

1

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.

2

¿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.

3

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 fístula 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.

4

¿Por qué un paciente no tolera un desayuno a base de dulces después de una cirugía de esófago?

a)

Los dulces pueden causar síndrome del vaciado lento.

b)

Los azúcares simples pueden provocar el síndrome del vaciado rápido.

c)

Los dulces pueden interferir con la absorción de otros medicamentos que el paciente esté tomando.

d)

El paciente puede tener una intolerancia a la fructosa o a otros azúcares, lo que provoca molestias digestivas.

e)

El esófago operado tiene una capacidad reducida y los alimentos azucarados son más difíciles de digerir y pueden provocar saciedad precoz.

El síndrome de vaciamiento rápido, también conocido como dumping gástrico, es una condición que puede ocurrir después de ciertas cirugías digestivas. En esta condición, los alimentos, especialmente los azúcares simples, pasan del estómago al intestino delgado a un ritmo acelerado, lo que puede provocar una serie de síntomas desagradables.

5

El soporte nutricional en el CCR:

a)

Depende de la localización tumoral y el estadio/afectación.

b)

Depende de la valoración nutricional del paciente.

c)

También puede incluir consejo dietético.

d)

La a) y b) son correctas.

e)

Todas son correctas.

El soporte nutricional en el CCR, al igual que otras localizaciones tumorales, depende de la localización del tumor, pero también de la afectación y el estadio, del tratamiento que realice, de la situación clínica y nutricional del paciente, entre otros. Es importante destacar que el soporte nutricional engloba el consejo dietético, y adaptación de la dieta, suplementación nutricional oral, nutrición enteral y parenteral.

6

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.

7

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.

8

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.

9

¿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.

10

¿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.

11

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.

12

¿Qué término se utiliza últimamente para describir el impacto económico negativo del cáncer en los pacientes y sus familias?

a)

Ruina financiera.

b)

Crisis económica.

c)

Toxicidad financiera o “financial toxicity”.

d)

Déficit económico.

e)

Falta de ingresos.

Más de la mitad de las personas diagnosticadas de cáncer en los países desarrollados, y una proporción mucho mayor en países con menos recursos, afrontan cargas económicas personales relacionadas con la enfermedad y su tratamiento, cargas que contribuyen al impacto negativo psicosocial del cáncer. Este problema es conocido como «toxicidad financiera» o «financial toxicity».

13

¿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.

14

¿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.

15

¿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.

16

¿Cuál de los siguientes NO es un beneficio demostrado de la práctica regular de *mindfulness*?

a)

Reducción del estrés.

b)

Mejora de la concentración.

c)

Incremento de la creatividad.

d)

Mejor gestión emocional.

e)

Aumento significativo de la memoria a largo plazo.

“Algunos estudios sugieren que, aunque *mindfulness* puede mejorar la atención y la memoria a corto plazo, no necesariamente se traduce en mejoras en la memoria a largo plazo. La neurociencia cognitiva indica que la memoria a largo plazo depende de múltiples factores complejos, como el sueño, la repetición y el uso de estrategias de memorización, que no están directamente influenciados por la práctica de *mindfulness*”.

17

¿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.

18

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.

19

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.

20

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.

21

¿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”.

22

¿Qué efecto tiene la falta de acceso a servicios de apoyo psicosocial en pacientes con cáncer?

a)

Mejora su capacidad para manejar los desafíos emocionales.

b)

No afecta significativamente su bienestar.

c)

Deja a los pacientes sin el apoyo necesario para manejar los desafíos emocionales y prácticos del cáncer.

d)

Reduce el estrés y la ansiedad del paciente.

e)

Aumenta su independencia y fortaleza emocional.

El soporte psicosocial ha demostrado ser beneficioso para el paciente oncológico, tanto por la mejoría de la calidad de vida y bienestar emocional como por la mejoría de los resultados en salud. La falta del mismo lo deja sin el apoyo psicosocial necesario para afrontar mejor la enfermedad.

23

¿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 reseca 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.

24

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.

25

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.

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

Un paciente diagnosticado de un hepatocarcinoma presenta ascitis y edemas en las piernas. ¿Cuál de las siguientes preguntas es la más adecuada para evaluar el cumplimiento del paciente con las recomendaciones médicas?

a)

¿Ha observado cambios en el color de la orina?

b)

¿Ha dejado de añadir sal a sus comidas?

c)

¿Ha reducido su consumo de sal y ha controlado el volumen de los líquidos al final del día?

d)

¿Ha eliminado la sal de mesa y la sal oculta en los alimentos y ha controlado el volumen de los líquidos ingeridos al final del día?

e)

¿Se pesa diariamente para controlar el aumento de líquido?

El manejo de la ascitis se basa en dos pilares fundamentales: la restricción de sodio y la administración de diuréticos. La restricción de sodio es crucial para reducir la retención de líquidos y prevenir la acumulación de líquido en el abdomen. La ingesta excesiva de sodio puede empeorar la ascitis y dificultar el control de la enfermedad. El consumo de sal oculta puede contribuir significativamente al aumento de la sal en la dieta. Si bien la restricción de líquidos no es tan común como la restricción de sodio, en algunos casos, el equipo médico puede recomendar limitar la ingesta de líquidos totales a una cantidad específica por día.

28

¿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.

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.

¿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.