ya sea por el tumor o por carcinomatosis.

b)

También está indicada en caso de diarrea.

c)

Excluye la fibra, las grasas y los lácteos.

d)

Incluye el pollo y carnes magras, pero no el cerdo.

e)

Siempre con leche sin lactosa.

La dieta con bajo contenido de fibra está indicada para pacientes con carcinomatosis peritoneal, tumores que provocan estenosis del tubo digestivo y/o pacientes con estenosis intestinal por otras causas. No tiene ninguna restricción respecto.

6

Respecto al cáncer gastro-intestinal de aparición temprana, (Señale la respuesta falsa):

a)

Es aquel diagnosticado en pacientes de hasta 50 años de edad.

b)

Se describe aumento en su incidencia en las últimas décadas.

c)

El aumento en la incidencia sería secundario principalmente a causas genéticas hereditarias.

d)

Aplica sobre todo al cáncer colorrectal, cáncer de páncreas y adenocarcinoma esófago-gástrico.

e)

El aumento de la incidencia se ha descrito en países desarrollados.

Todas las afirmaciones son ciertas excepto la **c**, dado que el aumento en la incidencia durante las últimas décadas de esta entidad, cáncer de aparición temprana, se atribuye a factores medioambientales y de estilo de vida.

7

¿Qué NO es un principio fundamental del *mindfulness*?

a)

Aceptación sin juicio.

b)

Conciencia del momento presente.

c)

Compasión hacia uno mismo.

d)

Analizar detalladamente los pensamientos.

e)

Reducción del estrés.

«En *mindfulness*, aprendemos que no somos nuestros pensamientos. Al observar nuestros pensamientos sin identificarnos con ellos, descubrimos que tenemos la libertad de elegir cuáles nos sirven y cuáles podemos dejar ir. Esta distinción nos empodera para responder de manera más consciente y menos reactiva ante los desafíos. La práctica regular de esta observación nos ayuda a desarrollar una mente más tranquila y enfocada.»

8

¿Qué parámetros se evalúan para hacer una valoración nutricional?

a)

El peso actual, la pérdida de peso y la ingesta dietética.

b)

Se tienen en cuenta medida antropométricas, exploración física y una historia dietética con valoración de la ingesta.

c)

Revisión de la historia clínica y dietética del paciente.

d)

Todas las respuestas son correctas.

e)

La valoración funcional y de la masa muscular.

Para la valoración nutricional no existe un único parámetro nutricional, se emplean diferentes parámetros: clínicos, bioquímicos, antropométricos y funcionales. Será necesario evaluar datos de historia clínica y dietética, situación psicosocial, exploración física, medidas antropométricas y valoración de la masa muscular y funcionalidad.

9

¿Cuál de los siguientes es un efecto común del cáncer y sus tratamientos en la vida social de los pacientes?

a)

Aumento de la actividad social.

b)

Retracción social.

c)

Mejora de las relaciones familiares.

d)

Incremento de la actividad laboral.

e)

No tiene impacto en la vida social.

Habitualmente el cáncer empeora la calidad de vida, limita o anula la capacidad laboral y dificulta y reduce las relaciones sociales y familiares. La retracción social se produce tanto por las alteraciones físicas como anímicas, así como por algunas secuelas de los tratamientos que dificultan las funciones corporales.

10

La desnutrición en el paciente con cáncer CCR:

a)

No existe al diagnóstico, suelen desnutrirse a medida que avanza el tratamiento.

b)

Se detecta con el cribado. Si es positivo, se pueden indicar ya los suplementos nutricionales.

c)

Se evalúa a partir de una valoración nutricional completa y debe constar el diagnóstico nutricional.

d)

No es necesario tener un diagnóstico nutricional siempre y cuando haya soporte nutricional si es preciso.

e)

Debe tratarse siempre con soporte nutricional artificial.

La desnutrición debe ser evaluada a partir de una valoración nutricional y debe estar indicado el diagnóstico nutricional previo al inicio de cualquier intervención.

11

¿En qué se basa la intervención nutricional para un paciente con necesidades nutricionales especiales?

a)

En el estado nutricional del paciente y en su capacidad de cubrir sus requerimientos nutricionales.

b)

En la edad del paciente y en su género.

c)

En el tipo de enfermedad que padece el paciente.

d)

En la opinión del médico que atiende al paciente, ya que se basa en los antecedentes patológicos del paciente.

e)

El estado nutricional del paciente, los objetivos del tratamiento, el funcionalismo del tubo digestivo y la capacidad para cubrir las necesidades nutricionales.

La intervención nutricional se fundamenta en una evaluación integral que considera: El estado nutricional del paciente: Se determina si presenta un estado nutricional adecuado, desnutrición moderada o desnutrición grave. Los objetivos del tratamiento: Se establece si el objetivo es curativo o paliativo, considerando la condición y el pronóstico del paciente. El funcionalismo del tubo digestivo y la capacidad para cubrir las necesidades nutricionales: Se evalúa la capacidad del paciente para absorber y digerir los nutrientes por vía oral, determinando si requiere soporte nutricional adicional.

12

¿Cuál de los siguientes NO es un beneficio asociado con *mindful eating*?

a)

Mejora de la digestión.

b)

Mayor disfrute de los alimentos.

c)

Aumento de la conciencia sobre los hábitos alimenticios.

d)

Pérdida de peso significativa y rápida.

e)

Ninguna respuesta es correcta.

“*Mindful eating* o alimentación consciente no es una terapia de adelgazamiento, es una práctica de alimentación consciente que ayuda a controlar el peso y escoger alimentos saludables”.

13

Respecto al adenocarcinoma esófago-gástrico, (Señale la respuesta falsa):

a)

Los factores de riesgo y alteraciones oncogénicas son similares entre el adenocarcinoma de esófago distal, el de la unión gastro-esofágica y el cáncer gástrico.

b)

La infección por *Helicobacter pylori* podría ejercer cierto efecto protector en el caso del adenocarcinoma de esófago distal.

c)

La obesidad y el reflujo gastro-esofágico son factores de riesgo principalmente del cáncer de esófago y del cáncer de la unión gastro-esofágica.

d)

El consumo excesivo de alcohol es factor de riesgo del adenocarcinoma esófago-gástrico y también del carcinoma escamoso de esófago.

e)

Los factores de riesgo del adenocarcinoma gástrico no incluyen el consumo excesivo de alcohol.

Todas las respuestas son correctas excepto la última, dado que el consumo excesivo de alcohol sigue siendo factor de riesgo tanto para el cáncer de esófago (histología escamosa y adenocarcinoma), como para los tumores gástricos, cardiales y distales.

14

¿Qué es FALSO sobre los estudios NEOCOPING y NEOETIC en pacientes oncológicos?

a)

Están realizados en el ámbito español.

b)

Investigan el malestar psicológico, la toma de decisiones y el afrontamiento de la enfermedad.

c)

NEOCOPING incluyó pacientes con enfermedad resecada candidatos a tratamiento adyuvante.

d)

NEOETIC incluyó pacientes con enfermedad avanzada candidatos a tratamiento sistémico.

e)

Entre ambos estudios no llegan a los 500 pacientes.

Los estudios NEOCOPING y NEOETIC incluyeron más de 2000 pacientes de 21 hospitales españoles para investigar, entre otros objetivos, el malestar psicológico, la toma de decisiones y el afrontamiento de la enfermedad. NEOCOPING incluyó pacientes con enfermedad resecada candidatos a tratamiento adyuvante. NEOETIC incluyó pacientes con enfermedad avanzada candidatos a tratamiento sistémico. Por el número de pacientes y de centros participantes, la cantidad de escalas aplicadas, el interés de los resultados y el número de publicaciones, suponen un hito en el estudio de factores psicosociales en pacientes oncológicos españoles.

15

Los pacientes con tumores digestivos pueden ver deteriorada su calidad de vida, ¿qué no cabría esperar del ejercicio físico en estos pacientes?

a)

Su realización puede estar comprometida como consecuencia de ciertos efectos adversos derivados de los tratamientos oncológicos.

b)

El ejercicio físico podría disminuir la aparición de sarcopenia.

c)

La fatiga relacionada con el cáncer aumenta con el ejercicio físico regular.

d)

Existe una tendencia a la reducción de la ansiedad, depresión e insomnio cuando realizan ejercicio físico.

e)

a, b y d son ciertas.

La astenia o fatiga relacionada con el cáncer es una situación muy frecuente en los pacientes con tumores digestivos. Se deriva de la propia enfermedad oncológica y de las toxicidades secundarias a los tratamientos. En varias revisiones sistemáticas, la práctica de ejercicio físico regular se relaciona con una disminución de la fatiga en pacientes con tumores digestivos.

16

El tratamiento en los pacientes con fístulas intestinales dependerá de:

a)

La ubicación, el tamaño y la gravedad de la fístula, pero el hecho de que el paciente se encuentre desnutrido o normonutrido no modifica la estrategia nutricional a seguir.

b)

La ubicación y el tamaño, pero el débito no influye ya que está directamente relacionado con el peso del paciente.

c)

La ubicación y la condición general del paciente.

d)

La ubicación, el tamaño y la gravedad de la fístula, así como la condición general del paciente.

e)

La condición general del paciente y la estabilidad ponderal son los principales factores a tener en cuenta. El débito de la fistula no está influenciado por la ingesta oral.

En las fístulas intestinales es muy importante conocer la ubicación para adaptar el tratamiento a seguir y valorar la indicación de la vía oral o necesidad de instauración de NPT o sonda nasoyeyunal si es posible saltarse el tramo fistuloso. El débito de la fístula junto con la gravedad nos indicara tanto el tratamiento nutricional inicial como la modificación del soporte nutricional y la dieta oral. Y finalmente, si el paciente esta desnutrido el soporte nutricional se intensificara instaurando nutrición parenteral aunque no fuera el tratamiento de elección inicial.

17

¿Cuál es el objetivo principal de la práctica de *mindfulness*?

a)

Alcanzar la iluminación espiritual.

b)

Mejorar la memoria a largo plazo.

c)

Prestar atención al momento presente sin juzgar.

d)

Evitar cualquier tipo de emoción negativa.

e)

Aumentar la productividad laboral.

En la vida diaria, a menudo estamos tan ocupados planificando el futuro o reflexionando sobre el pasado que olvidamos vivir el momento presente. *Mindfulness* nos invita a detenernos y prestar atención al aquí y ahora sin juzgar. Al enfocarnos en nuestras sensaciones, pensamientos y emociones actuales, podemos experimentar una mayor claridad y disfrute en nuestras actividades cotidianas.

18

¿Qué rasgos de personalidad pueden influir positivamente en el bienestar psicológico durante el tratamiento del cáncer?

a)

Ansiedad y pesimismo.

b)

Resiliencia y optimismo.

c)

Desinterés y apatía.

d)

Melancolía y tristeza.

e)

Inseguridad y miedo.

La personalidad insegura, ansiosa, pesimista o poco luchadora influye negativamente en el distrés psicológico del paciente con cáncer.

19

La desnutrición:

a)

Está asociada a peores resultados clínicos.

b)

Es más elevada en pacientes ambulatorios que en hospitalizados.

c)

Tiene un impacto económico importante.

d)

Está causada por la baja ingesta.

e)

Se presenta de forma repentina y debemos actuar con rapidez.

Según el estudio PREDYCES (el subgrupo de pacientes con cáncer), se estima que el coste de un paciente hospitalizado con desnutrición son 2500 euros más que el mismo paciente sin desnutrición.

20

¿Cuál de los siguientes factores familiares puede empeorar el distrés psicológico en pacientes con cáncer?

a)

Familia bien estructurada.

b)

Responsabilidad principal en el cuidado de niños, ancianos o enfermos.

c)

Apoyo emocional de una familia cohesionada.

d)

Buena comunicación en la familia.

e)

Situación económica desahogada.

Los pacientes que son cuidadores principales, dentro de su familia, de niños, ancianos o enfermos, presentan mayor distrés psicológico.

21

¿Es importante que la suplementación con vitamina B12 después de una gastrectomía total sea intramuscular?

a)

Sí, es fundamental ya que no disponemos del factor intrínseco.

b)

Solo para aquellos pacientes que sigan una dieta vegana.

c)

Es recomendable, pero no imprescindible, si sigue una dieta rica en vitamina B12 y toma suplementos de algas ricas en vitamina B12.

d)

Solo en algunos casos específicos, según las características del paciente, es importante monitorizar al paciente y realizar una analítica mensual.

e)

No, los suplementos de cianocobalamina (vitamina B12) también se pueden tomar en formato pastilla, aunque poscirugía la dosis recomendada será ligeramente mayor.

Después de una gastrectomía total, el cuerpo no puede absorber la vitamina B12 de los alimentos. Esto se debe a que la gastrectomía elimina las células parietales del estómago, que son las responsables de producir el factor intrínseco, una proteína necesaria para la absorción de la vitamina B12. Por lo tanto, la suplementación con vitamina B12 es fundamental para todos los pacientes que se han sometido a una gastrectomía total. La dosis recomendada de vitamina B12 es de 1000 mcg por vía intramuscular o subcutánea una vez al mes, aunque en algunos casos puede ser administrada con mayor frecuencia al inicio del tratamiento para corregir la deficiencia.

22

El tratamiento inicial en la ileostomía de alto débito (IAD) se basa en:

a)

Dieta baja en fibra sin necesidad de limitar el aporte de grasas junto a la hidratación mínima de 2l/d de agua, zumos no cítricos o bebidas isotónicas junto con el tratamiento farmacológico.

b)

Dieta con bajo contenido de fibra estricta fraccionada asegurando la masticación, hidratación mediante suero oral fuera de las comidas junto el tratamiento farmacológico.

c)

Iniciar con el tratamiento farmacológico (inhibidores de la bomba de protones junto a la loperamida). Si no mejora con el tratamiento iniciar modificaciones dietéticas.

d)

Dieta con bajo contenido de fibra estricta realizando restricción de la frecuencia de las ingestas para disminuir el débito y asegurar una adecuada hidratación mediante un mínimo de 2l/d de agua junto el tratamiento farmacológico.

e)

Dieta astringente.

La dieta con bajo contenido de fibra estricta, que a su vez es baja en grasas y lactosa evitando la hidratación junto las comidas produce una menor estimulación intestinal ayudando a disminuir las pérdidas. Por la ileostomía no solo se pierden heces y agua, sino que también se pierden minerales como el sodio y el potasio. Es por ello, que el suero de rehidratación oral es el líquido de elección ya que compensa la pérdida de minerales y al aportar glucosa aumenta la reabsorción de agua.

23

¿Qué es *mindful eating*?

a)

Una dieta estricta para perder peso.

b)

Comer solo alimentos saludables.

c)

La práctica de prestar atención plena al acto de comer y a las sensaciones del cuerpo.

d)

Contar calorías meticulosamente.

e)

Comer en silencio y en soledad.

Mindful eating o alimentación consciente es una práctica que implica prestar atención plena al acto de comer, observando con detalle las experiencias sensoriales y las señales internas del cuerpo sin juzgar.

24

La caquexia cancerosa (*Señale la respuesta falsa*):

a)

Es propia de pacientes en estado terminal o que no responden al tratamiento oncológico.

b)

Es un síndrome multifactorial y multiorgánico.

c)

Provoca una pérdida de peso involuntaria.

d)

Es un trastorno metabólico complejo.

e)

No tiene un único tratamiento.

La caquexia cancerosa tiene tres fases: precaquexia, caquexia y caquexia refractaria. Es esta última fase donde se produce un deterioro clínico rápido y la atención nutricional se centra únicamente en reducir los síntomas y paliar la angustia del paciente en cuanto a su alimentación.

25

Señale la verdadera:

a)

La mutación de BRCA2 es el factor hereditario más frecuente en cáncer de páncreas.

b)

La incidencia del cáncer de páncreas ha descendido en las últimas décadas.

c)

El tabaco es un factor de riesgo modificable.

d)

África es uno de los lugares de mayor incidencia a nivel mundial.

e)

a y c son ciertas.

Aunque el 90% de los cánceres de páncreas presentan mutación en el gen KRAS, a nivel hereditario la causa más frecuente es la mutación a nivel del gen BRCA 2. Por otro lado, su incidencia a nivel global está aumentando considerablemente en las últimas décadas, sobre todo en países desarrollados. El tabaco sigue siendo el principal factor de riesgo asociado.

26

Los tumores de vías biliares incluyen todas las siguientes características excepto una:

a)

Son tumores poco frecuentes.

b)

Incluyen el colangiocarcinoma intra y extrahepático, el cáncer de vesícula biliar y el ampuloma.

c)

Los tumores de vías biliares son entidades muy homogéneas desde el punto de vista molecular y comparten las mismas alteraciones génicas.

d)

El colangiocarcinoma representa el 3% de todas las neoplasias digestivas.

e)

Existen diferencias a nivel molecular entre el colangiocarcinoma intrahepático y el colangiocarcinoma extrahepático, con implicaciones terapéuticas relevantes a día de hoy tras la aprobación de fármacos dirigidos.

Tal como se explica en el capítulo 1, los tumores de vías biliares abarcan diferentes entidades tanto desde el punto de vista de localización tumoral como a nivel molecular, con características diferenciales bien descritas. Por ello, el abordaje terapéutico de cada uno de los tumores de vías biliares es diferente.

27

En cuanto a la inmunidad y su relación con el ejercicio físico:

a)

Los niveles de marcadores inflamatorios (ej. IL6, PCR) están disminuidos en individuos obesos y sedentarios.

b)

La inflamación crónica es un factor de riesgo de desarrollo de cáncer.

c)

Todas las prostaglandinas se han puesto en relación con el potencial metastásico en varios tumores.

d)

Las células NK no son sensibles a la práctica de ejercicio físico.

e)

El lactato puede entorpecer la migración de los LT CD8+ a los órganos diana.

La inflamación crónica se ha puesto en relación con el desarrollo de tumores por lo que un incremento de la adiposidad y otras situaciones en las que se produce un estatus proinflamatorio son factores de riesgo para desarrollar cáncer.

28

¿Qué afirmación entre las siguientes no aplica al cáncer colorrectal?

a)

Representa el 2º tumor más frecuente en ambos sexos, en España.

b)

Es más frecuente en mujeres que en hombres.

c)

Representa la 2ª causa de mortalidad por cáncer en España.

d)

La prevención primaria es la mejor estrategia para evitar el cáncer colorrectal.

e)

Entre el 1.5-3% de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal desarrollan un 2º tumor primario metacrónico durante los 5 primeros años tras la cirugía.

Todas las afirmaciones son ciertas excepto la 2. El cáncer colorrectal es más frecuente en hombres, y es el 2º cáncer más frecuente tanto en hombres como en mujeres.

29

¿Es recomendable consumir muchas ensaladas y vegetales integrales en los meses posteriores de una duodenopancreatectomía cefálica para prevenir la insuficiencia pancreática endocrina y la diabetes?

a)

Sí, es muy recomendable ya que aportan fibra y micronutrientes que favorecen la salud digestiva y el control glucémico.

b)

Si, en caso de que el paciente sea diabético previo a la cirugía.

c)

Es recomendable, pero no imprescindible, si se complementa con suplementos vitamínicos.

d)

Solo en algunos casos específicos, según las características del paciente.

e)

No es recomendable, ya que pueden causar malestar digestivo y saciedad precoz.

La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es una cirugía mayor que implica la extirpación de la cabeza del páncreas, el duodeno y parte del estómago. Esta cirugía puede tener un impacto significativo en la función pancreática, tanto exocrina como endocrina, y también puede afectar la digestión y la sensación de saciedad provocando pérdida de peso.

30

¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

a)

El número de nuevos diagnósticos de cáncer está disminuyendo.

b)

Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en el año 2024 serán los de colon y recto.

c)

El sedentarismo se encuentra entre los factores evitables más comunes que se relacionan con el desarrollo y la mortalidad por cáncer.

d)

Más de $\frac{1}{4}$ de la población adulta a nivel mundial no cumple con las recomendaciones de actividad física emitidas por la OMS.

e)

Los pacientes oncológicos pueden presentar falta de confianza o motivación para realizar ejercicio físico.

De acuerdo con los datos de REDECAN el número de diagnósticos de cáncer está incrementándose de forma progresiva en los últimos años por varias razones entre las que se encuentran el incremento de la población, el envejecimiento de la misma, los hábitos de vida desfavorables, la contaminación ambiental y las técnicas de detección precoz en determinados tumores.