



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TEMA:

**ASISTENCIA NUTRICIONAL A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
ADULTOS HOSPITALIZADOS EN LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA
EL CÁNCER (SOLCA) DURANTE EL AÑO 2017 EN LA CIUDAD DE
GUAYAQUIL.**

AUTOR (ES):

**CHONGA BALLA, CLAUDIA MARIANA
CISNEROS GARCIA, EVELYN VANESSA**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
LICENCIADA EN NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TUTOR:

Yaguachi Alarcón, Ruth Adriana

Guayaquil, Ecuador

19 de marzo del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Chonga Balla, Claudia Mariana y Cisneros García, Evelyn Vanessa**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**

TUTOR (A)

f. _____
Yaguachi Alarcón, Ruth Adriana

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Celi Mero, Martha Victoria

Guayaquil, a los 19 del mes de marzo del año 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Chonga Balla, Claudia Mariana y Cisneros García, Evelyn**
Vanessa

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Asistencia nutricional a los pacientes oncológicos adultos hospitalizados en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil** previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 19 del mes de marzo del año 2019

LAS AUTORAS

Chonga Balla, Claudia Mariana

Cisneros García, Evelyn Vanessa



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Chonga Balla, Claudia Mariana y Cisneros García, Evelyn**
Vanessa

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Asistencia nutricional a los pacientes oncológicos adultos hospitalizados en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil.**

Cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 del mes de marzo del año 2019

LAS AUTORAS

Chonga Balla, Claudia Mariana

Cisneros García, Evelyn Cisneros

REPORTE URKURD

URKUND

Documento [MARCO TEÓRICO DE TESIS.docx](#) (D48689144)

Presentado 2019-03-06 12:10 (-05:00)

Presentado por mariana.chonga@hotmail.com

Recibido ruth.yaguachi.ucsg@analysis.urkund.com

1% de estas 8 páginas, se componen de texto presente en 3 fuentes.

Lista de fuentes Bloques

ANNAH ESCOBAR Y DOMENICA MOREIRA TESIS.docx	<input type="checkbox"/>
gonzalezmen_M3.617_20181_Definición proyecto_9278044.txt	<input checked="" type="checkbox"/>
https://text.mx.123dok.com/document/ncq7w82kz-tamizaje-nutricional-en-pacientes-adultos-...	<input checked="" type="checkbox"/>
1534786395_536__ENSAYO_DE_CONDICIONES_CLINICAS.docx	<input type="checkbox"/>
Fuentes alternativas	
TESIS FINAL DOMENICA Y ANNAH.docx	<input type="checkbox"/>
Fuentes no usadas	

0 Advertencias.

Reiniciar Exportar Comparar

1.1 MARCO TEÓRICO

1.1.1 Cáncer

4.2.1.1 Definición

El cáncer es una enfermedad caracterizada por un proceso múltiple y complejo, en el cual las células tumorales se encuentran en proliferación anormal y descontrolada, pudiendo invadir tejidos y órganos de todo el cuerpo (Hejmadi, 2010).

4.2.1.2 Epidemiología

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (2018), el cáncer es la segunda causa de muerte antes de los 70 años de edad en todo el mundo y es responsable de un estimado de 9.6 millones de muertes en

AGRADECIMIENTO

A Dios, que ha estado conmigo en cada paso que doy, cuidándome y llenándome de sabiduría cada día.

A mis padres, por haberme brindado todo su apoyo incondicional, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación.

A mi tutora, Adriana Yaguachi por haberme brindado todas sus enseñanzas y guiado en este proceso importante de nuestra vida.

A mi compañera de clases y amiga, Evelyn Cisneros mis más sinceros agradecimientos quien me brindo todo su apoyo durante este proceso de titulación, y por la linda amistad que hemos formado.

Claudia Chonga Balla

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme dado salud y permitido llegar a culminar mi carrera
Universitaria, además de su infinita bondad y amor.

A MI MADRE

Han pasado muchos años desde que nací, desde ese momento y antes de
eso ya estabas buscando la manera de ofrecerme lo mejor a mí y a mis
hermanos. Has trabajado duro y sin importar si llegabas cansada, siempre
tenías fuerzas y una sonrisa para ofrecer a tu familia. Por haberme apoyado
en todo momento, por tus consejos, tus valores, por la motivación constante
y por tu amor.

A MI PADRE

Por haberme educado y ayudado a convertirte en una profesional.

A mi hermana, María por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual
aprendí aciertos y de momentos difíciles, por su apoyo infinito y colaboración
económica para la culminación de esta etapa universitaria.

A mi hermana, Carolina por el apoyo incondicional durante mi carrera
universitaria, sus sabios consejos que fueron muy importante durante este
proceso.

A mis hermanos, Juan Carlos y Luis Fernando, comparto este logro quienes
siempre están conmigo brindándome su cariño. Hnos. luchen por sus metas
y sueños que algún día logran alcanzarlos a base de mucha dedicación,
constancia y trabajo, valorando cada esfuerzo que realizan nuestros padres
por darnos lo mejor.

Claudia Chonga Balla

AGRADECIMIENTO

A Dios, que por su bendición guió cada paso de este largo y arduo camino y me dotó de sabiduría y fuerza para culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres, Luis Cisneros y Maryury García por haberme formado como la persona que soy hoy en día, por confiar en mí y enseñarme a ser perseverante, constante y responsable.

A mi esposo, Carlos por su apoyo durante esta trayectoria, por compartir mis momentos de angustias, tristezas y también de alegría y orgullo, demostrándome que siempre podré contar con Él.

A mis hijos, Dayla y Oseías porque son la luz de mi vida, el motivo de superación y esfuerzo para brindarles un mejor porvenir.

A mis hermanos, David y Damaris, por ser ejemplo de constancia y lucha por conseguir y alcanzar metas trazadas.

A mi ñaña, Susy por ser incondicional durante toda mi vida, por enseñarme que es amar y dar sin esperar nada a cambio.

A mi Tutora de tesis, Dra. Adriana Yaguachi por brindarnos tiempo tan valioso para empezar y culminar este proyecto.

Evelyn Cisneros García

DEDICATORA

Después de un largo camino recorrido he cumplido mi objetivo y el presente
trabajo está dedicado

A mis padres, quienes son los pilares de mi vida, los que están siempre a mi
lado extendiéndome su mano en todo momento.

A mi esposo, Carlos y mis hijos Dayla y Oseías quienes me ayudan a ser
alguien mejor; ellos son mi motor más fiel y me llenan de energía para
levantarme cada día y esforzarme.

A mis hermanos, que son parte de mi ser y con quienes he compartido un
sin fin de momentos inolvidables.

A mi ñaña, Susy quien ha sido y es como una madre, siempre presente en
cada etapa de mi vida, que con sus consejos, cuidados y amor a hecho de
mi quien soy.

A mis amigas, Vivian, Marilú, Ruth y María Fernanda, quienes con ellas
conocí y vivo una verdadera amistad y por cada palabra de aliento y llena de
amor y sinceridad.

Evelyn Cisneros García



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

MARTHA VICTORIA CELI MERO
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

LUDWIG ROBERTO ÁLVAREZ CÓRDOBA
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

WALTER EDUARDO PAREDES MEJÍA
OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XV
ABSTRACT	XVI
INTRODUCCIÓN	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GENERAL	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	7
3. JUSTIFICACIÓN	8
4. MARCO TEÓRICO	10
4.1 MARCO REFERENCIAL	10
4.2 MARCO TEÓRICO	12
4.2.1 <i>Cáncer</i>	12
4.2.1.1 Definición	12
4.2.1.2 Epidemiología	12
4.2.1.3 Clasificación	13
4.2.1.4 Fisiopatología	14
4.2.1.5 Causas y consecuencias	15
4.2.1.6 Signos y síntomas	16
4.2.1.7 Prevención	17
4.2.1.8 Tratamiento médico	18
4.2.2.1 Importancia de la asistencia nutricional	20
4.2.2.2 Tipos de asistencia nutricional	20
4.2.2.3 Valoración nutricional	22
4.2.2.4 Screening nutricional	25
4.2.2.5 Tratamiento dietético	25
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	28
6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	29
6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE	29

6.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	29
OPERACIONALIZACIÓN.....	29
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION.....	33
7.1 ENFOQUE Y DISEÑO METODOLÓGICO	33
7.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	34
8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	35
9. CONCLUSIONES.....	53
10. RECOMENDACIONES.....	55
11. BIBLIOGRAFÍA	56
12. ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN SEXO	35
GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN EDAD	36
GRÁFICO 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	37
GRÁFICO 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN LOCALIZACIÓN DE CÁNCER.....	38
GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN INTERCONSULTA CON EL NUTRICIONISTA DURANTE LA ESTADÍA HOSPITALARIA.....	39
GRÁFICO 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN TOMA DE PESO Y TALLA AL PACIENTE DURANTE SU INGRESO	40
GRÁFICO 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN FRECUENCIA DE TOMA DE PESO Y OTROS INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DURANTE LA ESTADÍA HOSPITALARIA.....	41
GRÁFICO 8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN EVALUACIÓN NUTRICIONAL DENTRO DE LA 48 HORAS DE HOSPITALIZACIÓN	42
GRÁFICO 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN REGISTRO DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN LA HISTORIA CLÍNICA	43
GRÁFICO 10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN APLICACIÓN DE CRIBADO NUTRICIONAL DURANTE LA ESTADÍA HOSPITALARIA.....	44

GRÁFICO 11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN INTERVENCIÓN NUTRICIONAL DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.....	45
GRÁFICO 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN REGISTRO DE EXÁMENES BIOQUÍMICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA.....	46
GRÁFICO 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL AL MOMENTO DEL ALTA CLÍNICO	47
GRÁFICO 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN BALANZAS Y TALLÍMETROS DE FÁCIL ACCESO	48
GRÁFICO 15 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN AYUNO PREOPERATORIO	49
GRÁFICO 16 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN AYUNO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO	50
GRÁFICO 17 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL	51
GRÁFICO 18 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN SUPLEMENTOS DIETÉTICOS.....	52

RESUMEN

La asistencia nutricional es fundamental en pacientes oncológicos debido al impacto del cáncer y su tratamiento sobre el estado nutricional. El abordaje nutricional debe realizarse a la brevedad posible para evitar o revertir alteraciones relacionadas con la ingesta de alimentos y/o en composición corporal del paciente. El presente trabajo de La asistencia nutricional a los pacientes hospitalizados en SOLCA, durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil; tuvo un enfoque cuantitativo de diseño retrospectivo, descriptivo y observacional. La muestra fue de 90 pacientes oncológicos adultos que cumplían con los criterios de inclusión. A través de la revisión de la historia clínica se obtuvieron datos relacionados a la intervención nutricional, aplicación de cribados nutricionales y evaluación de parámetros antropométricos y bioquímicos. Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 23. Los resultados indican que el 75,6% de investigados no recibieron atención nutricional oportuna. Se recomienda formar un Equipo de Terapia Nutricional conformado por Nutricionistas, Médicos y enfermeras para reducir la desnutrición en el paciente hospitalizado.

***Palabras Claves: TERAPIA NUTRICIONAL; ONCOLOGÍA MÉDICA;
ESTADO NUTRICIONAL; CRIBADO; DESNUTRICIÓN;
HOSPITALIZACIÓN***

ABSTRACT

Nutritional assistance is essential in cancer patients due to the impact of cancer and its treatment on nutritional status. The nutritional approach should be carried out as soon as possible to avoid or reverse alterations related to food intake and / or body composition of the patient. The present work The nutritional assistance received by the patients hospitalized in SOLCA during the year 2017 in the city of Guayaquil; had a quantitative approach of retrospective, descriptive and observational design. The sample was 90 adult cancer patients who met the inclusion criteria. Through the review of the clinical history we obtained data related to the nutritional intervention, application and nutritional screening and evaluation of anthropometric and biochemical parameters. The statistical program SPSS 23 was used to analyze the information. The results indicate that 75.6% of those investigated did not receive timely nutritional care. It is recommended to form a Nutrition Therapy Team made up of nutritionists, doctors and nurses to reduce malnutrition in the hospitalized patient.

***Key Words: NUTRITION THERAPY; MEDICAL ONCOLOGY;
NUTRITIONAL STATUS; SCREENING; MALNUTRITION;
HOSPITALIZATION***

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que cobra un número elevado de vidas a nivel global. Anualmente, mueren en el mundo más de 14 millones de personas de todas las edades por algún tipo de cáncer, y aproximadamente 10 millones reciben el diagnóstico de esta enfermedad. (Torre, Siegel, Ward, & Jemal, 2016).

Debido a la complejidad de las implicaciones fisiológicas del cáncer, así como del impacto de su tratamiento, suelen presentarse de manera frecuente alteraciones que comprometen el estado nutricional de los pacientes, traducándose en altas cifras de desnutrición. Esta última se asocia con una menor supervivencia durante el tratamiento y una menor calidad de vida (Linden, Love, Bowman, & Maher, 2016).

La intervención nutricional oportuna, iniciando con el tamizaje nutricional al momento del diagnóstico de la enfermedad y continuando a lo largo del tratamiento antineoplásico, es fundamental para mantener un estado nutricional que ayude a mitigar los efectos secundarios de las intervenciones oncológicas y favorezca el mantenimiento de las reservas corporales dentro de rangos adecuados (Arends, Bachmann, et al., 2017).

Con el propósito de conocer el abordaje nutricional en pacientes que viven con cáncer, el presente trabajo de investigación busca determinar la asistencia nutricional a pacientes hospitalizados en SOLCA durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil a través de la evaluación de varios indicadores aplicados en el proceso de atención nutricional.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad compleja en la que un grupo de células anormales crece descontroladamente sin tener en cuenta las reglas normales de la división celular. Las células normales son constantemente objeto de señales que dictan si esta debe dividirse, diferenciarse en otra célula o morir. Las células cancerosas desarrollan un grado de autonomía de estas señales lo que resulta en un crecimiento y proliferación descontrolados (Hejmadi, 2010).

Actualmente se han identificado más de 277 tipos diferentes de cáncer, siendo los más frecuentes el cáncer de pulmón, estómago, colorectal, seno e hígado (Torre, Siegel, Ward, & Jemal, 2016). En los hombres, los porcentajes más altos de tipos de cáncer se producen en la próstata, los pulmones y los bronquios, el colon y el recto y la vejiga urinaria, respectivamente. En las mujeres, la prevalencia de cáncer es más alta en el seno, pulmón y bronquios, colon y recto, cuerpo uterino y tiroides, respectivamente (Hassanpour & Dehghani, 2017).

A nivel mundial, el cáncer es la segunda causa de muerte, y fue responsable de aproximadamente 9.6 millones de muertes en 2018; se estima que, en todo el mundo, 1 de cada 6 muertes se debe al cáncer. Los casos de cáncer en América representan el 13,3% de la población mundial y el 21,0% de la incidencia y el 14,4% de la mortalidad en todo el mundo (American Cancer Society, 2018). En América Latina y El Caribe, se estima que ocurren aproximadamente 1.1 millones de nuevos casos de cáncer y 600,000 muertes por cáncer.

En Ecuador, los cánceres en hombre más comunes según su incidencia son: próstata 3 322 (26%), estómago 1 364 (10%), colorrectal 902 (7,1%), linfoma 770 (6%) y leucemia 655 (5,1%). En mujeres, los cánceres más comunes según su incidencia son: mama 2787 (18,2%), cuello uterino 1 612 (10,6%), tiroides 1 374 (9%), estómago 1225 (8%) y colorrectal 1 123 (7,4%) (Ministerio de Salud Pública, 2018).

El tratamiento médico en los pacientes que viven con cáncer está direccionado a eliminar las células cancerígenas y disminuir el riesgo de metástasis. A la par, los objetivos fundamentales de la intervención nutricional en el paciente oncológico son reducir la pérdida de peso debido al aumento del catabolismo, evitar la muerte precoz, disminuir las complicaciones y mejorar la calidad de vida. La atención nutricional debe ser precoz y formar parte del tratamiento integral del paciente (Lavernia, Vinageras, Menéndez, & Penié, 2016).

La mayoría de los tratamientos antineoplásicos provocan efectos secundarios (por ejemplo, xerostomía, náuseas, diarrea, alteraciones del gusto) que alteran, entre otros, el apetito y reducen la ingesta de alimentos. Algunos de estos efectos secundarios pueden persistir mucho tiempo después de que el tratamiento se haya detenido y, en algunos casos, los pacientes nunca se recuperan, resultando en alteraciones en diferentes escenarios funcionales, entre ellos, el estado nutricional. Con base a lo expuesto, el abordaje sanitario de pacientes con cáncer es complejo, y requiere un enfoque multidisciplinario con la participación de oncólogos, especialistas en nutrición, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud (Rauh et al., 2018).

La nutrición juega un papel importante en la terapia de los pacientes y en el impacto social, por lo que al nutricionista deben considerarlo un pilar fundamental terapéutico en la atención oncológica.

La desnutrición en pacientes oncológicos puede producirse por un aumento de las necesidades metabólicas, una insuficiente ingesta, la pérdida de los nutrientes o sus combinaciones. Los enfermos con cáncer pueden llegar a presentar desnutrición tanto al inicio de la enfermedad (15 % - 20 % de los pacientes) como en los estadios más avanzados o terminales de su proceso (80 % - 90 % de los pacientes). De ahí que la prevención de desnutrición debe abarcar el cribado nutricional lo antes posible, educación nutricional al paciente y su familia, ingesta adecuada de nutrientes, suplementación nutricional oral y seguimiento periódico (Arends, Bachmann, et al., 2017).

En Ecuador, actualmente son escasos los datos registrados sobre la importancia de la asistencia nutricional sobre el estado de salud del paciente oncológico, aun conociendo lo antes expuesto (García, 2010). De hecho, en algunos centros hospitalarios o centros de salud, no existe una adecuada intervención nutricional y prevalece la capacitación insuficiente del personal de salud, así como de estándares poco adecuados para evaluar a estos pacientes. Estas condiciones pueden repercutir negativamente en el estado nutricional del paciente, tornándolos vulnerables a peores pronósticos de la enfermedad.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué consistió la asistencia nutricional a los pacientes oncológicos adultos hospitalizados en SOLCA durante en el año 2017 de la ciudad de Guayaquil?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Determinar la asistencia nutricional a los pacientes oncológicos adultos hospitalizados en SOLCA durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil.

2.2 Objetivos Específicos:

- Constatar el registro de peso y talla y otros indicadores antropométricos al momento del ingreso y durante la hospitalización del paciente en las respectivas historias clínicas
- Verificar la aplicación de cribados nutricionales a pacientes oncológicos durante su estancia hospitalaria
- Evaluar la presencia de indicadores bioquímicos relacionados al estado nutricional en los pacientes oncológicos investigados
- Identificar la intervención nutricional oportuna que recibieron los pacientes oncológicos durante su estancia hospitalaria

3. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes oncológicos presentan un complejo cuadro clínico acompañado de un catabolismo aumentado, los signos y síntomas gastrointestinales asociados al tratamiento, así como factores a escala social y psicológica, favoreciendo la desnutrición y anorexia. Estas condiciones adversas son las más frecuentes asociadas a pronósticos poco favorables en el tratamiento y supervivencia, especialmente en estadios avanzados del cáncer.

Como lo establecen diferentes guías e investigaciones en nutrición y cáncer, el tamizaje y abordaje nutricional realizados de manera oportuna en pacientes oncológicos, son intervenciones esenciales que permiten identificar a individuos en riesgo de desnutrición y a establecer un tratamiento dietoterapéutico individualizado, que favorezca, entre otras, a mantener un estado nutricional adecuado a los requerimientos de energía y nutrientes, y a mejorar su calidad de vida.

Sin embargo, la intervención y seguimiento nutricional son eventos frecuentemente reportados de manera aislada dentro del equipo multidisciplinario de salud en oncología, específicamente, la calidad de estas intervenciones; los mencionados factores pueden repercutir en una atención nutricional deficiente que comprometa aún más el estado de salud de los pacientes que viven con cáncer.

Por lo expuesto anteriormente, el objetivo principal de esta investigación es La asistencia nutricional a pacientes hospitalizados en SOLCA durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil, a través de la valoración de las intervenciones realizadas por el departamento de nutrición desde el ingreso de un paciente oncológico a hospitalización hasta el momento del alta clínico.

Los resultados obtenidos permitirán proporcionar recomendaciones para optimizar la asistencia nutricional en los pacientes hospitalizados con cáncer.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco referencial

Los pacientes con cáncer tienen un riesgo particularmente alto de malnutrición debido a que tanto la enfermedad como a los tratamientos oncológicos, deterioran su estado nutricional.

La aplicación del cribado nutricional temprano se ha considerado como relevante para identificar a pacientes oncológicos en riesgo o que presenten alteraciones nutricionales. En este sentido, Krishnasamy et al. (2017) evaluaron el estado nutricional de pacientes diagnosticados con cáncer previo al inicio del tratamiento antineoplásico, e identificaron que alrededor de la mitad estaban gravemente desnutridos. En este estudio se resalta, además, que los parámetros clínicos y las características de la enfermedad se asociaron significativamente con el estado nutricional.

Por otro lado, los resultados de un estudio realizado por Planas et al. (2016) en España, mostraron que el 34% de los pacientes oncológicos presentaron desnutrición al ingreso hospitalario y 36% al alta. Además se identificó que solo un tercio de los pacientes con riesgo de desnutrición en el momento del alta había recibido algún tipo de apoyo nutricional.

La asistencia nutricional ha sido también resaltada como fundamental en países de América Latina, donde la desnutrición asociada al cáncer presenta cifras elevadas. En Brasil, se ha reportado una prevalencia de desnutrición de 71,1%, clasificada como moderada en 35,4% y severa en 35,7% de los pacientes oncológicos hospitalizados (Silva, De, Souza, Figueroa, & Santos, 2015).

Los resultados de un estudio llevado a cabo por Marín Caro et al. (2008) mostraron que posterior a la identificación de desnutrición en el 64% de pacientes oncológicos, la intervención nutricional fue eficiente para mantener el peso de alrededor del 60% de ellos, favoreciendo también, la ganancia de peso en una sexta parte del grupo.

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 Cáncer

4.2.1.1 Definición

El cáncer es una enfermedad caracterizada por un proceso múltiple y complejo, en el cual las células tumorales se encuentran en proliferación anormal y descontrolada, pudiendo invadir tejidos y órganos de todo el cuerpo (Hejmadi, 2010).

4.2.1.2 Epidemiología

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (2018), el cáncer es la segunda causa de muerte antes de los 70 años de edad en todo el mundo y es responsable de un estimado de 9.6 millones de muertes en el 2018. A nivel mundial, aproximadamente una de cada seis muertes se debe a esta enfermedad; cerca del 70% de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos.

Por género, uno de cada cinco hombres y una de cada seis mujeres en el mundo desarrollan cáncer a lo largo de su vida, y uno de cada ocho hombres y una de cada once mujeres muere por cáncer. En ambos sexos, el cáncer de pulmón es el cáncer más comúnmente diagnosticado (11,6% del total de casos) y la principal causa de muerte por cáncer (18,4% del total de muertes por cáncer), seguido de cerca por el cáncer de mama (11.6%), cáncer de próstata (7,1%) y cáncer colorrectal (6,1%). El cáncer de pulmón es el cáncer más frecuente y la principal causa de muerte por cáncer en los hombres, seguido del cáncer de próstata y colorrectal. Entre las mujeres, el cáncer de mama es el cáncer que se diagnostica con mayor frecuencia y la principal causa de muerte por cáncer, seguido del cáncer colorrectal y pulmonar (Bray et al., 2018).

El cáncer infantil, determinado como cualquier tipo de cáncer que se desarrolle en un menor de 15 años, es poco frecuente debido a que representa entre un 0,5% y un 4,6% de la carga total de morbilidad por esta causa. Las tasas mundiales de incidencia oscilan entre 50 y 200 por cada millón de niños en las distintas partes del planeta (Organización Mundial de la Salud, 2016).

4.2.1.3 Clasificación

Los cánceres se clasifican, principalmente, por el tipo de tejido en el que se origina (tipo histológico). Desde un punto de vista histológico, hay cientos de cánceres diferentes, que se agrupan en seis categorías principales:

Carcinoma: se refiere a una neoplasia maligna de origen epitelial o cáncer del revestimiento interno o externo del cuerpo; representan del 80 al 90 por ciento de todos los casos de cáncer. Los carcinomas se dividen en dos subtipos principales: el adenocarcinoma, que se desarrolla en un órgano o glándula, y el carcinoma de células escamosas, que se origina en el epitelio escamoso. La mayoría de los carcinomas afectan a los órganos o glándulas capaces de secreción, como los senos, pulmones, colon, próstata o vejiga.

Sarcoma: se origina en los tejidos conjuntivos y de apoyo, como los huesos, los tendones, el cartílago, el músculo y la grasa. Generalmente ocurre en adultos jóvenes.

Mieloma: El mieloma es un cáncer que se origina en las células plasmáticas de la médula ósea.

Leucemia: "cánceres líquidos" o "cánceres de la sangre" son cánceres de la médula ósea (el sitio de la producción de células sanguíneas). Esta enfermedad a menudo se asocia con la sobreproducción de glóbulos blancos inmaduros. Estos glóbulos blancos inmaduros no funcionan tan bien como deberían, por lo tanto, el paciente a menudo es propenso a infecciones. La leucemia también afecta los glóbulos rojos y puede causar coagulación sanguínea deficiente y fatiga debido a la anemia.

Linfoma: se desarrollan en las glándulas o nódulos del sistema linfático, una red de vasos, nódulos y órganos (específicamente el bazo, las amígdalas y el timo) que purifican los fluidos corporales y producen glóbulos blancos o linfocitos que combaten las infecciones. Los linfomas también pueden ocurrir en órganos específicos como el estómago, los senos o el cerebro.

Tipos mixtos: Los componentes de tipo mixto pueden estar dentro de una categoría o de diferentes categorías. Algunos ejemplos son: carcinoma adenoescamoso, tumor mesodérmico mixto, carcinosarcoma (Fritz & Shanmugaratnam, 2003).

4.2.1.4 Fisiopatología

El proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas se denomina carcinogénesis (Sánchez, 2013). Este proceso se puede dividir en tres estadios:

Iniciación: La iniciación requiere la exposición de las células a dosis suficientes de un agente carcinogénico que las torne susceptibles a la transformación maligna. Los agentes carcinogénicos pueden ser químicos, físicos o biológicos, e inducen alteraciones irreversibles del genoma de las células antes normales. Debido a que los efectos

de los agentes iniciadores son irreversibles, la administración de varias dosis separadas puede inducir el mismo efecto que la exposición única a una dosis similar o a una pequeña cantidad de sustancias muy carcinogénicas. Las células más susceptibles a las alteraciones mutágenas del genoma son las que se encuentran en un estadio de síntesis activa del ADN (Porth, 2009).

Promoción: Implica la inducción de un crecimiento celular acelerado y descontrolado en células cebadas por diversos factores químicos y de desarrollo. La promoción se revierte después de la eliminación del agente promotor. Las células que experimentaron una iniciación irreversible pueden promoverse aun después de un periodo de latencia prolongado. Este último evento varía según el tipo de agente carcinógeno, la dosis del agente y las características de las células efectoras.

Progresión: Es el proceso mediante el cual las células tumorales adquieren rasgos fenotípicos malignos que les confieren capacidad invasora, competencia metastásica, independencia de señales de crecimiento, insensibilidad a estímulos que inhiben el crecimiento, evasión de apoptosis, potencial ilimitado de replicación y una mayor inestabilidad cariotípica (Sánchez, 2013).

4.2.1.5 Causas y consecuencias

El cáncer es una de las enfermedades más heterogéneas, por lo cual, los factores causales asociados son diversos, incluyendo:

- Uso del tabaco
- Consumo de alcohol
- Ingesta insuficiente de frutas y vegetales
- Sobrepeso y obesidad

- Exposición a carcinógenos ocupacionales como anilina, bencenos, insecticidas, fungicidas, compuestos de níquel y cromo.
- Poca actividad física
- Agentes infecciosos como Helicobacter pylori, virus de la hepatitis B y C y virus del papiloma humano.
- Carcinógenos ambientales como arsénico, contaminación en el aire, aflatoxinas (Vineis & Wild, 2014).
- Radiaciones ionizantes, ultravioletas.

La metástasis es la consecuencia más severa relacionada con el cáncer, e incluye la diseminación de células cancerígenas a otros tejidos y órganos, pudiendo comprometer seriamente el funcionamiento de cuerpo y llevar a la muerte. Por otra parte, otras consecuencias se relacionan con el tratamiento para combatir el cáncer, entre ellas pérdida de cabello, pérdida de memoria, disgeusia y caquexia (Maher, 2013).

4.2.1.6 Signos y síntomas

Los principales signos de un individuo que padece de cáncer pueden incluir palidez, edemas, ictericia, adenopatías, prominencias óseas marcadas y disminución de masa grasa subcutánea.

Numerosos cánceres se asocian con una reducción involuntaria de peso corporal, debilidad marcada, fatiga, anorexia y anemia. Por otro lado, pueden presentarse síntomas más específicos dependiendo de la localización del cáncer: así, por ejemplo: cefaleas, disfagia, vómitos, disnea, hematuria. Es importante mencionar, de la misma manera, el impacto psicológico y emocional que produce esta enfermedad, pudiendo llevar a los pacientes a desarrollar síntomas depresivos y aislamiento social y afectivo (Carmen, Samara, Coral, Pilar, & J, 2016).

4.2.1.7 Prevención

La prevención es un componente esencial de todos los planes de control del cáncer, ya que puede evitar aproximadamente el 40% de todas las muertes que provoca esta enfermedad. La prevención del cáncer abarca tres enfoques principales:

Prevención primaria: Consiste en evitar la exposición a carcinógenos y practicar estilos de vida que disminuyen el riesgo, no fumar y evitar la exposición al humo del cigarrillo, vacunas, mantener un peso adecuado, evitar el consumo de alcohol, practicar actividad física (al menos 150 minutos de actividad física intensa o moderada varios días a la semana) (Friedenreich, Neilson, Farris, & Courneya, 2016; Meyskens et al., 2016).

Respecto al entorno dietético, numerosas investigaciones indican que los patrones dietéticos adecuados pueden ayudar a prevenir el cáncer o podrían inhibir el desarrollo de tumores en pacientes con cáncer; así por ejemplo, consumir frutas y vegetales ricos en antioxidantes y fibra a diario, baja ingesta de azúcares simples, carnes procesadas, harinas y aceites refinados, son factores que pueden ayudar a prevenir varios tipos de cáncer (Banikazemi et al., 2018; Domingo & Nadal, 2017). La adherencia al patrón dietético mediterráneo se ha asociado inversamente con la mortalidad por cáncer y el riesgo de varios tipos de cáncer, especialmente el cáncer colorrectal (Schwingshackl, Schwedhelm, Galbete, & Hoffmann, 2017).

Prevención secundaria: La finalidad de la prevención secundaria es retrasar, bloquear o revertir la progresión de la carcinogénesis al cáncer invasivo.

Prevención terciaria: eliminación o supresión de lesiones precancerosas (p. ej., pólipos adenomatosos).

4.2.1.8 Tratamiento médico

Los objetivos del tratamiento del cáncer se clasifican en tres categorías distintas: curación, control y paliación. Las modalidades terapéuticas más frecuentes comprenden cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y bioterapia. El tratamiento requiere un programa previamente planificado que combine la asistencia de un equipo multidisciplinario (Zugazagoitia et al., 2016).

Cirugía: La cirugía, a menudo, se considera el procedimiento de primera línea en el cáncer; se utiliza para el diagnóstico, la estadificación del cáncer, la resección tumoral y la paliación en los casos en la que curación no es posible.

Radioterapia: El objetivo de la radioterapia es obtener el control local o regional del tumor maligno sin generar lesiones permanentes de los tejidos circundantes normales. Este procedimiento puede administrarse como método terapéutico primario individual, combinado con otras modalidades terapéuticas o como medida paliativa (Yucel et al., 2014).

La radioterapia tradicional utiliza ondas electromagnéticas de alta energía, específicamente fotones (por ejemplo, rayos X, rayos gamma) o partículas (por ejemplo, haces de electrones, neutrones, iones de carbono, partículas alfa y partículas beta) para destruir las células tumorales dañando su ADN, y por lo tanto, bloqueando su capacidad para dividirse y proliferar aún más. Las células normales generalmente pueden repararse a sí mismas a un ritmo más rápido y conservar su estado de función normal a diferencia de las células cancerosas, resultando en la muerte diferencial de estas últimas (Baskar, Lee, Yeo, & Yeoh, 2012).

Quimioterapia: La quimioterapia consiste en la administración de sustancias químicas que tienen toxicidad selectiva hacia las células tumorales. Según el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y la condición general del paciente, se elige un esquema o régimen de terapia específico; es decir, los medicamentos que se van utilizar, así como la forma de administración, el número de ciclos a cumplir y el periodo que debe transcurrir entre cada ciclo (American Cancer Society, 2010).

A nivel celular, estos fármacos ejercen una acción letal al interferir en la producción de enzimas esenciales, la inhibición de la síntesis de ADN, ARN, proteínas, e interferir con la mitosis celular. Todos estos mecanismos interfieren en el crecimiento y proliferación celular, así como favorecen la apoptosis de las células cancerosas (Porth, 2009).

4.2.2 Atención nutricional en el paciente oncológico

La intervención nutricional puede ayudar a los pacientes con cáncer a mantener el peso corporal y las reservas de nutrientes, ofreciendo alivio de los síntomas y mejorar su calidad de vida. El mantenimiento o mejora del estado nutricional es el objetivo clave de la terapia nutricional en los pacientes que se someten a tratamiento contra el cáncer. (Heber & Li, 2016).

El proceso de atención nutricional, que abarca la evaluación nutricional y la terapia de pacientes con cáncer en un entorno clínico, se realiza en seis pasos básicos: tamizaje nutricional, evaluación nutricional integral inicial, planificación e implementación de la terapia nutricional, educación del paciente y la familia, comunicación con el equipo multidisciplinario y la reevaluación para monitorear la respuesta y el cambio en el estado nutricional como evaluación de la eficacia de la terapia. (Tappenden et al., 2013).

4.2.2.1 Importancia de la asistencia nutricional

Los pacientes con cáncer tienen un riesgo particularmente alto de malnutrición debido a que tanto la enfermedad como sus tratamientos amenazan su estado nutricional. Se estima que las muertes del 10 al 20% de los pacientes con cáncer se pueden atribuir a la desnutrición más que a la malignidad en sí misma. Por lo tanto, la nutrición es un aspecto importante de la atención multidisciplinaria del cáncer.

4.2.2.2 Tipos de asistencia nutricional

En general, la primera forma de apoyo nutricional debe ser el asesoramiento nutricional para ayudar a controlar los síntomas y fomentar la ingesta de alimentos y líquidos que se toleran mejor. El asesoramiento nutricional incluye historia nutricional, diagnóstico y terapia nutricional (Heber & Li, 2016).

Este debería ser realizado por profesionales de la nutrición entrenados (dietistas/nutricionistas entrenados y acreditados) sobre la base del proceso de atención nutricional. En este proceso se incorpora, además, el cálculo de los requerimientos de energía y nutrientes, así como la elaboración de menús individualizados con base en los requerimientos previamente calculados (Arends, Bachmann, et al., 2017).

-Ingesta oral: La primera regla de la asistencia nutricional es usar el intestino el sistema gastrointestinal siempre que sea posible, y el método preferido de apoyo nutricional es a través de la vía oral usando alimentos. Sin embargo, si los pacientes no pueden consumir suficientes proteínas y calorías durante más de 7 a 10 días

con una disminución continua del estado nutricional como lo indican las proteínas hepáticas séricas, la pérdida de peso y la antropometría, medios alternativos son necesarios (Kumar, 2012).

La nutrición enteral o parenteral está indicada para pacientes con cáncer que no pueden consumir una nutrición oral adecuada o en quienes la ingesta oral está contraindicada (Virizuela et al., 2018).

-Nutrición enteral: La nutrición enteral a menudo es necesaria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, esófago y estómago. Los tubos nasogástricos y los tubos que se extienden al duodeno o al yeyuno son los más adecuados para el soporte a corto plazo (<2 semanas). La alimentación enteral en el yeyuno es apropiada para pacientes con riesgo de aspiración. Sin embargo, si el paciente tiene un alto riesgo de aspiración, el soporte nutricional enteral está contraindicado (Heber & Li, 2016).

-Nutrición parenteral: La nutrición parenteral solo es necesaria en pacientes que no pueden utilizar la vía oral o enteral. Los pacientes con obstrucción, náusea intratable, vómitos, síndrome del intestino corto o íleo pueden requerir nutrición parenteral. Las razones adicionales para usar la vía parenteral en la población con cáncer son diarrea/malabsorción severa, mucositis severa o esofagitis, fístulas gastrointestinales de alto rendimiento que no pueden ser evitadas por intubación enteral o malnutrición preoperatoria severa (Arends, Baracos, et al., 2017)

4.2.2.3 Valoración nutricional

El objetivo principal de evaluar a un paciente con cáncer de manera integral es diseñar e implementar una terapia nutricional óptima, teniendo en cuenta el estado nutricional inicial, el diagnóstico actual y las comorbilidades; tratamiento del cáncer planificado y síntomas anticipados; y mayores necesidades nutricionales. La evaluación nutricional se utiliza para guiar e informar la planificación de la terapia nutricional con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento, controlar los síntomas y mejorar la función y la calidad de vida (Kumar, 2012).

Una evaluación integral del estado nutricional generalmente se basa en datos demográficos (consideración específica a la edad); medidas antropométricas; pruebas bioquímicas o de laboratorio; historial médico que incluye comorbilidades, indicadores clínicos y evaluación de cáncer y síntomas relacionados con el cáncer; evaluación dietética; evaluación oral; medicamentos actuales y planificados; evaluación psicosocial; capacidad de tragar; evaluación funcional incluyendo actividad física; y lo más importante es una evaluación de los sistemas de creencias culturales y religiosas de pacientes y familiares (Arends, Bachmann, et al., 2017; Kumar, 2012).

Se debe incluir, además, datos objetivos disponibles en los registros médicos del paciente e información proporcionada por los pacientes y sus familias, además de la información obtenida de otros miembros del equipo multidisciplinario.

Respecto a la valoración nutricional, no existe un método de evaluación ideal o individual que permita establecer un diagnóstico del estado nutricional completo, sino más bien, es la integración de varios indicadores subjetivos y objetivos la que permite establecer un

panorama más amplio de la condición nutricional de los pacientes oncológicos.

La evaluación nutricional subjetiva es un método de fácil aplicación, de bajo costo y no invasivo usado como cribaje nutricional para la identificación de pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición. Se incluye la valoración de antecedentes como cambios de peso, cambios en la ingesta alimenticia, síntomas gastrointestinales y modificación en la capacidad funcional; abarca, también, el examen físico relacionado a la pérdida de grasa subcutánea, atrofia muscular, edema de tobillos o sacro y ascitis. Posterior a la evaluación de estos indicadores, los pacientes son clasificados en bien nutridos, moderadamente desnutridos o severamente desnutridos (Lancheros-Páez, Merchán-Chaverra, & Martínez-Anaya, 2014).

Los indicadores objetivos del estado nutricional incluyen mediciones antropométricas, evaluación de la composición corporal y las pruebas bioquímicas de laboratorio.

Peso corporal: La evaluación periódica del peso corporal es útil para identificar si se ha producido pérdida de peso en un lapso determinado. Una pérdida de peso superior al 10% con respecto al peso normal del paciente se relaciona con un aumento del riesgo de desnutrición, especialmente si ocurre en un periodo inferior a 6 meses.

IMC: El índice de masa corporal es una medida que relaciona peso en kilogramos con la altura en metros al cuadrado. Los rangos de referencia de la OMS considera como valores normales entre 18,5 kg/m² y 24,8 kg/m², considerándose desnutrición valores inferiores a 18,5kg/m². Sin embargo, es un indicador poco preciso sobre los efectos de la terapia nutricional en el peso, motivo por el cual es una

medida poco apropiada del estado nutricional en pacientes oncológicos (OMS, 2016).

Pliegues cutáneos: Permiten valorar la grasa corporal y la masa muscular. La medición más habitual desde el punto de vista clínico es la del pliegue tricípital. Se debe considerar si existen o no edemas puesto que su utilidad está limitada en estas condiciones (Lancheros-Páez et al., 2014).

Las concentraciones plasmáticas de ciertos marcadores bioquímicos son útiles como indicadores del estado nutricional. La albúmina es la proteína utilizada con mayor frecuencia como marcador del estado nutricional en la práctica clínica. Se debe considerar que posee una vida media de aproximadamente 21 días, por lo cual no es un indicador adecuado de cambios del estado nutricional inmediatos. Los valores inferiores a 3,5 mg/dl son catalogados como hipoalbuminemia (Corella & Órdova, 2015).

La prealbúmina presenta una vida media de aproximadamente 2 días, lo cual la convierte en un buen indicador de desnutrición proteica visceral más preciso que la albúmina puesto que refleja cambios diarios en el estado del paciente. No obstante, también puede ser afectada por factores que no se relacionan con la ingesta de nutrientes, ya que su síntesis se reduce a nivel hepático en presencia de estados de inflamación sistémica (Montero et al., 2016).

4.2.2.4 Screening nutricional

El objetivo del tamizaje nutricional es identificar a los pacientes que presentan malnutrición o que, debido a un diagnóstico reciente, las comorbilidades y los enfoques de tratamiento planificados, pueden tener un alto riesgo de malnutrición (Sherry, Sauer, & Thrush, 2017).

El tamizaje nutricional debería realizarse tan pronto como sea posible, seguido de una evaluación nutricional completa cuando existe el riesgo (Arends, Baracos, et al., 2017). Aquellos pacientes con desnutrición leve o sin riesgo deben estar bajo vigilancia por cambios en la condición o el tratamiento (Kumar, 2012).

Instrumentos como la evaluación global subjetiva y los evaluadores simples que utilizan el índice de riesgo nutricional o NRS 2000 son ejemplos de herramientas válidas para su uso en poblaciones de pacientes con cáncer. Otras herramientas de detección, como la *Mini Nutritional Assessment*, han demostrado una buena correlación con los parámetros de laboratorio relacionados con los marcadores de inflamación, como la albúmina, la PCR, la adiponectina y la leptina asociados de forma independiente con la supervivencia.

4.2.2.5 Tratamiento dietético

Los pacientes bien alimentados tienen una tasa de supervivencia más alta en comparación con los pacientes con riesgo de desnutrición (19,9 frente a 3,7 meses), motivo por el cual la intervención dietoterapéutica es fundamental (Heber & Li, 2016).

El tratamiento dietético se realiza posterior a la determinación de las necesidades de energía, nutrientes, líquidos y suplementos (si son necesarios) (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2017). Los

objetivos de la intervención dietética deben ser específicos, alcanzables e individualizados para favorecer la cooperación del paciente y su familia.

El uso de fórmulas estándar para el cálculo de las necesidades energéticas puede ser impreciso dado el metabolismo energético alterado y las diferencias metabólicas en pacientes con diferentes tipos de cáncer. La calorimetría indirecta parece ser la más precisa para predecir el requerimiento calórico del paciente. Si no se puede medir directamente, 25-30 kcal/kg/día con 1,2 - 1,5 g de proteína/kg/día sirven como un rango objetivo para ayudar a mantener o restaurar la masa corporal magra.(Arends, Baracos, et al., 2017).

Respecto a los otros nutrientes, sobre todo vitaminas y minerales, no está recomendado el uso de suplementos en cantidades superiores a las dosis diarias recomendadas si no se han diagnosticado déficits específicos. Por otro lado, existen nutrientes específicos que se utilizan con el objetivo de modular el curso de la enfermedad. Así, por ejemplo, los ácidos grasos omega 3, la arginina o la glutamina son frecuentemente utilizados para en pacientes oncológicos, sin embargo, la heterogeneidad de los resultados de varios estudios ubican las recomendaciones del uso de estos nutrientes en un nivel de evidencia limitado (Arends, Baracos, et al., 2017).

En una primera fase, la dieta del paciente oncológico debe ser saludable, adecuada a sus necesidades, gustos y sintomatología; asimismo, debe seguir las normas de una alimentación saludable, equilibrada, variada, apetecible y suficiente.

Es importante la planificación de horarios e indicar la ingesta de 5 o 6 comidas al día en un ambiente agradable y con tiempo suficiente para comer. Debido a que las pequeñas cantidades se toleran mejor,

se debe asegurar una concentración nutricional elevada en pequeños volúmenes (Lavernia et al., 2016).

Cuando existen síntomas asociados al cáncer que dificulten la ingesta o generen molestias gastrointestinales, es conveniente modificar la consistencia o la textura de las preparaciones o alimentos, aumentar la frecuencia de las comidas mediante la distribución de los alimentos en varias comidas pequeñas y colaciones si es necesario y tolerado (Lavernia et al., 2016).

Las náuseas y vómitos son síntomas gastrointestinales frecuentes en los pacientes oncológicos, por ello, el abordaje dietético debe procurar disminuir las náuseas. Se pueden emplear estrategias como controlar la temperatura de los alimentos para que se mantengan al ambiente o ligeramente fríos para disminuir el sabor y el aroma; ofrecer alimentos de consistencia seca (pan tostado, plátano o yuca hervidos, yogur natural, frutas o verduras cocidas, entre otros). Se debe evitar brindar alimentos ricos en grasas, en preparaciones fritas, ácidos, o con exceso de condimentos y azúcares (Carmen et al., 2016; Lavernia et al., 2016).

En casos de diarrea, se recomienda ofrecer alimentos a temperatura ambiente o templada, evitar la leche, los quesos grasos, las carnes rojas, las verduras, las leguminosas, los cereales integrales, las bebidas alcohólicas, que contengan gas y alimentos integrales o poco tolerantes que puedan exacerbar los episodios de diarrea. Es importante mantener al paciente hidratado asegurando el consumo de 2-3 L de líquidos al día a través de agua, infusiones, caldos (Carmen et al., 2016).

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La asistencia nutricional oportuna influye en el estado nutricional en los pacientes oncológicos adultos durante su estancia hospitalaria.

6. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES

6.1 Variable independiente

Asistencia nutricional oportuna

6.2 Variable dependiente

Estado Nutricional

Operacionalización

VARIABLE	CATEGORÍA/ ESCALA	INDICADOR
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Sexo <ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según sexo.
	Edad, en años <ul style="list-style-type: none"> - 18-29 - 30-50 - 50-64 - > 65 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según edad.
	Motivo de ingreso (Localización del cáncer) <ul style="list-style-type: none"> - Cabeza - Boca - Esófago - Estomago - Intestino - Hígado - Páncreas - Mama/útero/próstata - Otros 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según motivo de ingreso.
	Interconsulta con el nutricionista durante estadía hospitalaria	% de pacientes oncológicos

	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No ¿En qué momento? <ul style="list-style-type: none"> - Ingreso - Durante - Alta 	adultos hospitalizados según interconsulta con el nutricionista.
	Toma de peso y talla al paciente durante su ingreso <ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según toma de peso y talla.
	Frecuencia de toma de peso y otros indicadores antropométricos durante la estadía hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> - Diario - Semanal - Nunca 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según frecuencia de toma de peso y otros indicadores antropométricos.
	Evaluación nutricional dentro de las 48 horas de hospitalización <ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según evaluación nutricional.
	Registro del diagnóstico nutricional en la Historia Clínica <ul style="list-style-type: none"> - Si - No ¿Cuál?	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según registro del diagnóstico nutricional.
	Aplicación de cribado nutricional durante la estadía hospitalaria	% de pacientes oncológicos

	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No Cuál?	adultos hospitalizados según aplicación de cribado nutricional.
	Intervención nutricional durante la estancia hospitalaria <ul style="list-style-type: none"> - Si - No Indique acciones tomadas	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según intervención nutricional.
	Registro de exámenes bioquímicos en la Historia Clínica <ul style="list-style-type: none"> - Si - No Indique cuáles.	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según registro de exámenes bioquímicos en la Historia Clínica.
	Recomendación nutricional al momento del alta clínico <ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según recomendación nutricional.
	Balanzas y tallímetros de fácil acceso <ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según balanzas y tallímetros de fácil acceso.

	Ayuno preoperatorio - Si - No	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según ayuno preoperatorio.
	Ayuno durante el ingreso hospitalario - Si - No	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según ayuno durante el ingreso hospitalario.
	Alimentación por vía oral - Si - No	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según alimentación por vía oral
	Suplementos dietéticos - Si - - No	% de pacientes oncológicos adultos hospitalizados según suplementos dietéticos.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

7.1 Enfoque y diseño metodológico

La presente investigación se llevó a cabo con el enfoque cuantitativo de diseño retrospectivo, descriptivo y observacional

7.2 Población

7.2.1 Universo

La población total lo constituyeron todos los pacientes adultos hospitalizados en la Sociedad Lucha contra el cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil, fueron un total de 500, según el departamento de Estadísticas del Hospital.

7.2.2 Muestra

Se trabajó con el total de 90 pacientes adultos hospitalizados en la Sociedad Lucha contra el cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil.

7.3 Tipo de muestreo

Se trabajó con el muestreo a conveniencia

7.4 Criterios de selección de la muestra

7.4.1 Inclusión

Se incluyó en la investigación a pacientes oncológicos adultos hospitalizados en Sociedad Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) atendidos durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil y que tuvieron una estancia hospitalaria mínima de 48 horas.

7.4.2 Exclusión

- Historias clínicas que hayan poseído información confidencial y no cuenten con el debido consentimiento por parte de las autoridades
- Pacientes que hayan sido derivados de otras entidades de salud que no pertenezcan a SOLCA
- Pacientes oncológicos pediátricos

7.5 Métodos y técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada en la investigación fue documental puesto que se realizó una revisión de historias clínicas de los pacientes oncológicos adultos hospitalizados en Sociedad Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil.

7.6 Recolección, procesamiento y análisis de la información

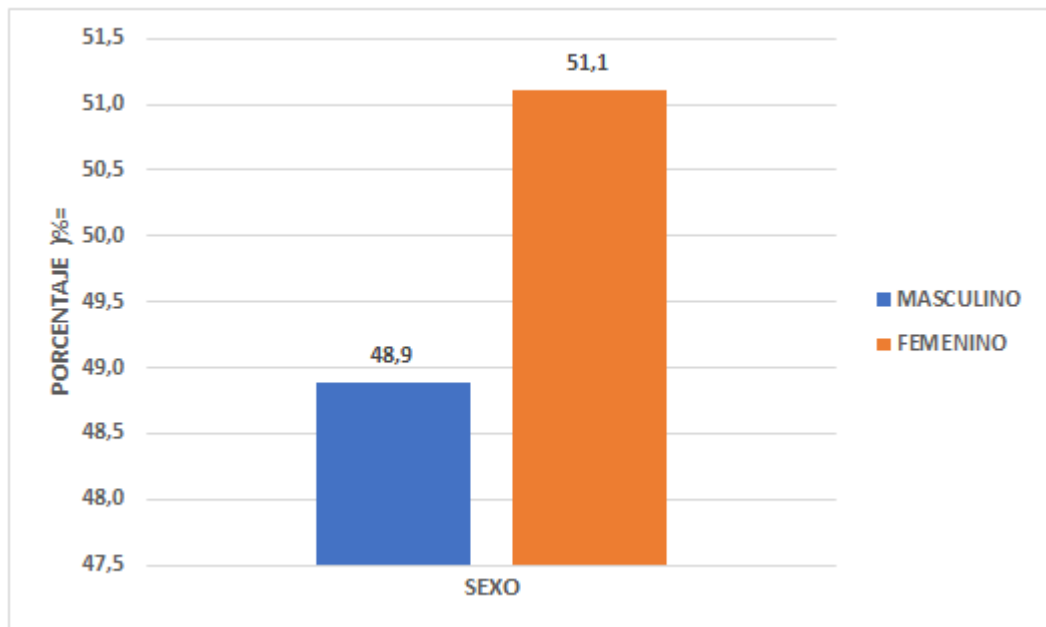
Para la recolección de la información se eligió a conveniencia a los pacientes oncológicos adultos hospitalizados en Sociedad Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil, y que cumplan con los criterios de inclusión para el estudio.

Una vez recogida la información se procedió a analizar cada uno de los datos obtenidos de las historias clínicas. Los resultados se sistematizarán con el programa estadístico SPSS 23, donde se llevó a cabo un análisis descriptivo.

8. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN SEXO



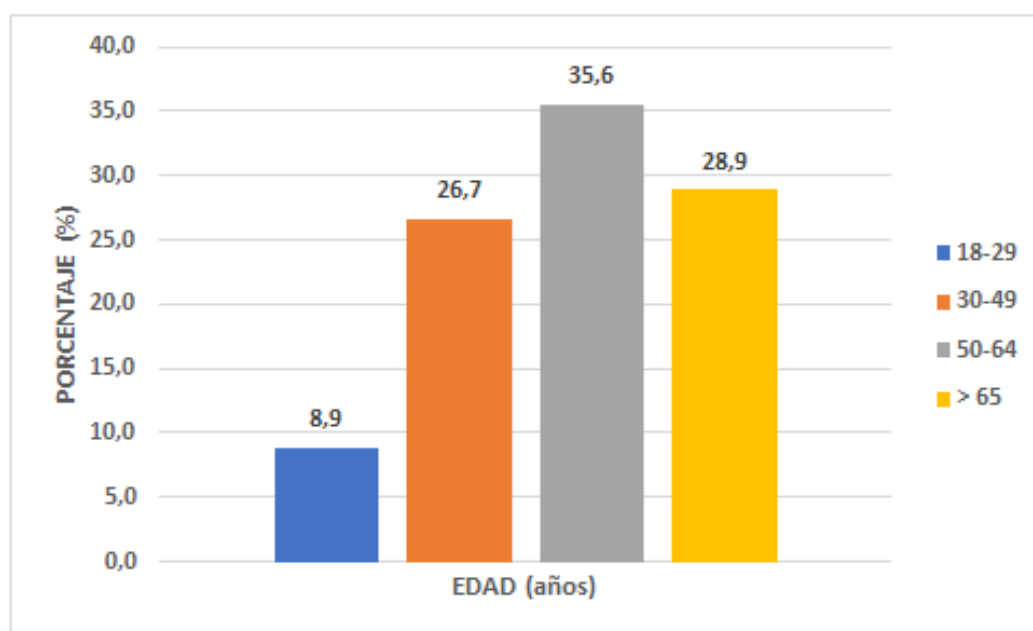
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 1

De acuerdo a los datos obtenidos se puede observar que el mayor porcentaje de investigados pertenecen al sexo femenino que representa al 51.1% de toda la población. Un menor porcentaje corresponden al sexo masculino que refleja un 48.9%.

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN EDAD



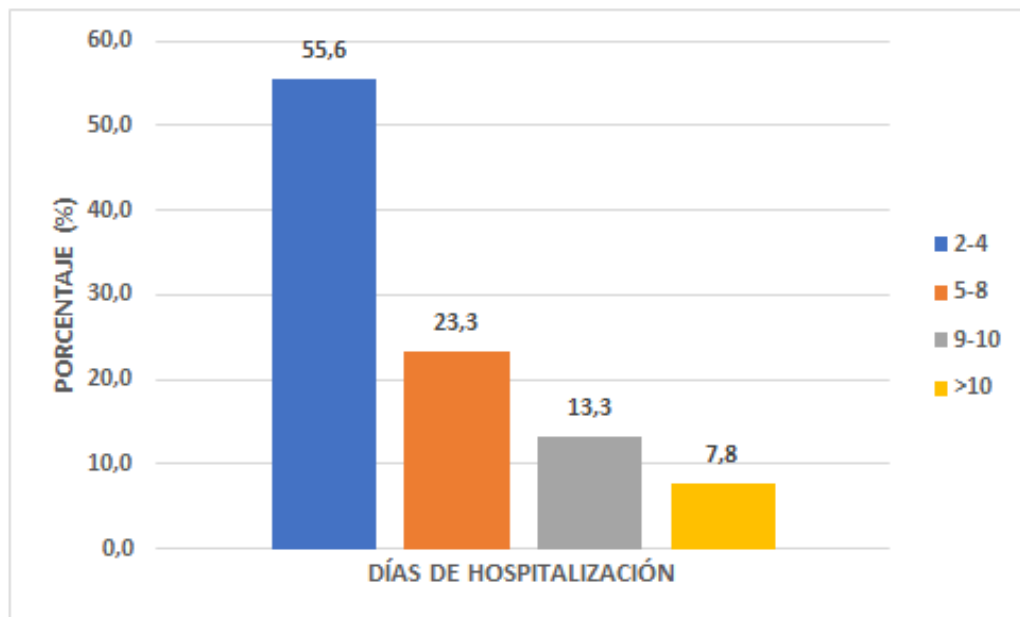
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 2

Según la edad de los investigados se puede observar que el mayor porcentaje presenta una edad promedio entre los 50 a 64 años, mientras que, un menor porcentaje oscila entre los 18 a 29 años.

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente: Encuesta de Investigación

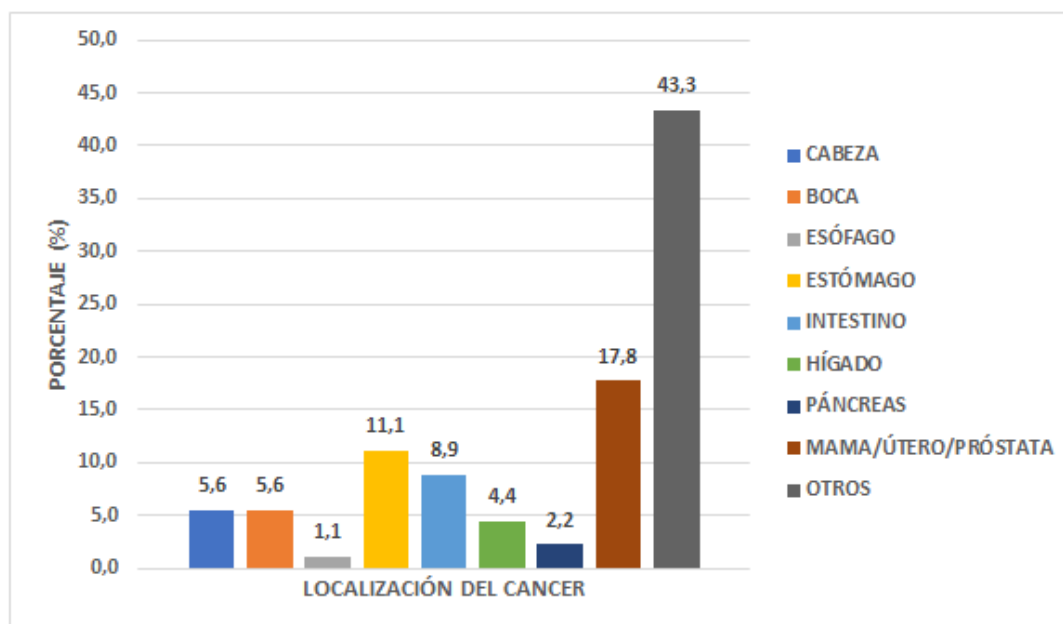
Análisis gráfico 3

Con respecto a los días de hospitalización se puede observar que el mayor porcentaje de investigados tuvo una estancia hospitalaria entre 2 a 4 días que representó al 55.6% de la muestra. Por otra parte, un menor porcentaje tuvo una hospitalización superior a los 10 días que reflejó el 7.8%.

Los pacientes con una larga estancia hospitalaria, pueden padecer de desnutrición o sufrir pérdidas de nutrientes, ya que por el mismo estrés en muchas ocasiones sufren de anorexia o tienen poco apetito.

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN LOCALIZACIÓN DE CÁNCER



Fuente: Encuesta de Investigación

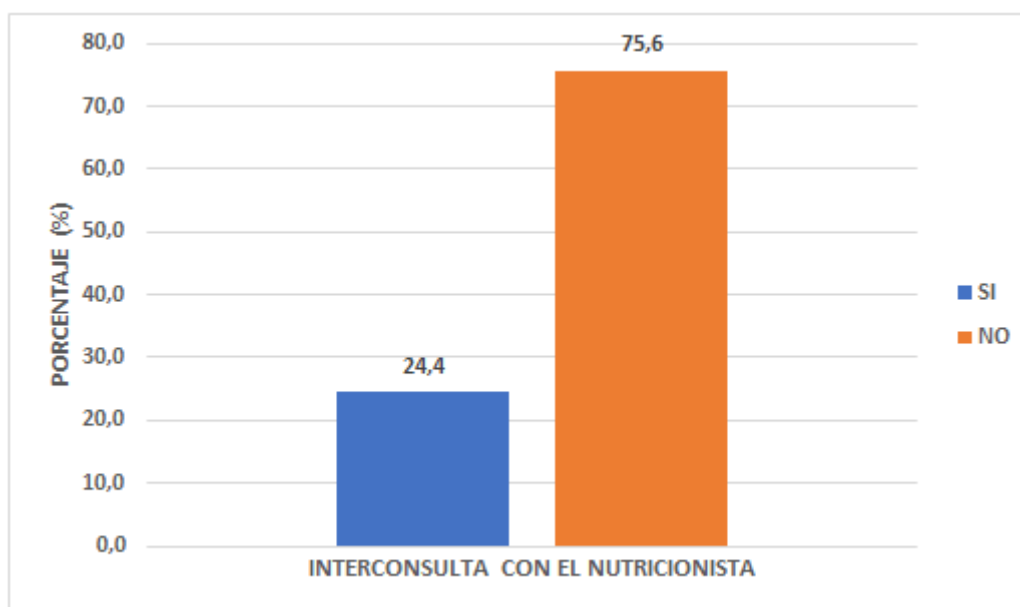
Análisis gráfico 4

De acuerdo a la localización del cáncer se puede observar que el mayor porcentaje presenta tipos de cáncer pocos comunes como los de columna, leucemia, ganglios linfáticos, huesos, entre otros. El 1.1% presentó cáncer de esófago.

Actualmente el cáncer constituye una de las principales causas de muertes en el Ecuador. Una de las causas son antecedentes patológicos familiares y llevar un estilo de vida poco saludable.

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN INTERCONSULTA CON EL NUTRICIONISTA DURANTE LA ESTADÍA HOSPITALARIA



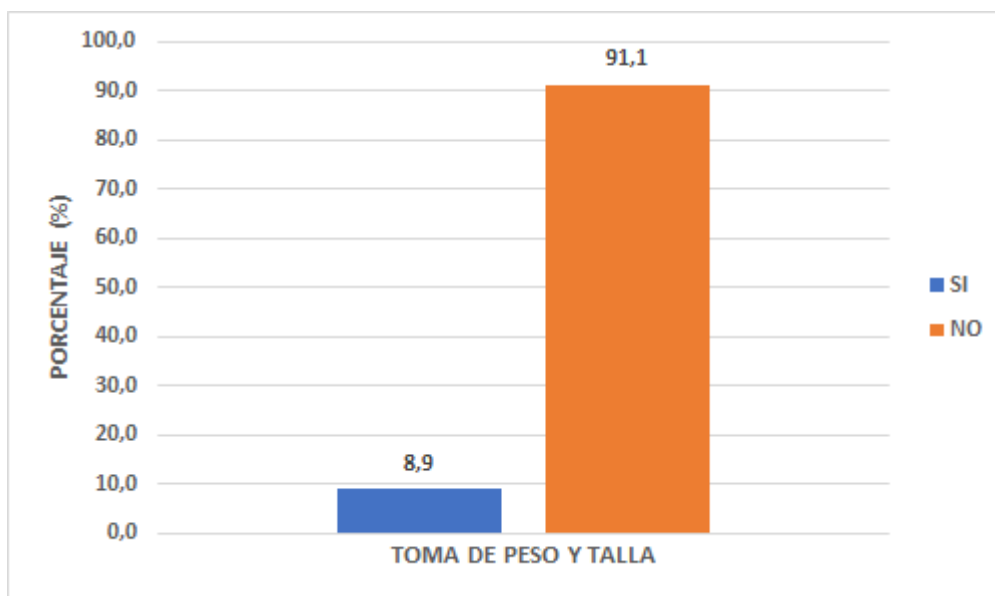
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 5

Se puede observar que el mayor porcentaje de investigados no recibió interconsulta con el nutricionista durante su estadía hospitalaria que representó al 75.6%. Es importante la valoración de un nutricionista en el tratamiento de todas las enfermedades como parte del equipo multidisciplinario, para evitar la desnutrición y evolución de la enfermedad, y aún más en el paciente con cáncer, ya que por su misma condición tienden a estar en riesgo nutricional.

GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN TOMA DE PESO Y TALLA AL PACIENTE DURANTE SU INGRESO



Fuente: Encuesta de Investigación

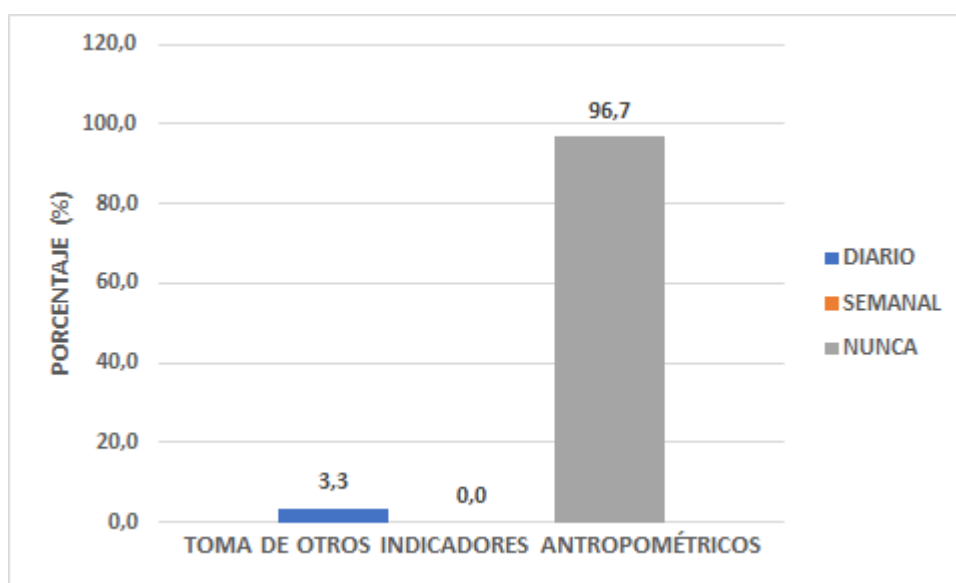
Análisis gráfico 6

Según los datos obtenidos se puede observar que el 91.1% de los investigados no se les tomó ni el peso ni la talla durante su ingreso, mientras que al 8.9% si se les tomó.

Es importante la toma de peso y talla a los pacientes durante su estadía hospitalaria para que de esta manera se pueda monitorear la evolución nutricional y evitar que el paciente se descompense, en el caso de ser posible tomar acciones nutricionales inmediatas.

GRÁFICO 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN FRECUENCIA DE TOMA DE PESO Y OTROS INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DURANTE LA ESTADÍA HOSPITALARIA



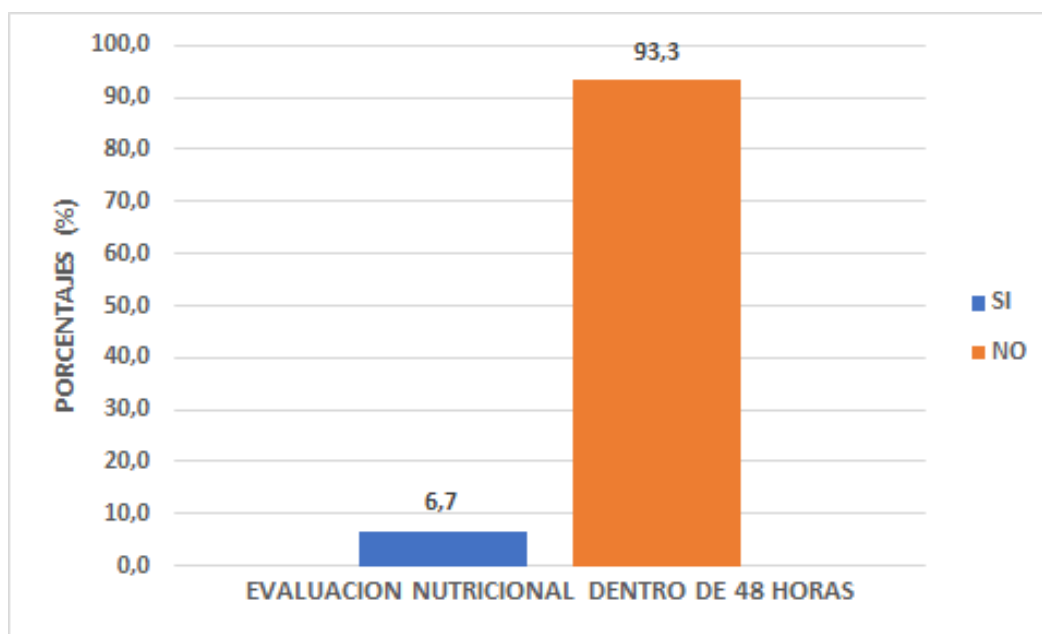
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 7

Se puede observar que a los pacientes durante toda su estadía hospitalaria no se le tomaron parámetros antropométricos y otros indicadores que ayudan a diagnosticar el estado nutricional actual del paciente, esto representó al 96.7% de toda la muestra. Solo a un 3.3% de investigados se los valoró nutricionalmente a diario que representa el menor porcentaje.

GRÁFICO 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN EVALUACIÓN NUTRICIONAL DENTRO DE LA 48 HORAS DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente: Encuesta de Investigación

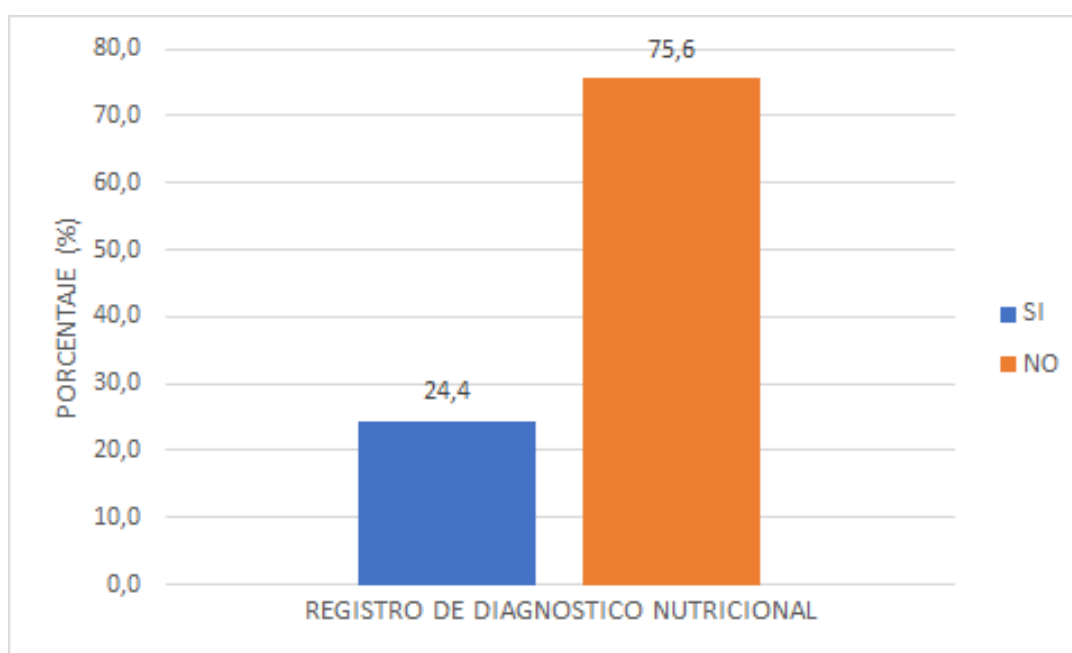
Análisis gráfico 8

En el gráfico 8 se puede evidenciar que el mayor porcentaje de investigadores no se los valoró nutricionalmente dentro de las primeras 48 horas de hospitalización que reflejó al 93.3% de toda la muestra. El menor porcentaje de investigadores si se los valoró que representó al 6.7%.

La valoración nutricional precoz en el paciente hospitalizado ayuda que el paciente reciba un tratamiento integral dietético-farmacológico eficaz que puede ayudar a prevenir la desnutrición intrahospitalaria.

GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN REGISTRO DEL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN LA HISTORIA CLÍNICA



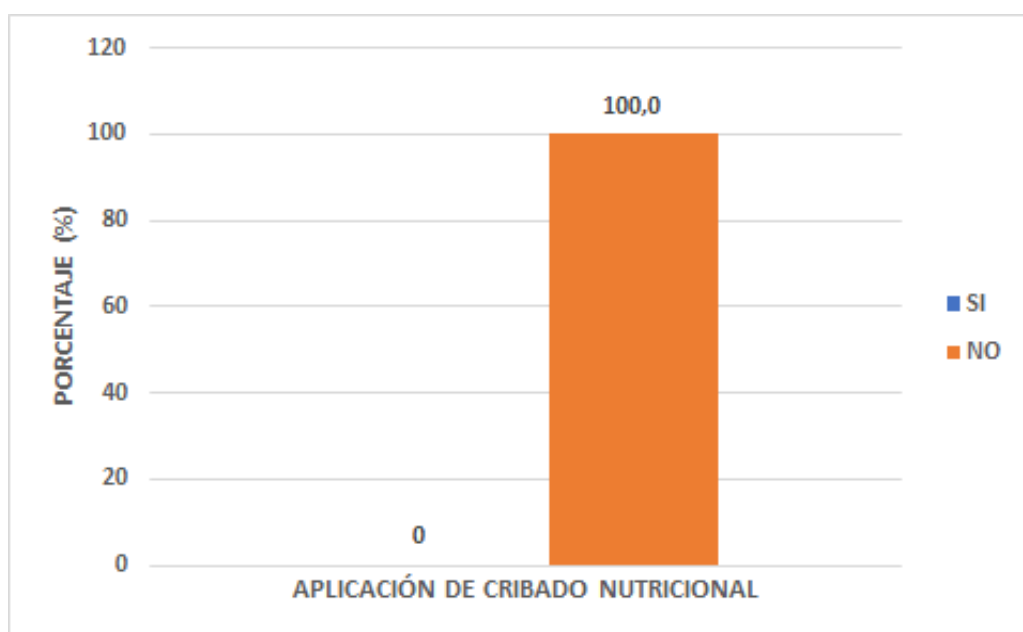
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 9

Con respecto al diagnóstico nutricional se puede observar que el 75.6% no se les registró el estado nutricional en las historias clínicas, mientras que a un 24.4% si se les hizo el respectivo registró en base al índice de masa corporal.

GRÁFICO 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN APLICACIÓN DE CRIBADO NUTRICIONAL DURANTE LA ESTADÍA HOSPITALARIA



Fuente: Encuesta de Investigación

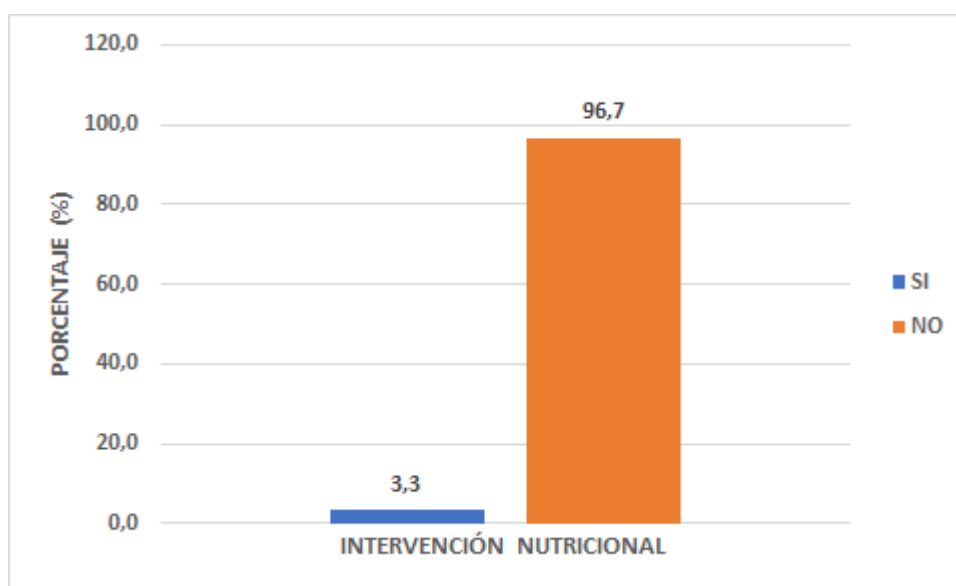
Análisis gráfico 10

Se puede observar que el mayor porcentaje de investigados no se les aplicó ningún cribado nutricional que representó al 100% de la muestra.

Actualmente existen diferentes herramientas y métodos de cribado que nos permiten detectar el riesgo nutricional como la valoración global subjetiva y NRS 2002 y es muy importante su aplicación para determinar el estado nutricional actual del paciente.

GRÁFICO 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN INTERVENCIÓN NUTRICIONAL DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA



Fuente: Encuesta de Investigación

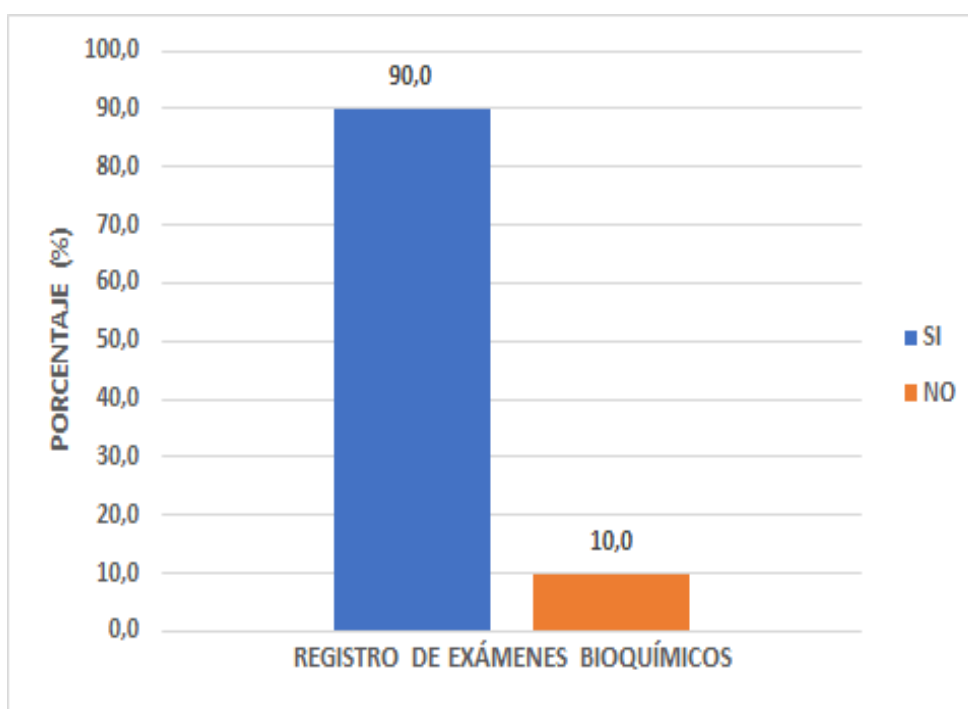
Análisis gráfico 11

De acuerdo a los datos obtenidos se puede observar que el mayor porcentaje de investigados no recibieron atención nutricional durante su estancia hospitalaria que reflejó el 96.7%, mientras que, un 3.3% si la recibió.

La atención nutricional durante la estancia hospitalaria en pacientes oncológicos resulta muy importante para la recuperación del estado nutricional del paciente y además de brindar una dieta adecuada acorde a su condición médica y presencia de signos y síntomas gastrointestinales.

GRÁFICO 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN REGISTRO DE EXÁMENES BIOQUÍMICOS EN LA HISTORIA CLÍNICA



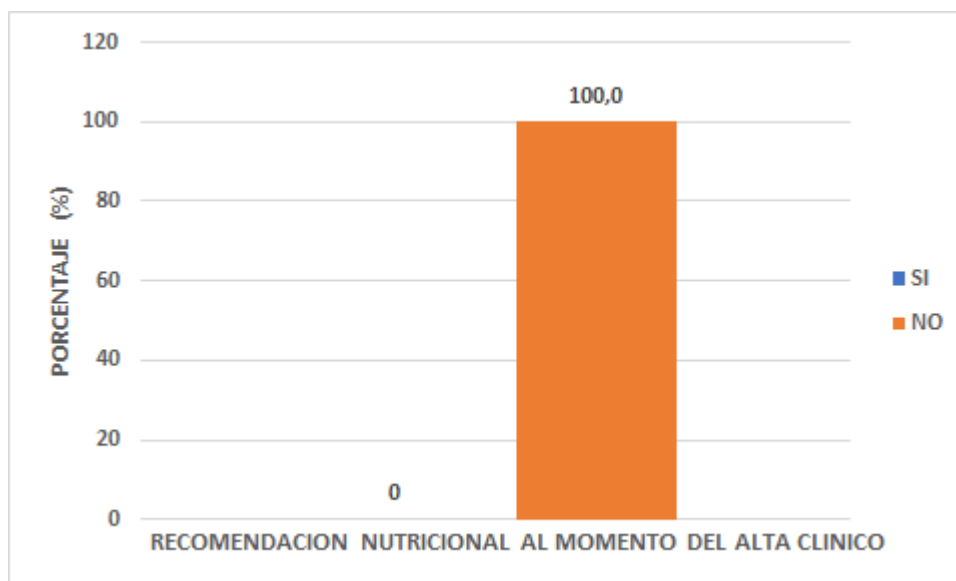
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 12

El 90% de las historias clínicas evidencia que a los pacientes se les realizó exámenes bioquímicos relevantes de acuerdo a su condición médica. Entre los principales marcadores bioquímicos realizados se encuentran la biometría hemática, glucosa basal, urea, creatinina, ácido úrico, enzimas hepáticas, electrolitos, entre otros. Un menor porcentaje no se les realizó ninguna prueba bioquímica que representó al 10% de toda la muestra.

GRÁFICO 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL AL MOMENTO DEL ALTA CLÍNICO



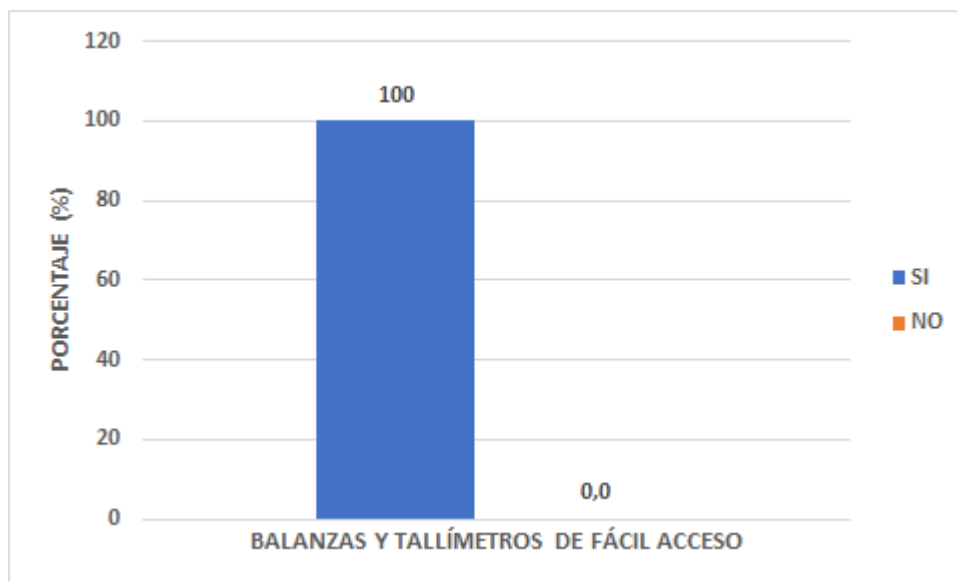
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 13

En las historias clínicas se pudo evidenciar que el 100% de los pacientes no recibieron recomendaciones nutricionales de acuerdo a su diagnóstico clínico al momento del alta.

GRÁFICO 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN BALANZAS Y TALLÍMETROS DE FÁCIL ACCESO



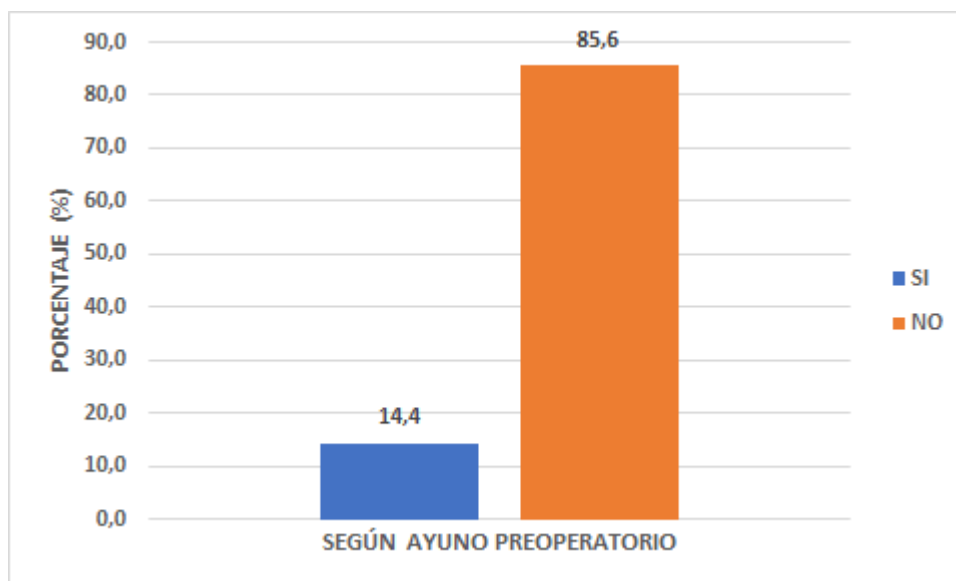
Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 14

En las diferentes salas se pudo observar que existen balanzas y tallímetros de fácil acceso donde se podría tomar los parámetros antropométricos como peso y talla y posteriormente evaluar su estado nutricional.

GRÁFICO 15

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN AYUNO PREOPERATORIO



Fuente: Encuesta de Investigación

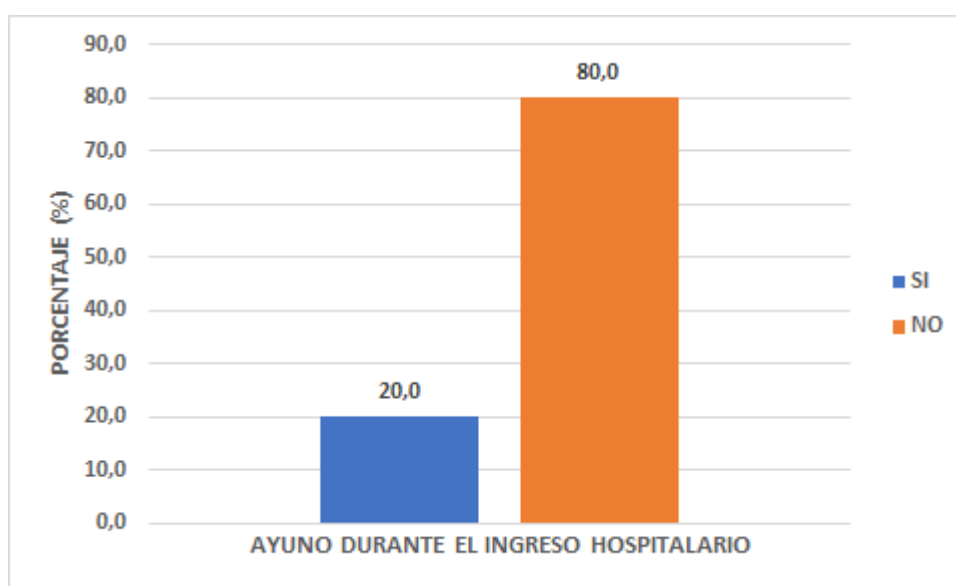
Análisis gráfico 15

De acuerdo a los datos reportados se puede observar que el 85% de paciente no fue sometido a ayuno preoperatorio durante su estancia hospitalaria. Por otro lado, solo el 14.4% de los investigados ayunó durante su hospitalización.

El ayuno prolongado en pacientes hospitalizados incrementa el riesgo de desnutrición produciendo descompensación.

GRÁFICO 16

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN AYUNO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO



Fuente: Encuesta de Investigación

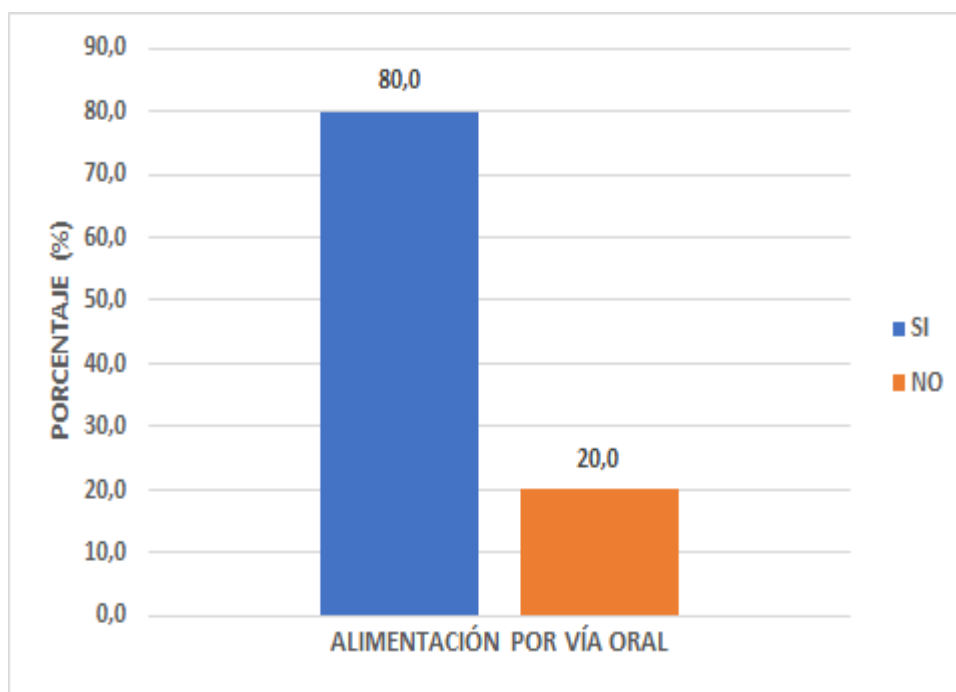
Análisis gráfico 16

De acuerdo a los datos reportados se puede observar que el 80% de paciente no fue sometido a ayuno durante su estancia hospitalaria. Por otro lado, solo el 20% de los investigados ayunó durante su hospitalización.

El ayuno prolongado en pacientes hospitalizados incrementa el riesgo de desnutrición produciendo descompensación.

GRÁFICO 17

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL



Fuente: Encuesta de Investigación

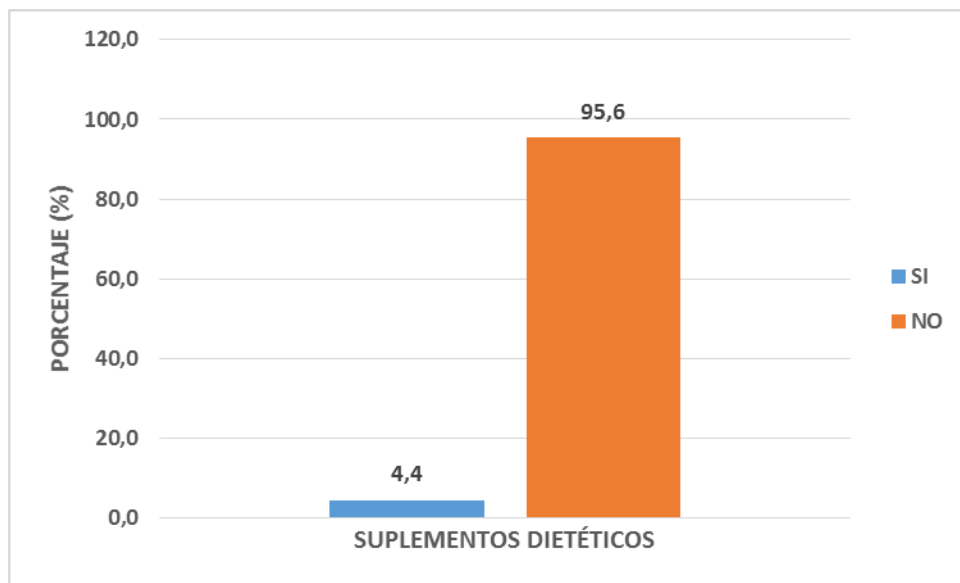
Análisis gráfico 17

Según los datos obtenidos se pudo evidenciar que el 80% de los pacientes recibían alimentación por vía oral, mientras que, un menor porcentaje recibían alimentación por vía enteral o parenteral que representó al 20%.

La mejor vía para recibir la alimentación es la vía oral, ya que es la vía más segura que existe y se absorben todos los nutrientes de los alimentos que el paciente consume.

GRÁFICO 18

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA SEGÚN SUPLEMENTOS DIETÉTICOS



Fuente: Encuesta de Investigación

Análisis gráfico 18

En las historias clínicas no existe un registro que los pacientes hayan estado consumiendo suplementos dietéticos de acuerdo a su estado nutricional actual, esto representó al 95.6% de toda la muestra. Por otro lado, solo el 4.4% consumía algún tipo de suplemento.

9. CONCLUSIONES

- A través de la revisión de las historias clínicas se pudo evidenciar que el 75.6% de investigados no recibieron atención nutricional de manera oportuna. Es importante la valoración de un nutricionista en el tratamiento de todas las enfermedades como parte del equipo multidisciplinario, para evitar la desnutrición y evolución de la enfermedad, y aún más en el paciente con cáncer, ya que por su misma condición tienden a estar en riesgo nutricional.
- Se pudo constatar que al 91.1% de los pacientes no se les registró ni el peso, ni la talla durante su ingreso o durante su estancia hospitalaria. Es importante la toma de peso y talla a los pacientes durante su estadía hospitalaria para de esta manera monitorear la evolución nutricional y evitar que el paciente se descompense, en el caso de ser posible tomar acciones nutricionales inmediatas.
- Se pudo verificar que el mayor porcentaje de investigados no se les aplicó ningún cribado nutricional que representó al 100% de la muestra. Los cribados nutricionales como la valoración global subjetiva y el screening nutricional son herramientas que sirven para identificar si el paciente se encuentra en riesgo nutricional y es muy importante su aplicación para determinar el estado nutricional actual del paciente.
- En el 90% de las historias clínicas se evidencia que a los pacientes se les realizó exámenes bioquímicos relevantes de acuerdo a su condición médica. Entre los principales marcadores bioquímicos realizados se encuentran la biometría hemática, glucosa basal, urea, creatinina, ácido úrico, enzimas hepáticas, electrolitos, entre otros. Un menor porcentaje no se les realizó ninguna prueba bioquímica que representó al 10% de toda la muestra.

- De acuerdo a la hipótesis planteada podemos concluir que la asistencia nutricional oportuna si influye sobre el estado nutricional de los pacientes oncológicos hospitalizados, ya que el abordaje nutricional inmediato puede identificar y prevenir la desnutrición intrahospitalaria y mejorar la calidad de vida.

10. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los valores antropométricos como peso y talla del paciente hospitalizado se registren al momento del ingreso y otro indicador como el porcentaje de pérdida de peso del paciente, para monitorear periódicamente el riesgo de desnutrición intrahospitalaria.
- Se recomienda hacer uso de un cribado nutricional rutinario a lo largo de la enfermedad para detectar el riesgo de desnutrición. El cribado validado a nivel ambulatorio y de hospitalización en el paciente oncológico es el Malnutrition Screening Tool (MST)
- Sería muy importante que se forme un Equipo de Terapia Nutricional conformado por Nutricionistas, Médicos y enfermeras para realizar una asistencia nutricional oportuna al paciente hospitalizado.
- Integrar al Nutricionista a la atención integral del paciente desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y desde el primer día de hospitalización.
- Brindar asesoría nutricional al paciente y familiar al momento de alta clínico para así realizar cambios en los hábitos alimentarios y mejorar la calidad de vida del paciente.

11. BIBLIOGRAFÍA

American Cancer Society. (2010). Principios de la quimioterapia: análisis exhaustivo de las técnicas y su papel en el tratamiento del cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia.html>

American Cancer Society. (2018). Cancer Facts & Figures 2018, 76.

Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., ... Preiser, J.-C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11–48. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>

Arends, J., Baracos, V., Bertz, H., Bozzetti, F., Calder, P. C., Deutz, N. E. P., ... Weimann, A. (2017). ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 36(5), 1187–1196. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.017>

Banikazemi, Z., Haji, H. A., Mohammadi, M., Taheripak, G., Iranifar, E., Poursadeghiyan, M., ... Mirzaei, H. (2018). Diet and cancer prevention: Dietary compounds, dietary MicroRNAs, and dietary exosomes. *Journal of Cellular Biochemistry*, 119(1), 185–196. <https://doi.org/10.1002/jcb.26244>

- Baskar, R., Lee, K. A., Yeo, R., & Yeoh, K.-W. (2012). Cancer and radiation therapy: current advances and future directions. *International Journal of Medical Sciences*, 9(3), 193–199. <https://doi.org/10.7150/ijms.3635>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Carmen, G. C., Samara, P. M., Coral, C. B. S., Pilar, R. S., & J, R. S. P. (2016). *ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y CÁNCER: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO*. Editorial UNED.
- Corella, D., & Órdova, J. M. (2015). Biomarcadores: antecedentes, clasificación y guía para su aplicación en epidemiología nutricional. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1). <https://doi.org/10.14642/RENC.2015.21.sup1.5064>
- Domingo, J. L., & Nadal, M. (2017). Carcinogenicity of consumption of red meat and processed meat: A review of scientific news since the IARC decision. *Food and Chemical Toxicology: An International Journal Published for the British Industrial Biological Research Association*, 105, 256–261. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2017.04.028>
- Friedenreich, C. M., Neilson, H. K., Farris, M. S., & Courneya, K. S. (2016). Physical Activity and Cancer Outcomes: A Precision Medicine Approach. *Clinical Cancer Research*, 22(19), 4766–4775. <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-16-0067>

- Fritz, A., & Shanmugaratnam, K. (2003). *CIE-O: clasificación internacional de enfermedades para oncología*. Pan American Health Org.
- García, D. (2010). *Proyecto de implementación de la atención nutricional adecuada en el Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colmont"*. Universidad Técnica Particular de Loja, Portoviejo.
- Hassanpour, S. H., & Dehghani, M. (2017). Review of cancer from perspective of molecular. *Journal of Cancer Research and Practice*, 4(4), 127–129. <https://doi.org/10.1016/j.jcrpr.2017.07.001>
- Heber, D., & Li, Z. (2016). Nutrition Intervention in Cancer. *Medical Clinics*, 100(6), 1329–1340. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.011>
- Hejmadi, M. (2010). *Introduction to Cancer Biology*. Recuperado de https://books.google.com/books/about/Introduction_to_Cancer_Biology.html?hl=es&id=dLF3UCIWECYC
- Krishnasamy, K., Li Yoong, T., Mei Chang, C., Peng Choong, L., & Chinna, K. (2017). Identifying Malnutrition: Nutritional Status in Newly Diagnosed Patients With Cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1188/17.CJON.E23-E29>
- Kumar, N. B. (2012). *Nutritional Management of Cancer Treatment Effects*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. Recuperado de [//www.springer.com/gp/book/9783642272325](http://www.springer.com/gp/book/9783642272325)
- Lancheros-Páez, L. L., Merchán-Chaverra, R. A., & Martínez-Anaya, L. J. (2014). Screening nutritional risk in cancer patients. *Revista de la*

Facultad de Medicina, 62, 57–64.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3sup.41182>

Lavernia, H. C., Vinageras, E. N., Menéndez, Y., & Penié, J. B. (2016). Intervención nutricional en el paciente con cáncer. *Revista Cubana de Medicina.*, 55(1), 15.

Linden, D., Love, P., Bowman, E., & Maher, J. (2016). Managing the consequences of cancer in primary care. *Br J Gen Pract*, 66(648), 348–349. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685789>

Mahan, L. K., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (2017). *Krause Dietoterapia* (14a ed.). Barcelona: Elsevier.

Maher, E. J. (2013). Managing the consequences of cancer treatment and the English National Cancer Survivorship Initiative. *Acta Oncologica*, 52(2), 225–232. <https://doi.org/10.3109/0284186X.2012.746467>

Marín Caro, M. M., Gómez Candela, C., Castillo Rabaneda, R., Lourenço Nogueira, T., García Huerta, M., Loria Kohen, V., ... Pardo Masferrer, J. (2008). Nutritional risk evaluation and establishment of nutritional support in oncology patients according to the protocol of the Spanish Nutrition and Cancer Group. *Nutricion Hospitalaria*, 23(5), 458–468.

Meyskens, F. L., Mukhtar, H., Rock, C. L., Cuzick, J., Kensler, T. W., Yang, C. S., ... Alberts, D. S. (2016). Cancer Prevention: Obstacles, Challenges, and the Road Ahead. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 108(2). <https://doi.org/10.1093/jnci/djv309>

Ministerio de Salud Pública. (2018). Cifras de Ecuador – Cáncer de Mama – Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 30 de noviembre de 2018, de <https://www.salud.gob.ec/cifras-de-ecuador-cancer-de-mama/>

Montero, Y. M., Matos, J. S., Penié, J. B., Villalón, R. D., Velázquez, M. N., & Díaz, I. M. (2016). Utilidad de la prealbúmina en la evaluación y seguimiento nutricional de pacientes con riesgos de desnutrición. *Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”, 13.*

Organización Mundial de la Salud. (2016). OMS | Cáncer. Recuperado el 23 de diciembre de 2018, de <http://www.who.int/cancer/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. Recuperado el 23 de diciembre de 2018, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Planas, M., Álvarez-Hernández, J., León-Sanz, M., Celaya-Pérez, S., Araujo, K., García de Lorenzo, A., & on behalf of the PREDyCES® researchers. (2016). Prevalence of hospital malnutrition in cancer patients: a sub-analysis of the PREDyCES® study. *Supportive Care in Cancer, 24*(1), 429–435. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2813-7>

Porth, C. (2009). *Porth Pathophysiology: Concepts of Altered Health States*. Lippincott Williams & Wilkins.

Rauh, S., Antonuzzo, A., Bossi, P., Eckert, R., Fallon, M., Fröbe, A., ... Villarini, A. (2018). Nutrition in patients with cancer: a new area for medical oncologists? A practising oncologist’s interdisciplinary position

paper. *ESMO Open*, 3(4). <https://doi.org/10.1136/esmooopen-2018-000345>

Sánchez, C. (2013). Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 553–562. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70659-X](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70659-X)

Schwingshackl, L., Schwedhelm, C., Galbete, C., & Hoffmann, G. (2017). Adherence to Mediterranean Diet and Risk of Cancer: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 9(10). <https://doi.org/10.3390/nu9101063>

Sherry, C. L., Sauer, A. C., & Thrush, K. E. (2017). Assessment of the Nutrition Care Process in US Hospitals Using a Web-Based Tool Demonstrates the Need for Quality Improvement in Malnutrition Diagnosis and Discharge Care. *Current Developments in Nutrition*, 1(11). <https://doi.org/10.3945/cdn.117.001297>

Silva, F. R., De, M. O., Souza, A. S., Figueroa, J. N., & Santos, C. S. (2015). Factors associated with malnutrition in hospitalized cancer patients: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 14, 123–123. <https://doi.org/10.1186/s12937-015-0113-1>

Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhurst, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G., & Ziegler, T. R. (2013). Critical Role of Nutrition in Improving Quality of Care: An Interdisciplinary Call to Action to Address Adult Hospital Malnutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(9), 1219–1237. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.05.015>

- Torre, L. A., Siegel, R. L., Ward, E. M., & Jemal, A. (2016). Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends--An Update. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 25(1), 16–27. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0578>
- Vineis, P., & Wild, C. P. (2014). Global cancer patterns: causes and prevention. *The Lancet*, 383(9916), 549–557. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62224-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62224-2)
- Virizuela, J. A., Cambolor-Álvarez, M., Luengo-Pérez, L. M., Grande, E., Álvarez-Hernández, J., Sendrós-Madroño, M. J., ... Ocón-Bretón, M. J. (2018). Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: an expert consensus report. *Clinical & Translational Oncology: Official Publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*, 20(5), 619–629. <https://doi.org/10.1007/s12094-017-1757-4>
- Yucel, B., Akkaş, E. A., Okur, Y., Eren, A. A., Eren, M. F., Karapınar, H., ... Kılıçkap, S. (2014). The impact of radiotherapy on quality of life for cancer patients: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2479–2487. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2235-y>
- Zugazagoitia, J., Guedes, C., Ponce, S., Ferrer, I., Molina-Pinelo, S., & Paz-Ares, L. (2016). Current Challenges in Cancer Treatment. *Clinical Therapeutics*, 38(7), 1551–1566. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2016.03.026>

12. ANEXOS

FORMATO DE ENCUESTA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE NUTRICIÓN DIETÉTICA Y ESTÉTICA



DE ENCUESTA.....

ENCUESTA ESTUDIO DETERMINACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICO-NUTRICIONAL A PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER (SOLCA) ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2017, GUAYAQUIL.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente:

Sexo:

Edad:

Fecha de ingreso:

Motivo de ingreso:

Enfermedades de base:

2. HISTORIA CLÍNICA

¿El paciente en algún momento durante su estadía hospitalaria recibió interconsulta con el nutricionista?

Si No Si la respuesta es afirmativa indique el momento: Ingreso durante alta

¿Al momento del ingreso se realizó la toma de peso y talla del paciente?

Si No

¿Durante la estadía hospitalaria con qué frecuencia se tomó el peso y otros indicadores antropométricos relevantes en el paciente?

Diario Semanal Nunca

¿Dentro de las 48 horas de hospitalización se le realizó la evaluación nutricional del paciente?

Si No

¿En la historia clínica existe registro del diagnóstico nutricional del paciente?

Si No Si la respuesta es afirmativa indique cuál:.....

¿Durante la estadía hospitalaria al paciente se le aplicó algún cribado para determinar el riesgo nutricional del paciente?

Si No Si la respuesta es afirmativa indique cuál:.....

¿Los pacientes con riesgo de desnutrición u otras complicaciones nutricionales recibieron intervención nutricional durante su estancia hospitalaria?

Si No Si la respuesta es afirmativa indique las acciones tomadas:.....

¿En la historia clínica se registraron los resultados de albúmina, hemoglobina, conteo global de leucocitos, conteo global de linfocitos y cualquier otra determinación que sea relevante nutricionalmente?

Si No Si la respuesta es afirmativa indique cuáles:.....

¿El paciente recibió recomendaciones nutricionales o un plan de alimentación al momento del alta clínico?

Si No Si la respuesta es afirmativa indique el tipo de dieta.....

¿En las salas de hospitalización existen balanzas y/o tallimetro de fácil acceso?

Si No

3. ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE



Ayuno preoperatorio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ayunó alguna vez durante este ingreso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso de respuesta afirmativa, por cuánto tiempo (Sume todas las veces en que haya estado en ayunas)	_____ días	
Se alimenta por vía oral	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Recibe suplementos dietéticos aparte de la dieta habitual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Cuál _____	Fue indicado por el médico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rellene estos campos si el paciente ha recibido alimentos/nutrientes mediante sondas u ostomías		
Está/Estuvo bajo Nutrición Enteral	Fecha de Inicio _____	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Continúa bajo tratamiento	Fecha de Terminación _____	
Intermitente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Continua	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de Infusión	<input type="checkbox"/> Gravedad	<input type="checkbox"/> Bolos <input type="checkbox"/> Bomba
Tipo de Dieta <input type="checkbox"/> Artesanal <input type="checkbox"/> Artesanal Modular	<input type="checkbox"/> Modular	<input type="checkbox"/> Industrial Polimérica <input type="checkbox"/> Industrial Oligomérica
Si recibe dieta industrializada <input type="checkbox"/> Polvo	<input type="checkbox"/> Líquida	
Posición de la Sonda	<input type="checkbox"/> Gástrica	<input type="checkbox"/> Postpilórica <input type="checkbox"/> Desconocida
Sonda de <input type="checkbox"/> Convencional (PVC) <input type="checkbox"/> Poliuretano/Silicona <input type="checkbox"/> Gastrostomía quirúrgica <input type="checkbox"/> Gastrostomía endoscópica <input type="checkbox"/> Yeyunostomía		
Rellene estos campos si el paciente ha recibido infusiones parenterales de nutrientes		
Está/Estuvo bajo Nutrición Parenteral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Continúa bajo tratamiento	
Nutrición Parenteral	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Periférica
Fecha de Inicio _____	Fecha de Término _____	
Nutrición Parenteral Exclusiva con Glucosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Se han empleado lípidos parenterales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20%
Cuántas veces por semana se usan los lípidos	<input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres <input type="checkbox"/> 4 o Más	



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Chonga Balla Claudia Mariana** con C.C: # 0953694171 y **Cisneros García Evelyn Vanessa**, con C.C: # 092723811-3 autor/a del trabajo de titulación: **Determinación de la Asistencia Nutricional que tuvieron los Pacientes Oncológicos Adultos Hospitalizados en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil.** Previo a la obtención del título de **Licenciada en Nutrición Dietética y Estética** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **19 de marzo de 2019**

f. _____
Chonga Balla, Claudia Mariana
C.C: 0953694171

f. _____
Cisneros García Evelyn Vanessa
C.C: 092723811-3



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Asistencia Nutricional a los Pacientes Oncológicos Adultos Hospitalizados en la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil.		
AUTOR(ES)	Claudia Mariana y Cisneros García, Evelyn Vanessa		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Yaguachi Alarcón, Ruth Adriana		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Medicina		
CARRERA:	Nutrición, Dietética y Estética		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciada en Nutrición, Dietética y Estética		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	19 de marzo del 2019	No. DE PÁGINAS:	64
ÁREAS TEMÁTICAS:	Oncología Médica; Estado Nutricional; Cribado; Hospitalización, Terapia Nutricional.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Palabras Claves: TERAPIA NUTRICIONAL; ONCOLOGÍA MÉDICA; ESTADO NUTRICIONAL; CRIBADO; DESNUTRICIÓN; HOSPITALIZACIÓN		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):	La asistencia nutricional es fundamental en pacientes oncológicos debido al impacto del cáncer y su tratamiento sobre el estado nutricional. El abordaje nutricional debe realizarse a la brevedad posible para evitar o revertir alteraciones relacionadas con la ingesta de alimentos y/o en composición corporal del paciente. El presente trabajo determinó la asistencia nutricional que recibieron los pacientes hospitalizados en SOLCA, durante el año 2017 en la ciudad de Guayaquil; tuvo un enfoque cuantitativo de diseño retrospectivo, descriptivo y observacional. La muestra fue de 90 pacientes oncológicos adultos que cumplían con los criterios de inclusión. A través de la revisión de la historia clínica se obtuvieron datos relacionados a la intervención nutricional, aplicación de cribados nutricionales y evaluación de parámetros antropométricos y bioquímicos. Para el análisis de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 23. Los resultados indican que el 75,6% de investigados no recibieron atención nutricional oportuna. Se recomienda formar un Equipo de Terapia Nutricional conformado por Nutricionistas, Médicos y enfermeras para reducir la desnutrición en el paciente hospitalizado.		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 0991702851 0984867040	E-mail: mariana.chonga@hotmail.com evitom_1628@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Álvarez Córdoba, Ludwig Roberto Teléfono: +593-999963278 E-mail: drludwigalvarez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			