

TEST DE ACREDITACIÓN

Para obtener la acreditación correspondiente usted deberá obtener al menos un 70% de este test evaluación.

Al finalizar el examen tendrá acceso a su puntuación y a la corrección del test.

Una vez superado el test de evaluación usted podrá descargar su certificado, pasadas de 24 a 48 horas, desde el apartado de "Mis certificados" (una vez recibidos los créditos)

El presente test está orientado a la certificación de este material formativo, solo existe una oportunidad para superarlo.

Compruebe si sus respuestas son las definitivas antes de finalizar el mismo.

1 ¿Qué diferencia un tumor superficial de vejiga de un tumor músculo-invasivo?

- La infiltración de la grasa perivesical.
- La infiltración de la capa muscular.**
- La presencia de ganglios linfáticos locorreionales afectos.
- La infiltración de la mucosa.
- La aparición de metástasis a distancia.

Hablamos de tumor vesical superficial cuando afecta solo a la mucosa y submucosa; y de tumor músculo invasivo cuando afecta a la capa muscular de la vejiga, al músculo detrusor.

2 ¿Cuál es la presentación clínica más frecuente de los tumores vesicales?

- Hematuria como único síntoma.**
- Hematuria y febrícula.
- Hematuria y dolor en fosa renal.
- Hematuria y disuria.
- Hematuria, disuria y dolor en fosa renal.

La hematuria como síntomas único es la presentación más frecuente de un tumor vesical. La hematuria y febrícula puede estar en relación con una infección; la hematuria y dolor en fosa renal con un cólico nefrítico; la hematuria y disuria con una infección del tracto urinario inferior y la hematuria, disuria y dolor en fosa renal con un cólico nefrítico.

3 ¿Cuál es el tratamiento estándar en un tumor superficial de vejiga?

- Cistectomía + linfadenectomía + ureterostomía.
- Quimioterapia / inmunoterapia.
- Quimioterapia neoadyuvante + cistectomía con linfadenectomía y ureterostomía.
- Resección transuretral de vejiga (RTUv).
- Resección transuretral de vejiga (RTUv) + instilaciones intravesicales adyuvantes si precisa.**

El tratamiento estándar en un tumor vesical superficial es la RTUv junto a instilaciones intravesicales adyuvantes según el riesgo. La cistectomía es el tratamiento de los tumores músculo invasivos y la quimioterapia /inmunoterapia de los tumores metastásicos.

4 La toxicidad provocada por la radioterapia depende de factores como:

- Área anatómica a tratar.
- Dosis acumulada y por fracción.
- Tratamientos recibidos: QT-Cirugía.
- Proximidad de tejidos y órganos sensibles.
- Todas las anteriores.**

La toxicidad es el daño que la radiación puede causar a los tejidos cercanos al tumor, la gravedad o la intensidad de estos dependen de factores como: área anatómica a tratar, dosis acumulada, dosis por fracción, proximidad de tejidos y órganos sensibles, y tratamientos recibidos; Qt-Cx.

5 Entre las toxicidades agudas genitourinarias del tratamiento de radioterapia para el cáncer de próstata se encuentran todas las opciones menos una. Señale la respuesta incorrecta.

- Aumento de la frecuencia urinaria.
- Disuria.
- Urgencia miccional.
- Pérdida de la libido.**
- Hematuria.

Entre los síntomas agudos genitourinarios del tratamiento de radioterapia para el cáncer de próstata se encuentran: aumento de la frecuencia urinaria, disuria, urgencia miccional, hematuria, incontinencia urinaria, nicturia, retención urinaria temporal, incontinencia urinaria, infecciones urinarias. La pérdida de la libido corresponde a las toxicidades agudas que hacen referencia a síntomas sexuales.

6 Las principales toxicidades tardías en el tratamiento con hormonoterapia para el cáncer de próstata se encuentran:

- Riesgo de osteoporosis y caídas.
- Disminución de la masa muscular.
- Hiperbilirrubinemia.
- Opciones a y b.**
- Todas las anteriores.

Las principales toxicidades tardías en el tratamiento con hormonoterapia en el cáncer de próstata se encuentran: riesgo de osteoporosis y caídas, disminución de la masa muscular. La opción 3 hiperbilirrubinemia hace referencia a las alteraciones hepáticas agudas producidas por este tipo de tratamiento.

7 Dentro de los factores de riesgo para desarrollar un cáncer de riñón, señale la opción incorrecta:

- Consumo de tabaco.
- Hipertensión.
- Edad joven.**
- Obesidad.
- Ser portador de una mutación que predispone a cáncer de riñón.

Uno de los principales factores de riesgo no modificables es la edad, a mayor edad mayor riesgo de cáncer renal. El resto de las opciones se consideran factores de riesgo para desarrollar cáncer renal.

8 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto al cáncer de células renales?

- La triada característica es: dolor en flanco, infección de orina recurrente, masa abdominal.**
- Para el diagnóstico es imprescindible tener una muestra del tumor.
- Los pacientes con cáncer renal avanzado también pueden presentar fiebre o pérdida de peso.
- En aquellos pacientes con tumor localizado el tratamiento estándar es la cirugía.
- El tumor renal más frecuente es el de células claras.

La triada característica es: Dolor en flanco, hematuria y masa abdominal. De todos modos, recuerda que no se tratan de síntomas patognomónicos de cáncer renal, y pueden estar presentes en otros tumores y/o enfermedades. El resto de las respuestas son correctas.

9 Con respecto al tratamiento médico en enfermedad renal avanzada y/o metastásica, ¿cuál de las siguientes es correcta?

- Es independiente de los factores pronósticos.
- En los de intermedio-mal pronóstico el tratamiento es el sunitinib.
- En los de buen pronóstico el tratamiento actualmente en España es un inhibidor tirosina-kinasa.**
- El nivolumab junto con ipilimumab se administra de forma oral.
- Al sunitinib también se le conoce como inmunoterapia.

En la actualidad de cara a plantear la mejor opción terapéutica tenemos en cuenta los grupos pronósticos de IMDC. En aquellos de buen pronóstico la opción terapéutica aprobada es un inhibidor tirosina kinasa como puede ser el Sunitinib (medicación oral), mientras que en los de intermedio-mal pronóstico la opción aprobada es la combinación de nivolumab e ipilimumab (comúnmente conocida como inmunoterapia y de administración intravenosa).

10 Hablando de signos de alarma tras recibir quimioterapia, señale la incorrecta:

- Vómitos o diarrea importantes y persistentes que no ceden con el tratamiento médico.
- Mucositis que le impida ingerir alimentos blandos o incluso líquidos.
- Hormigueo en manos y pies.**
- Aparición de hematomas y/o hemorragias sin traumatismo previo o traumatismo mínimo.
- Fiebre por encima de 38°C.

El hormigueo en manos y pies puede ocurrir con algunos fármacos concretos, pero no hay que alarmarse ni acudir a urgencias. Se puede tratar en la siguiente consulta con el equipo oncológico. Sin embargo, respecto al resto de signos o síntomas los pacientes deben saber que se tratan de signos de alarma que deben comunicar de inmediato a los profesionales que les atienden.

11 ¿Cuál de las siguientes toxicidades inmunomediadas es poco frecuente pero potencialmente grave?

- Toxicidad dermatológica.
- Toxicidad pulmonar.**
- Toxicidad reumatológica.
- Toxicidad endocrina.
- Toxicidad digestiva.

La toxicidad pulmonar inmunomediada aparece en forma de neumonitis y; aunque es poco frecuente, es potencialmente grave. Los pacientes deben conocer sus signos y síntomas y los circuitos establecidos para notificarla, diagnosticarla y tratarla lo antes posible.

12 Los pacientes tratados con inmunoterapia oncológica deben acudir a urgencias si, señale la correcta:

- Aumentan las deposiciones en 4 por encima de su ritmo intestinal normal o si se acompañan de fiebre o moco.
- Presentan dificultad para respirar, tos persistente o disminución de la saturación.
- Tienen palpitaciones, taquicardia o dolor en el pecho.
- Ampollas en boca o recto.
- Todas son correctas.**

Las toxicidades inmunomediadas graves, en forma de colitis, neumonitis o miocarditis deben ser diagnosticadas y gradadas lo antes posible para establecer una pauta de tratamiento con corticosteroides orales o intravenosos de forma urgente y, si no se obtiene respuesta en 48-72h se utilizarán inmunosupresores en escalada según las guías clínicas o el protocolo de cada hospital.

13 ¿Qué tipo de información hay que trasladar al paciente?

- Información detallada y extensa, que el paciente tenga muchos datos de su proceso de enfermedad.
- Información general, sin entrar en detalles.
- Información técnica, cuantos más tecnicismos más objetiva es la información.
- Información escueta, precisa y comprensible para el paciente.**
- No hay que trasladar ninguna información al paciente para protegerle.

Hay que trasladar información escueta, precisa y comprensible para el paciente, sin mentir u omitir información relevante para protegerle del malestar. No se trata de que el paciente esté muy informado, sino bien informado. Cuidado con los tecnicismos, el paciente puede no entender la información. Enfatizar lo más relevante.

14 ¿Cuál de los siguientes es un derecho que tiene el paciente?

- El derecho a decidir.
- El derecho a no decidir.
- El derecho a saber, a estar informado.
- El derecho a no saber, a evitar la información.
- Todos los anteriores son correctos.**

En términos generales, el paciente tiene derecho a saber, a no saber y a decidir todo lo relativo a su salud. La Ley de Autonomía del paciente, garantiza el derecho de los pacientes a la información sanitaria y al respeto de su voluntad en decisiones relativas a su salud. Propone considerar las preferencias del paciente en aquellos temas de salud referentes a su persona, involucrarle en las decisiones y tomar una participación más activa en el proceso de enfermedad.

15 ¿Qué haría ante un paciente que no quiere saber o ser informado?

- Informarle igualmente de los detalles de su cáncer genitourinario.
- Asegurarse de que es una decisión consciente y voluntaria, y ver si cambia de opinión más adelante.**
- Trasladar la información a su familia para que sean ellos quienes le comuniquen la información.
- Respetar su decisión, aunque existan riesgos para su salud que el paciente desconoce.
- Ninguna de las anteriores.

El paciente tiene derecho a no saber o a no ser informado si así lo desea. La negación de su cáncer genitourinario suele ser temporal y responder a un estado de gran impacto emocional, por eso es importante valorar si más adelante el paciente está preparado o cambia de opinión.

16 ¿Por qué hay que comunicar al paciente las malas noticias?

- Porque es la única manera de curar su cáncer genitourinario y acceder a los tratamientos.
- Porque tiene la obligación de estar informado.**
- Porque la familia tiende a sobreproteger al paciente.
- Porque el paciente puede con todo.
- No hay que comunicar al paciente las malas noticias si éste no quiere saberlas.**

El paciente tiene derecho a informarse, pero también a no hacerlo (no saber). En este caso se llevaría la atención al tratamiento y a los pasos posteriores, sin hacer alusión a los detalles negativos del cáncer genitourinario. Más adelante, el paciente puede cambiar de opinión.

17 ¿Quién tiene la última palabra en la decisión de qué tratamiento seguir?

- El paciente.**
- La familia.
- El médico.
- La familia y el paciente.
- El profesional y el paciente.

El paciente siempre tiene la última palabra, siempre y cuando esté bien informado por el profesional de todos los riesgos y beneficios, éste haya dado su opinión profesional, y no suponga ningún riesgo o daño para su vida.

18 ¿Cuál es el porcentaje estimado de la comunicación no verbal en comparación con la verbal según el módulo?

- 30%
- 50%
- 70%**
- 90%**
- 10%

El texto señala que solo el 10% de la comunicación es estrictamente verbal, mientras que el 90% corresponde a la comunicación no verbal, que incluye paralenguaje y sinergología.

19 ¿Cuál de los siguientes elementos NO forma parte de los elementos esenciales de la comunicación según el módulo?

- Emisor.
- Canal.
- Mensaje.
- Retroalimentación.
- Interpretación.**

Aunque la interpretación es importante en la comunicación, no está identificada como uno de los elementos básicos en el texto, que menciona emisor, receptor, mensaje, canal, código, contexto y retroalimentación.

20 ¿Qué característica debe tener el lugar físico idóneo para la comunicación médico-paciente?

- Teléfonos accesibles para emergencias.
- Iluminación cálida y equilibrada.**
- Escritorios grandes que separen al médico y al paciente.

- Uso de música de fondo para relajar al paciente.
- Espacios con múltiples profesionales compartiendo la consulta.

El texto menciona que una iluminación cálida y equilibrada contribuye a un ambiente más relajado y acogedor, mientras que las otras opciones no son parte de las características descritas.

21 ¿Cuál de las siguientes estrategias NO es recomendada en el texto para priorizar y simplificar la información?

- Usar lenguaje sencillo y comprensible.
- Confirmar el entendimiento del paciente.
- Recapitular los puntos principales.
- Utilizar ejemplos y analogías.
- Evitar repetir la información al paciente.**

Repetir y recapitular la información es una estrategia recomendada para reforzar la comprensión del paciente. Por el contrario, evitar repetir podría generar confusión.

22 ¿Cuál de las siguientes habilidades comunicativas incluye validar las emociones del paciente mientras se establecen límites claros?

- Persuasión.
- Comunicación pasiva.
- Comunicación agresiva.
- Asertividad.**
- Lenguaje técnico.

El texto describe la asertividad como la habilidad de expresar ideas de manera clara y respetuosa, validando las emociones del paciente y estableciendo límites claros, fomentando relaciones saludables y efectivas.

23 En el ámbito médico, ¿qué significa el término «Pathos» en el contexto de la comunicación persuasiva?

- La credibilidad que el médico transmite al paciente.
- La lógica y el razonamiento en la explicación de decisiones.
- La empatía y comprensión emocional hacia el paciente.**
- La capacidad de estructurar mensajes claros y sensibles.
- El uso de herramientas tecnológicas para facilitar la comunicación.

En la comunicación persuasiva, el término «Pathos» hace referencia a la capacidad de conectar emocionalmente con el interlocutor.

24 ¿Qué cualidad en la comunicación médico-paciente permite al médico expresar sus pensamientos y sentimientos de manera clara y respetuosa, sin menospreciar al paciente?

- Empatía.
- Asertividad.**
- Persuasión.
- Escucha activa.
- Claridad.

La asertividad es la habilidad de expresar ideas, necesidades o sentimientos de manera directa y respetuosa, sin ser agresivo ni pasivo.

25 ¿Cuál de las siguientes estrategias es fundamental en la comunicación en situaciones difíciles, como un diagnóstico grave?

- Uso de tecnicismos para mayor precisión.
- Evitar el contacto visual para mantener distancia profesional.
- Exploración de la situación emocional del paciente.**
- Limitar el tiempo de consulta para reducir la tensión.
- Delegar la comunicación en otro miembro del equipo.

En situaciones difíciles, como comunicar un diagnóstico grave, es crucial comprender el estado emocional del paciente para modular el mensaje de manera sensible y personalizada.

26 ¿Cuál es el mecanismo principal que provoca la pérdida de densidad ósea en pacientes con cáncer de próstata bajo tratamiento hormonal?

- Aumento de la calcitonina.
- Aumento de la resorción ósea debido a la disminución del estradiol.**
- Incremento de la actividad osteoblástica.
- Deficiencia de vitamina D.
- Ninguna de las anteriores.

La testosterona tiene un efecto directo sobre la formación ósea, ya que estimula la actividad de los osteoblastos (células que forman hueso). Parte de la testosterona se convierte en estradiol mediante la enzima aromatasa. El estradiol es fundamental para mantener el equilibrio entre la resorción ósea (actividad de osteoclastos) y la formación ósea puesto que inhibe la actividad de los osteoclastos.

El tratamiento hormonal utilizado en el cáncer de próstata, al reducir los niveles de andrógenos, disminuye también los niveles de estradiol, lo que hace que los osteoclastos se vuelvan más activos, llevando a una mayor resorción ósea y debilitamiento del hueso.

27 ¿Qué ejercicio físico es más adecuado para prevenir la pérdida de masa ósea en pacientes con riesgo de osteoporosis?

- Natación.
- Ciclismo.
- Levantamiento de pesas.**
- Yoga.
- Ninguno de los anteriores.

Los ejercicios de fuerza como el levantamiento de pesas, obligan a los huesos (fundamentalmente fémur y húmero) a que respondan a ese aumento de carga muscular generando mayor densidad ósea para adaptarse a las demandas mecánicas. El Yoga puede ayudar a la propiocepción del paciente evitando caídas y previniendo fracturas (complicación en paciente con osteoporosis) pero no tiene necesariamente un efecto sobre la formación de hueso. La natación y el ciclismo son excelentes ejercicios para la salud cardiovascular y movilidad de nuestros pacientes, pero sin impacto sobre masa ósea.

28 ¿Cuál de las siguientes son las neoplasias urológicas asociadas en su etiopatogenia con una dieta inadecuada, obesidad e ingesta de una dieta rica en grasas?

- Cáncer urotelial y germinal.
- Cáncer germinal y renal.
- Cáncer renal y prostático.**

- Cáncer prostático y urotelial.
- Todos los tumores urológicos.

El cáncer renal y el cáncer de próstata están asociados en su etiopatogenia con factores como la obesidad, una dieta rica en grasas y un estilo de vida inadecuado. Diversos estudios han vinculado la obesidad y las dietas hipercalóricas ricas en grasas saturadas con un mayor riesgo de cáncer prostático y renal, debido a factores como el aumento del estado inflamatorio crónico, la resistencia a la insulina y los cambios hormonales. En contraste, el cáncer urotelial y germinal no presentan esta asociación.

29 ¿Cuál de los siguientes considera que NO ES una herramienta o variable útil para evaluar el estado nutricional de un paciente con un cáncer urológico? Seleccione la respuesta falsa:

- Parámetros antropométricos como peso, talla e índice de masa corporal.
- Constantes vitales como la presión arterial y frecuencia cardíaca.**
- Parámetros analíticos como albúmina y proteína C reactiva.
- Criterios GLIM fenotípicos y etiológicos.
- Escalas de cribado NUTRISCORE.

Las constantes vitales como la presión arterial y la frecuencia cardíaca no son herramientas específicas ni útiles para evaluar el estado nutricional de un paciente con cáncer urológico. Aunque son datos clínicos importantes para el manejo global del paciente, no proporcionan una evaluación directa del estado nutricional. Para evaluar el estado nutricional, se utilizan herramientas como parámetros antropométricos (peso, talla, índice de masa corporal), marcadores analíticos (albúmina, proteína C reactiva), criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) y escalas de cribado específicas como NUTRISCORE, que permiten valorar el riesgo de desnutrición o el estado nutricional del paciente.

30 En el contexto del tratamiento del cáncer genitourinario, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la disfunción eréctil es correcta?

- Siempre empeora durante la quimioterapia.
- La radioterapia pélvica produce disfunción eréctil en menos del 5% de los pacientes.
- Puede ser tratada con inhibidores de PDE5, aunque la eficacia varía dependiendo del tipo de tratamiento y la salud del paciente.**
- Se resuelve automáticamente después de la cirugía, es cuestión de tiempo.
- La salud sexual es algo secundario en estos pacientes y rara vez afecta a su calidad de vida.

La disfunción eréctil en pacientes con cáncer genitourinario puede ser tratada con inhibidores de PDE5, como el sildenafil o el tadalafilo, aunque la eficacia de estos tratamientos puede variar según el tipo de tratamiento recibido (quimioterapia, radioterapia, cirugía) y la salud general del paciente. El resto de las opciones son falsas: no siempre empeora en los tratamientos quimioterápicos, la incidencia es variable pero aparece entre el 30 y 80% de los pacientes. La cirugía que afecta a la sexualidad no suele dejar esa secuela de manera temporal. La salud sexual es una de las principales quejas o efectos adversos de los tratamientos a los que menos atención se les presta y les afecta de manera muy profunda en la calidad de vida.

¡Buen trabajo! Ha superado el test con una nota de 93%.

SALIR

Salir: Cerrará la ventana del test y perderá sus respuestas si antes no a las ha guardado con el botón "guardar".

Guardar: Guardará las respuestas del test. El test debe de estar completo para poder guardar las respuestas. Podrá volver a acceder para continuar con el test y cambiar las respuestas.

Enviar: Entregará definitivamente el test. Una vez enviado no podrá modificar las respuestas y podrá ver la corrección del mismo.