



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TESIS DE GRADO

**Previa a la obtención del Título de:
LICENCIADAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

TEMA:

**ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR.
JULIO VILLACRESES COLMONT NOVIEMBRE 2012-MAYO
2013.**

AUTORAS

**Cevallos Sánchez Gabriela Carolina
García Mendoza Filerma Yamaly**

DIRECTORA DE TESIS

Lcda. Daniela Andrade Valarezo

Portoviejo–Manabí–Ecuador

Año 2013

TEMA:

ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON
QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO
VILLACRESES COLMONT NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

DEDICATORIA

Este logro está dedicado a ese ser supremo y poderoso que es Dios, a mi Madre y a mi Esposo, por brindarme su comprensión y apoyo incondicional, en especial a mi hija Kiara Yavielys, ya que es mi mayor fuerza y dedicación para ser constante y seguir adelante en mi carrera profesional, cada logro es por ella y para ella, además a todas las personas que de una u otra manera fueron parte de este logro en esta etapa tan importante de mi vida.

GABRIELA CEVALLOS SÁNCHEZ

DEDICATORIA

Dios, mi guía y gran fortaleza, a ti Padre celestial dedico este trabajo por permitirme llegar a tan importante etapa de mi vida en la cual siento realización personal y profesional.

A mis Padres, que a pesar de la distancia, cada mañana al despertar dedican su pensamiento y oraciones a mi bienestar, a Ustedes mis ángeles terrenales, los merecedores del éxito en mi trayectoria estudiantil que gracias a su esfuerzo y dedicación supieron guiarme hasta estas instancias.

A mis Hermanos, por su confianza y apoyo emocional que me brindaron siempre y por soñar conmigo hasta ser testigos de un sueño cumplido.

Al Dr. Byron Landívar, amigo con gran calidad humana, con mucho cariño le dedico parte de este trabajo, ya que con sus sabias palabras y oportunos consejos me ha orientado a proyectar mis deseos de superación hacia un futuro lleno de éxitos.

A mi compañera Karina Moreira, por su incondicional amistad, tendiendo su mano en buenos y malos momentos.

Amigos y demás personas que directa o indirectamente ayudaron en la realización y culminación de la presente.

FILERMA GARCÍA MENDOZA

AGRADECIMIENTO

La gratitud es una de las cualidades más bellas del ser humano por eso una vez concluida una de nuestras metas sentimos el deber de agradecer:

A Dios, porque sin él no hubiéramos tenido la posibilidad de culminar el trabajo de investigación.

A nuestros Padres, por brindarnos su apoyo económico y emocional el cual consideramos el más importante pilar para formar seres humanos exitosos y emprendedores.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, a la Carreras de Nutrición y Dietética, lugar donde logramos obtener conocimientos.

Amiga y maestra Lcda. Silvana Zambrano Loor, por brindarnos su gran apoyo durante la realización de este importante trabajo, con muy sabios conocimientos nos guió y ayudó de manera paciente y oportuna. Mil gracias.

A nuestra Directora de Tesis Lcda. Daniela Andrade Valarezo y a los Miembros del Tribunal de Revisión, Evaluación y Sustentación, Lcdo. Jisson Vega Intriago. Mg. Eds. en calidad de Presidente de Tribunal, y Lcda. Jessica Mendoza Balcazar como Miembro del Tribunal, por brindarnos asesoramiento y encaminarnos a la ejecución de nuestro trabajo de tesis.

LAS AUTORAS



CERTIFICACIÓN

Lcda. Daniela Andrade Valarezo, Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, en calidad de Directora de Tesis tiene a bien CERTIFICAR:

Que las egresadas: **CEVALLOS SÁNCHEZ GABRIELA CAROLINA Y GARCÍA MENDOZA FILERMA YAMALY**, han cumplido la siguiente investigación Diagnóstica Propositiva; Titulado: **“ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013”**, El mismo que está de acuerdo a lo reglamentado por la Universidad Técnica de Manabí, por lo consiguiente autorizo su presentación ante el Tribunal respectivo.

Lcda. Daniela Andrade Valarezo.

DIRECTORA DE TESIS



CERTIFICACIÓN

Lcdo. Jisson Vega Intriago, certifica que la tesis de investigación titulada “**ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013**”, es trabajo original de las egresadas Gabriela Carolina Sánchez y Filerma Yamaly García Mendoza, que ha sido realizada bajo mi dirección.

Lcdo. Jisson Vega Intriago Mg. Eds.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS



CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.**

El Tribunal de Revisión, Evaluación y Sustentación de Tesis, conformado por los Sres.; Lcdo. Jisson Vega Intriago. Mg, en calidad de Presidente del Tribunal de Tesis, y Lcda. Daniela Andrade Valarezo, Lcda. Jessica Mendoza Balcazar intervienen como Miembros del Tribunal; para la Tesis bajo la Modalidad de Diagnóstica Propositiva Titulada:

“ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013”; Cuyos autores son: **CEVALLOS SÁNCHEZ GABRIELA CAROLINA Y GARCÍA MENDOZA FILERMA YAMALY.**

Sometida a consideración por el Tribunal Examinador de Revisión y Sustentación de Tesis legalizado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Técnica de Manabí, se reunió por algunas ocasiones, para analizar y estudiar este trabajo de investigación; por lo tanto certificamos que está listo para ser aprobado y seguir su trámite.

Atentamente:

.....
Dr. Bosco Barberán Mera Mg. Gs.
DECANO DE LA FACULTAD

.....
Lcda. Aracely Romero Albán Mg. Gs.
SUBDECANA/PRESIDENTA
DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

.....
Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURÍDICO

.....
Lcdo. Jisson Vega Intriago. Mg. Eds.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS

.....
Lcda. Daniela Andrade Valarezo
DIRECTORA DE TESIS

.....
Lcda. Jessica Mendoza Balcazar
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



DECLARACIÓN DE DERECHOS DE AUTORÍA

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.**

Declaramos que este trabajo de tesis cuyo tema es: “**ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013**”, fue realizada por las egresadas de la Carrera de Nutrición y Dietética: **CEVALLOS SÁNCHEZ GABRIELA CAROLINA Y GARCÍA MENDOZA FILERMA YAMALY**. Donde declaramos que es un trabajo original, producto de la constancia y esfuerzo de las autoras antes mencionadas sin derechos a reproducción por terceros.

Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

.....
Cevallos Sánchez Gabriela Carolina

C.I. 131270301-8

.....
García Mendoza Filerma Yamaly

C.I. 080326072-8

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Certificación del Director de Tesis	v
Certificación del Presidente de Tesis	vi
Certificación del Tribunal de Revisión y Evaluación	vii
Declaratoria de Derecho de Autoría	viii
Índice de Contenidos	x
Índice de Tablas y Gráficos Estadísticos	xii
Tema	
Resumen	xiv
Summary	xv
	Pág.
Introducción	
Justificación	3
Planteamiento del Problema	4
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Marco Teórico	7
Variables	29
Variable Dependiente	29
Variable Independiente	29
Operacionalización de Variables	30
Metodología	33
Diseño Metodológico	33
Área de Estudio	33
Universo y Muestra	33

Criterios de Inclusión	33
Criterios de Exclusión	33
Métodos de Recolección de Datos	34
Análisis e Interpretación de la Información	34
Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	34
Recursos Humanos	35
Recursos Técnicos	35
Recursos Materiales	35
Recursos Tecnológicos	35
Recursos Institucionales	36
Recursos Económicos	36
Presupuesto	37
Cronograma de Actividades	38
Análisis e Interpretación de los Resultados	39
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
Glosario	71
Bibliografía	72
Anexos	74

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

TABLA Y GRÁFICO 1.	
Género de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	39
TABLA Y GRÁFICO 2.	
Edad de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	41
TABLA Y GRÁFICO 3.	
Estado nutricional de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	43
TABLA Y GRÁFICO 4.	
Tipo de enfermedad oncológica de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	45
TABLA Y GRÁFICO 5.	
Tiempo de tratamiento de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	47
TABLA Y GRÁFICO 6.	
Número de comidas consumidas en el día de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	49
TABLA Y GRÁFICO 7.	
Tipo de alimentos que acostumbran a consumir los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	51
TABLA Y GRÁFICO 8.	
Tipo de trastornos digestivos de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.	53
TABLA Y GRÁFICO 9.	
Síntomas durante el tratamiento con quimioterapia de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico	55

con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013.

TABLA Y GRÁFICO 10.

Peso durante el tratamiento de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013. 57

TABLA Y GRÁFICO 11.

Práctica de actividad física de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013. 59

TABLA 12 Y GRÁFICO 12.

Cantidad de agua ingerida en el día de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013. 61

TABLA Y GRÁFICO 13.

Encargados de la alimentación de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013. 63

TABLA Y GRÁFICO 14.

Consumo de suplemento nutricional de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses Colmont noviembre 2012-mayo 2013. 65

TABLA Y GRÁFICO 15.

Alimentación recomendada por un nutricionista de los pacientes oncológicos, en la determinación del estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el hospital Dr. Julio Villacreses noviembre 2012-mayo 2013. 67

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que influye significativamente en el estado nutricional del paciente oncológico y en especial a aquellos que reciben tratamiento de quimioterapia. El estudio realizado a pacientes oncológicos con quimioterapia ambulatoria en el Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont” de la Ciudad de Portoviejo, fue de tipo diagnóstico-propositivo conformado por una muestra de 100 casos los cuales fueron evaluados, diagnosticando un 48% con bajo peso según el tipo y ubicación de la neoplasia, entre el 39 y el 47% de pacientes presentaron un cuadro de desnutrición y el 78% ha presentado antecedentes de disminución de peso, especialmente en fases finales de la enfermedad.

Existen cambios en la composición corporal, que condicionan pérdida de peso y alteraciones bioquímicas, relacionadas a deficiencias inmunológicas que facilitan el progreso de la enfermedad. La quimioterapia contribuye con la anorexia y la pérdida urinaria excesiva de proteínas, así como de calcio y potasio por alteraciones gastrointestinales. Además, esto se potencializa con los efectos adversos provocados por los fármacos empleados en la terapia. El efecto del tratamiento propicia estados prolongados de inapetencia que finalmente producen la disminución del peso corporal, contribuyendo a una mortalidad, originando además estancia hospitalaria prolongada, dificultad para aplicación de tratamientos y escasa respuesta terapéutica. La herramienta utilizada para esta evaluación del estado nutricional fue el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet; es una medida que relaciona el peso con la talla. Es necesario tener en cuenta que el peso se afecta más que la talla por el estado nutricional y la composición corporal. Una precoz y adecuada valoración del estado nutricional permitirá diagnosticar e identificar casos de mayor riesgo, e iniciar abordaje educativo y tratamiento nutricional adecuado.

Los resultados de esta investigación demuestran claramente la importancia de estas herramientas para la valoración nutricional en el paciente oncológico, al lograr una alta detección de pacientes con malnutrición. Por lo que se creó una guía nutricional enfocada a la adecuada alimentación que requieren estos pacientes, ya que el estado nutricional adecuado mejora el pronóstico de supervivencia.

PALABRAS CLAVES: Cáncer, Estado Nutricional, Quimioterapia Ambulatoria, Evaluación Nutricional, Paciente Oncológico.

SUMMARY

Cancer is a disease that affects the nutritional status of cancer patients and especially those receiving chemotherapy. The study of oncology patients receiving chemotherapy in the Hospital "Dr. July Villacreses Colmont" Portoviejo City, was diagnosing type-purposing conformed for a sample of the 100 cases which were evaluated, diagnosed 48% with, underweight according to the type and location of the tumor, between 39 and 47% of patients had a malnutrition and 78% have had a history of weight loss, especially in the late stages of the disease.

There are changes in body composition that determine weight loss and biochemical abnormalities related to immune deficiencies which facilitate the progress of the disease. Chemotherapy contributes to anorexia and excessive urinary loss of protein as well as calcium and potassium by gastrointestinal disorders. This also potentiates the adverse effects, caused by drugs used in therapy. The effect of prolonged treatment generates appetite states that ultimately produce the decrease in body weight, contributing to mortality, besides causing prolonged hospital stay, treatments difficulty and poor application of therapeutic response.

The tool used for the assessment of nutritional status was the Body Mass Index (BMI) or Quetelet index, is a measure that relates weight to height. It is necessary to note that the weight is affected more than the size for the nutritional status and body composition. An early and adequate nutritional status assessment will diagnose and identify high-risk cases, and start an educational approach and nutritional treatment.

The results of this research clearly demonstrate the importance of these tools for nutritional assessment in cancer patients, to achieve high detection of patients with malnutrition. So we created a nutritional guide focused on proper feeding that required for these patients because adequate nutritional status improves survival prognosis.

KEY WORDS: Cancer, Nutritional Status, Chemotherapy Outpatient, Nutrition Assessment, Patient Cancer.

INTRODUCCIÓN

El paciente oncológico tiene riesgo aumentado de presentar desnutrición debido a diversos factores que interfieren con el estado nutricional; en especial hay que considerar la enfermedad en sí, el tratamiento aplicado (quirúrgico, quimioterápico y radioterápico) y el estado emocional. Por ello se les debe realizar una adecuada valoración nutricional para determinar ese riesgo.

Los efectos adversos del cáncer en lo que a nutrición se refiere pueden ser graves y comprender ciertos aspectos relacionados con el tratamiento y otros asociados al impacto psicológico de la enfermedad. En el momento del diagnóstico, son frecuentes la anorexia, la pérdida de peso y el mal estado nutricional. Incluso las pequeñas pérdidas de peso (de menos del 5% del peso corporal) antes del tratamiento, se asocian a un mal pronóstico, lo que refuerza la importancia de la evaluación y la intervención nutricional oportuna.

El tratamiento de quimioterapia es a base de sustancias químicas o medicamentos, aplicado a los pacientes con cáncer mediante la administración oral, intramuscular e intravenosa para atacar a tantas células cancerosas como sea posible.

Los efectos adversos provocados por éste tratamiento pueden afectar la ingesta de alimentos y por ende el estado nutricional del paciente. Los síntomas relacionados con la nutrición comprenden mielosupresión (supresión de la producción de neutrófilos, plaquetas y eritrocitos por parte de la médula ósea), anemia, cansancio, náuseas y vómitos, pérdida del apetito, mucositis, alteraciones del gusto y el olfato, xerostomía (sequedad bucal), disfagia y alteraciones de la función intestinal, como diarrea o estreñimiento.

Lo que se pretende con la intervención nutricional es evitar pérdidas significativas de peso en el paciente mediante asesoría nutricional indicando cómo poder sobrellevar mediante la alimentación los efectos adversos del tratamiento quimioterápico.

La nutrición también se ve afectada de forma negativa por diferentes factores: el propio cáncer, la modalidad de tratamiento (incluidas quimio y radioterapia o cirugía) y el estado sanitario y nutricional del paciente.

Las dietas contienen tanto inhibidores como activadores de carcinogénesis. Ejemplo de los primeros son los antioxidantes como la Vitamina C y E, carotenoides y agentes licopeno. En cambio, entre los activadores se encuentran la grasa de las carnes rojas o los hidrocarburos aromáticos policíclicos, que se forman al cocinar la carne a la parrilla a altas temperaturas.

Las formas de preparación y conservación de los alimentos son también factores condicionantes del desarrollo de carcinógenos.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica porque se pudo evidenciar la falta de un adecuado control nutricional en los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria, por cuanto se pretende intervenir mediante educación nutricional para contribuir a reducir los efectos adversos del tratamiento y por ende mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La desnutrición constituye una problemática para el nutricionista bastante compleja en el paciente oncológico porque obedecen a la aplicación de su tratamiento de “quimioterapia” y además por su misma enfermedad, factores que difícilmente puedan ser modificados, en base a esto, actualmente se emplean métodos de cribado o diagnóstico rápido de malnutrición los cuales identifican a los pacientes que se encuentren en riesgo de desnutrición. Basados en la inclusión de preguntas sobre hábitos alimentarios, además de medidas antropométricas comunes, las cuales utilizaremos como herramienta y técnica a la vez para dar un acertado diagnóstico del estado nutricional de estos pacientes sometidos a quimioterapia.

Estos métodos son más sencillos y rápidos de realizar, de resultados reproducibles y con poca variación interobservador.

Esta investigación beneficiará especialmente al paciente con cáncer sometido a quimioterapia e indirectamente a su familia ya que con una adecuada intervención nutricional contribuye a disminuir a la morbilidad del mismo.

Por su importancia beneficiará a SOLCA, en la definición de una especialidad en cuanto a nutrición se refiere, dirigida a pacientes crónicos específicamente oncológicos, ya que ayudará a implementar estrategias preventivas nutricionales en éstos pacientes.

Beneficia a la Universidad Técnica de Manabí, ya que constituirá un aporte educativo para la Carrera de Nutrición y Dietética, los cuales actualizarán conocimientos en materia de especialidad dirigida al paciente oncológico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial el cáncer es un problema de Salud Pública y sigue siendo la segunda causa de morbilidad en los países desarrollados tras las enfermedades cardiovasculares. Afecta a personas de todas las edades y condiciones: niños, jóvenes, ancianos, ricos, pobres, hombres y mujeres. Lo cual se ve afectado muy significativamente por la íntima relación existente entre dieta y estilo de vida de la población. Un cambio en la dieta puede reducir la incidencia global de cáncer entre un 30 y un 40 por ciento, lo que equivale a entre tres y cuatro millones de casos anuales en todo el mundo, junto con el abandono del tabaco implica que entre el 60 y el 70 por ciento de los cánceres son evitables, a modo de ejemplo de esta problemática.

La OMS estima que a nivel mundial, para el año 2031 existirán 15,5 millones de casos nuevos de cáncer; más de la mitad de ellos se registrarán en países no desarrollados entre los que se incluye Ecuador.

En Ecuador se indica en 2009, la última cifra del Registro Nacional de Tumores de SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer), la cual realizan cada 4 años, menciona que 14 de cada 100 ecuatorianos murieron de cáncer. Más datos mencionan que los tumores malignos de estómago ocupan el décimo lugar en la escala de las 20 enfermedades mortales en el país.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador posee una de las tasas anuales más altas en Latinoamérica con un 11,6 por ciento. Pese a estos datos, por cada ecuatoriano que muere de cáncer, existe otro que sobrevive y acaba con el mito de que la enfermedad es sinónimo solamente de muerte y dolor.

Conociendo que la secuencia de sucesos que desarrolla un posible cáncer, es una combinación de factores genéticos, ambientales y estilos de vida, siendo este último un factor que está en nuestras manos poder modificarlo. Un número significativo de cánceres se asocian con una alimentación inadecuada.

Factores como el sobrepeso, obesidad, alcohol en exceso, consumo de alimentos salados y curados se relacionan con un aumento del riesgo a desarrollar cáncer.

SOLCA está diagnosticando un aproximado de mil nuevos casos por año desde el 2010; y desde el inicio de la institución, en el año 1994, ya se han detectado alrededor de quince mil casos en la provincia. Un total de 954 casos de cáncer han sido diagnosticados durante el 2011 en SOLCA Manabí Núcleo de Portoviejo.

Al separar la cifra por sexos en el país, el cáncer de estómago continúa siendo el mayor causante de muertes tanto en hombres y mujeres.

En los varones, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar de prevalencia con un 13 por ciento. Los registros de SOLCA muestran una tendencia a aumentar las enfermedades prostáticas malignas en los últimos cinco años, sin concluir que sea causante de muerte directa como regla general. Entre las ecuatorianas, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de aparición, con una tasa de 35,4 por cada 100 mil mujeres mayores de 40 años.

De aquí surge la interrogante: ¿Cómo afecta la quimioterapia ambulatoria en el estado nutricional del paciente oncológico en el hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont”?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont, Noviembre 2012 – Mayo 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar los hábitos alimenticios del paciente oncológico sometido a quimioterapia ambulatoria mediante una encuesta alimentaria.

Evaluar el estado nutricional del paciente oncológico sometido a quimioterapia ambulatoria a través de medidas antropométricas (IMC).

Intervenir en la recuperación del estado nutricional del paciente oncológico sometido a quimioterapia ambulatoria mediante asesoría nutricional personalizada.

Implementar una guía alimentaria en base a las complicaciones gastrointestinales que presenta el paciente oncológico sometido a quimioterapia ambulatoria, que contribuya a mejorar el estado nutricional y favorezca al tratamiento.

MARCO TEÓRICO

Cáncer es el resultado de la proliferación no controlada de un grupo de células que, posteriormente y como estrategia de supervivencia, adquieren cierta capacidad invasiva que les permite migrar y colonizar otros tejidos y órganos. La consecuencia es un desequilibrio entre una masiva división celular no compensada por la pérdida o la muerte celular, que da lugar a la aparición de masas de células que invaden y dañan los tejidos y órganos del hospedador.

El origen de estos episodios proliferativos es conocido como oncogénesis y se define como un complejo proceso dinámico en el que intervienen un elevado número de variables y se desarrolla a lo largo de múltiples etapas temporales y espaciales.

La carcinogénesis es el origen o desarrollo del cáncer. La oncología es el estudio de todas las formas de cáncer, y un oncólogo es el médico especializado en cáncer. Los investigadores piensan que son cambios en la función genética los que provocan que las células normales se transformen en células cancerosas. Así pues, el estudio del material genético y de su función reviste un gran interés científico en el cáncer y su tratamiento.¹

El problema aparece cuando la mutación del ADN es lo suficientemente fuerte como para que la célula lesionada no responda a los sistemas de control celular y no se autodestruya. Cuando esto ocurre, la estructura dañada progresa y adquiere un comportamiento anormal en cuanto a su capacidad de dividirse. Su proliferación se acentúa, de manera que se produce un crecimiento celular excesivo, anómalo, que da lugar a la aparición de un tumor.

Cuando dicho tumor está bien localizado y las células que lo constituyen no poseen la capacidad de invadir a los tejidos vecinos ni de destruir otros órganos, nos referimos a tumores benignos. Por este motivo, hasta obtener el diagnóstico, ante la aparición de un tumor no hay que desesperarse ni pensar lo peor, ya que puede tratarse de un tipo de tumor benigno cuyas consecuencias, evidentemente, no son las mismas que si se tratara de un cáncer. En cambio, cuando las células también pierden

¹ ESCOTT Sylvia, Dietoterapia de Krause. (13 va ed.), 2012.

las características físicas originales son incapaces de realizar sus funciones propias del tejido del que proceden y, además, tienden a invadir las estructuras vecinas, el tumor se considera maligno. Es decir cáncer.² Las células cancerosas poseen una gran capacidad de desplazamiento, por lo que pueden desprenderse y viajar a través del torrente sanguíneo o linfático. Estas estructuras dañinas invaden otros órganos y tejidos, donde forman nuevas colonias tumorales o metástasis.

No en todos los cánceres aparece un tumor. En la leucemia las células cancerosas progresan e invaden la médula ósea (tejido que se encarga de la formación de las células de la sangre), pero no dan lugar a la formación de un tumor. Con el tiempo, dichas células pueden invadir la sangre y otros órganos.

El cáncer se origina cuando una célula sana se transforma en cancerígena, es decir adquiere la capacidad de multiplicarse descontroladamente y de invadir otros tejidos y órganos. Es importante, sin embargo, tener muy claro que cuando esta transformación celular ocurre no siempre implica que se desarrolle un cáncer. Afortunadamente, muchas veces el sistema defensivo del organismo es suficiente para evitar que así sea.

Además, el desarrollo de esta enfermedad sigue un proceso gradual que no tiene lugar en un solo paso, sino que evoluciona por etapas, por lo que puede tardar muchos años en manifestarse. Este hecho es muy positivo, ya que, muchas veces, este crecimiento escalonado ofrece la oportunidad de poder interferir y bloquearlo. Y, en consecuencia, evitar la enfermedad. De ahí la importancia de la prevención, la adopción de un estilo de vida saludable y la detección precoz.

Para entenderlo mejor, vamos a ver qué ocurre en las diferentes fases del desarrollo de un cáncer.

La primera etapa o fase de iniciación tumoral comienza cuando se produce una lesión del ADN celular como consecuencia de la exposición a determinados agentes mutagénicos (capaces de producir mutaciones), como el tabaco, la radiación solar, las radiaciones ionizantes y los carcinógenos químicos. Esta alteración es irreversible

² GRANT Barbara, Terapia Nutricional Médica. (11 va ed.), 2009.

y da lugar a una mutación que representa el inicio del proceso. De todos modos, una primera y única mutación no es suficiente para que se genere un cáncer.

La fase de promoción es el segundo paso en el desarrollo del cáncer. Se trata de una etapa que suele ser muy larga, ya que el tiempo que transcurre desde que se produce la lesión inicial hasta que aparece el tumor maligno implica periodos que van de uno a 30 años (el tiempo varía en función del tipo de tumor).

Durante esta etapa adquieren gran importancia los factores que pueden ser utilizados por las células iniciadas para favorecer su crecimiento y multiplicación, si sobre dichas células actúan de forma continuada los agentes carcinógenos que provocaron la alteración genética, la proliferación celular comienza a ser mucho más rápida y aumenta la probabilidad de que se produzcan nuevas mutaciones. Además, las células implicadas (promocionadas) pierden las características del tejido original y, con ello, la capacidad de suicidarse, por lo que se vuelven inmortales.

Otros factores que desempeñan un papel promotor durante esta fase son el alcohol, los malos hábitos dietéticos y, posiblemente, algunas hormonas como los estrógenos y los factores de crecimiento, aunque todavía no se conocen con certeza cómo actúan estos últimos compuestos.

Si todas las defensas fallan y las células iniciadas y promocionadas consiguen superar las dos fases anteriores, éstas se vuelven más malignas. A lo largo de esta tercera etapa, las células sufren nuevas mutaciones, de manera que se vuelven más fuertes y su división y comportamiento cada vez más anómalo. Adquieren la capacidad de invasión, con lo que se infiltran en los tejidos circundantes dando lugar a un cáncer en estado maduro. Estas células cancerosas incluso pueden migrar a otros órganos a través de la sangre o el sistema linfático produciendo metástasis.³

La quimioterapia es el tratamiento farmacológico que se utiliza para combatir el cáncer mediante fármacos específicos que retrasan la tasa de crecimiento de las

³ LÓPEZ María Tránsito 2011 La dieta anticáncer Pág. 16-21 Editorial Océano Barcelona España.

células tumorales. Dichos fármacos se denominan medicamentos citotásticos, citostáticos o citotóxicos.⁴

Todos los medicamentos utilizados en esta terapia son potentes venenos celulares capaces de matar cualquier célula e impedir su proliferación. Si se tiene en cuenta que el uso de este método terapéutico se basa en el rasgo diferencial de que las células cancerosas se multiplican con mayor rapidez que las normales, entenderemos más fácilmente porque la quimioterapia permite erradicar las estructuras tumorales con un impacto mínimo sobre las normales.

Uno de los mayores inconvenientes que conlleva este tratamiento se debe a que ciertas células sanas, como las que tapizan el intestino y las de la médula ósea, también se dividen rápidamente. Por este motivo, estas estructuras normales también son atacadas por los fármacos administrados, lo que contribuye muy significativamente a los efectos tóxicos que implica este procedimiento terapéutico.

Dentro de las complicaciones que presenta este método terapéutico es su forma de administración. Aunque no todos los planes de quimioterapia son iguales, en líneas generales se puede decir que consiste en la aplicación de una dosis de medicamentos durante un periodo de tiempo determinado. Luego se interrumpe el tratamiento para dar paso a una etapa de descanso, para que las células normales afectadas puedan recuperarse antes de comenzar con un nuevo ciclo de administración del fármaco. El problema surge con los periodos de recuperación, ya que muchas veces durante este tiempo también se recupera el tumor. En consecuencia, el cáncer puede reaparecer con una fuerza mayor porque se ha vuelto resistente al tratamiento.

La quimioterapia es el tratamiento antitumoral convencional que más preocupación provoca. Probablemente, estos temores se deben a los numerosos y severos efectos secundarios que produce esta técnica. No obstante, como la administración intravenosa de medicamentos permite llegar a todas las células cancerosas, lo que no es posible con la cirugía ni con la radioterapia, para los oncólogos se trata de un método terapéutico muy valioso.

⁴ GAJARDO Carolina. Tumores en Niños (2da ed.), 2008.

El tratamiento del cáncer requiere la colaboración de médicos, cirujanos y oncólogos (especialistas en tumores). Para el tratamiento del cáncer se emplean la radioterapia, la quimioterapia, la inmunoterapia y la terapia génica de manera aislada o en combinación. Muchas veces, el tratamiento del cáncer se dirige hacia la mejora sintomática y del estado clínico del paciente. En los procesos cancerígenos de la infancia, el tratamiento suele tener como objetivo la curación, pero en los procesos cancerígenos del adulto este objetivo es difícil de conseguir en muchas ocasiones.⁵

Existen muchos agentes quimioterapéuticos para el tratamiento de los procesos malignos. El primer grupo lo constituyen los agentes alquilantes. Son compuestos sintéticos de diferentes estructuras químicas, capaces de añadir grupos alquilantes a una gran variedad de grupos electronegativos en un medio acuoso como el que existe en las células vivas tanto cancerosas como normales. Se cree que esta acción sucede por el entrecruzamiento de moléculas de guanina (uno de los constituyentes del ADN) entre hebras adyacentes de ADN; se produce así una interferencia mecánica en el proceso de desenrollamiento del ADN necesario en la replicación y división celulares. Entre los agentes alquilantes están el clorambucil, el melfalán y la mostaza nitrogenada. Se emplean en el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin (un linfoma, o proceso maligno del tejido linfoide), y en otros tipos de linfomas; en la leucemia linfocítica crónica; en el mieloma múltiple (un tumor de células plasmáticas); y también a veces en el tratamiento de los seminomas (tumores de los testículos); en el carcinoma de ovario; en el cáncer de mama; en el neuroblastoma (un tumor de células nerviosas primitivas común en la infancia), y en algunos sarcomas (tumores de partes blandas como el músculo voluntario o la grasa, o el hueso).

El segundo grupo de fármacos son los anti metabolitos; son copias preparadas de forma sintética de sustancias naturales esenciales en el metabolismo de las células proliferantes normales. Muchos de estos fármacos impiden la producción de bases de purina y pirimidina (constituyentes del ADN) o su incorporación en la cadena de ADN. Son de este tipo los fármacos quimioterapéuticos antagonistas del ácido fólico. En la práctica clínica, se utilizan en el tratamiento de la leucemia linfoblástica, el

⁵ LÓPEZ María Transito 2011 La dieta anticáncer Pág. 27 y 28 Editorial Océano Barcelona España.

linfoma de Burkitt (una forma de linfoma frecuente en la infancia en África) y otros linfomas. También son eficaces en ocasiones en el tratamiento de los cánceres de cabeza y cuello.

El tercer grupo de fármacos son los análogos de purinas. Las bases de purina y pirimidina forman el esqueleto del ácido desoxirribonucleico (ADN), que es el portador de la información genética en las células. En este grupo se encuentran la 6-mercaptopurina y la 2-amino-6 mercaptopurina. Interfieren con la producción de ADN, inhibiendo la división y proliferación celulares. Estos agentes se emplean para el tratamiento de la leucemia.

También se emplean los análogos de pirimidina, similares a los análogos de purina. El principal componente de este grupo es el 5-fluorouracilo que también inhibe la producción de ADN e interrumpe la división celular. Se utilizan en el tratamiento de leucemias y linfomas.

El último grupo lo constituyen los antibióticos citotóxicos y los alcaloides derivados de plantas. Antibióticos citotóxicos son la mitomicina C, la toxorubicina y la taunorubicina. Inhiben el ácido ribonucleico, bloqueando la síntesis de proteínas de la célula. Se utilizan con frecuencia para el tratamiento del nefroblastoma (tumor de Wilms), propio de la infancia, y en ocasiones para el teratoma testicular (un tumor particular de los testículos).

Los alcaloides derivados de plantas son, entre otros, la vimblastina, la vincristina, y la vindesina. Se utilizan sobre todo para el tratamiento de la enfermedad de Hodgkin y la leucemia linfoblástica.

Existen otros agentes quimioterapéuticos como la hidroxiurea, la procarbina y la L-asparaginasa, que actúan inhibiendo el crecimiento de las células tumorales. El interferón es una sustancia producida por las células infectadas por virus que produce una interrupción de la división celular en algunas células sensibles, aunque no se conoce el mecanismo exacto.

En la actualidad, un número importante de enfermedades neoplásicas pueden ser curadas con el uso de agentes quimioterápicos, o con la combinación de éstos con otros métodos. Entre las que se encuentra: coriocarcinoma, leucemias agudas, tumor de Wilms, sarcoma de Ewing, rhabdomiosarcoma, retinoblastoma, neuroblastoma, enfermedad de Hodgkin, varios tipos de linfomas no Hodgkin y carcinoma testicular. A pesar de estos notables avances, hay muchas formas de cáncer que son todavía incurables o resistentes a la quimioterapia.⁶

Los agentes quimioterapéuticos, además de destruir células cancerígenas y algunas células normales, la mayor parte, o todos los agentes mencionados producen efectos secundarios adversos. Los más habituales son las náuseas, vómitos, la supresión de la médula ósea o la alopecia (pérdida de cabello). Cada producto tiene sus propios efectos secundarios. La inhibición de la médula ósea es responsable de la susceptibilidad a las infecciones ocasionales de los pacientes en tratamiento con quimioterapia (infecciones por hongos, tuberculosis o enfermedades parasitarias).

La Quimioterapia por su parte es causa frecuente de anorexia, náuseas y/o vómitos, diarrea o estreñimiento, mucositis, aversiones del sabor y complicaciones infecciosas. La duración de esta sintomatología que interfiere con una adecuada nutrición de más de dos semanas es significativa, y se relaciona según el tipo de citostático empleado y/o esquemas combinados de varios medicamentos de este tipo, así como las dosis empleadas. También la malnutrición puede presentarse como resultado del tratamiento prolongado de la neutropenia febril cuando las necesidades metabólicas aumentan en un 25% con una temperatura de 39 grados centígrados. Este tratamiento a su vez por efecto directo altera la síntesis de proteínas intracelulares.

Existen muchos agentes para quimioterapia. Con la quimioterapia, los pacientes pueden sufrir efectos adversos graves, como náuseas, pérdida de peso, infección y lesiones de las vías gastrointestinales. Los agonistas de la serotonina como dolasetrón, si se administran al mismo tiempo que la quimioterapia, pueden evitar la

⁶ GAJARDO Carolina. Tumores en Niños (2da ed.), 2008.

náusea y el vómito, pero pueden sobrevenir dolor abdominal, cefalea y estreñimiento. Los tratamientos biológicos como el interferón y la interleucina pueden causar síntomas similares a los de la gripe y mialgia, disnea o edema. Los anticuerpos monoclonales como el trastuzumab y el rituximab también se usan en el tratamiento del cáncer y pueden ocasionar escalofrío, fiebre, letargo y dolor muscular. Con la administración de antineoplásicos, los efectos adversos incluyen náuseas, anorexia, estomatitis, diarrea, alteraciones del gusto, cierto vómito y posiblemente esfacelación de la mucosa del colon.

Los agentes de quimioterapia más comunes actúan destruyendo las células que se dividen rápidamente, una de las propiedades principales de la mayoría de las células de cáncer. Esto significa que la quimioterapia también puede dañar células que se dividen rápidamente bajo circunstancias normales: células en la médula ósea, tracto digestivo, y folículo piloso. Esto resulta en los efectos secundarios más comunes de la quimioterapia: mielosupresión (disminución de la producción de células sanguíneas, por lo tanto inmunosupresión), mucositis (inflamación del revestimiento del tracto digestivo), y alopecia (pérdida de cabello).⁷

A medida que va progresando el tumor las células se pueden hacer resistentes a los agentes quimioterapéuticos. El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácidos nucleicos, división celular o síntesis de proteínas. La acción de los diferentes citostáticos varía según la dosis que se administre. Debido a su especificidad, afecta a otras células y tejidos normales del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa. Por tanto, la quimioterapia es la utilización de diversos fármacos que tiene la propiedad de interferir con el ciclo celular, ocasionando la destrucción de células.

Para la mayoría de los autores los enfermos bien nutridos responden y toleran mejor la quimioterapia, así como en su mayoría toleran esquemas que incluyen mayores dosis de la medicación (esquemas de altas dosis de citostáticos).

⁷ <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/nutrition/Patient>, 2010

Aunque existe una controversia en cuanto al beneficio final del apoyo terapéutico en la nutrición, algunos autores consideran que un paciente con cáncer bien nutrido tolera mejor los tratamientos oncoespecíficos y sus complicaciones. El método de administración seleccionado debe basarse en los requerimientos fisiológicos del individuo, el grado de malnutrición, etapa de la enfermedad, y duración estimada del tratamiento nutricional.

Entre las formas de apoyo nutricional se destacan: nutrición oral, enteral o parenteral.

La indicación de la terapia nutricional en pacientes con cáncer debe ser evaluada según los siguientes criterios: preoperatoria. Posoperatoria y apoyo clínico y de calidad de vida.

La mejor terapia nutricional es aquella que es más fisiológica, simple y relacionada con menos complicaciones. La vía oral debe ser siempre la primera opción a ser considerada. En pacientes con anorexia, los complementos nutricionales por vía oral o cambios específicos en la dieta muchas veces no logran alcanzar las necesidades nutricionales calculadas. Con frecuencia, en el posoperatorio inmediato no es posible utilizar la vía oral, debido a alteraciones de la motilidad gástrica. La segunda opción terapéutica, la nutrición enteral, por catéter en el estómago, pospilórico o en el yeyuno, ubicado a ciegas, por vía endoscópica, laparoscópica o quirúrgica sería la opción en este caso.

La nutrición parenteral periférica o central debe estar indicada en las situaciones en las cuales el tubo digestivo no esté funcionando o para complementar la vía oral, enteral o ambas, cuando las necesidades nutricionales calculadas no son cubiertas.

Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico y los más importantes son:

Alopecia o caída del cabello: Es el efecto secundario más visible debido al cambio de imagen corporal y que más afecta psicológicamente a los enfermos. Sin embargo este depende de la cantidad e intensidad de la dosis y no ocurre en todos los casos. Además entre las 4 y las 6 semanas después de concluir el tratamiento el cabello vuelve a crecer.

Náuseas y vómitos: Pueden aliviarse con antieméticos como la metoclopramida o mejor con antagonistas de los receptores tipo 3 de la serotonina como dolasetron, granisetron y ondansetron. Algunos estudios y grupos de pacientes manifiestan que el uso de cannabinoides derivados de la marihuana durante la quimioterapia reduce de forma importante las náuseas y los vómitos y que aumenta el apetito. Existen diversas estrategias de tipo nutricional para poder disminuir o sobrellevar estos síntomas, entre éstas están: consumir alimentos que el estómago tolere, estos pueden ser el pan blanco tostado, yogurt natural; además suele ser muy conveniente fraccionar entre 5 ó 6 comidas pequeñas en lugar de 3 comidas grandes ya que al paciente le resultará más fácil comer cada vez cantidades pequeñas, otro consejos es elegir comidas que le gusten al paciente, no esforzarse a comer lo que no le agrada, pero tampoco es aconsejable que elija sus comidas favoritas para no empezar a relacionarlas con sentirse enfermo o decaído. Beber líquidos todo el día, lentamente a sorbos. Consumir comidas y bebidas ni muy calientes ni muy frías, puede enfriar las comidas y bebidas calientes añadiéndoles hielo. Coma tostadas o galletas saladas antes de salir de la cama si tiene náuseas por la mañana.

Diarrea: Estos tratamientos causan diarrea porque pueden dañar las células sanas de los intestinos. La comida y los líquidos pasan tan rápido por los intestinos que el cuerpo no puede absorber los nutrientes, ni las vitaminas, ni minerales, tampoco el agua necesaria, lo cual puede causar deshidratación.

Estreñimiento: Sucede cuando el intestino se vacía con menos frecuencia. Además, las heces (excremento) se vuelven duras, secas y difíciles de evacuar. Cuando existe estreñimiento, puede acompañarse de: dolor al ir al baño, sentir náuseas, abdomen distendido por flatulencias, sentir presión en el recto, eructos, cólicos (retortijones) en el estómago.

Anemia: Debido a la destrucción de la médula ósea, que disminuye el número de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas al igual que la inmunodepresión y hemorragia. A veces hay que recurrir a la transfusión de sangre o a la administración de eritropoyetina para mitigar la anemia. Los oncólogos explican que la causa de la anemia en la mayoría de estos pacientes no es la carencia de hierro, sino la toxicidad

que genera el tratamiento quimioterápico. El aporte de hierro medicamentoso y otros tipos de suplementos no está indicado en la mayoría de los casos. Salvo que el oncólogo lo indique, no es conveniente que reciba un aporte extra al que le brindan los alimentos. Se debe utilizar los suplementos nutricionales solo si es necesario y no hacer caso a las marcas comerciales sobre algunos productos que aseguran la cura o desaparición del cáncer ya que estos van contra el buen pronóstico del tratamiento.

Inmunodepresión: Prácticamente todos los regímenes de quimioterapia pueden provocar una disminución de la efectividad del sistema inmune, como la neutropenia que puede conducir a la infección, a la sepsis y a la muerte si no se detecta y trata a tiempo. La neutropenia se puede solucionar con la administración de factor de crecimiento de colonias de granulocitos (G-CSF, del inglés granulocyte-colony stimulating factor) como el filgrastim. Por lo que se debe incrementar el consumo de alimentos ricos en vitamina C como las frutas cítricas ya que una de sus propiedades más importantes es la de aumentar los anticuerpos y además actuar en la absorción del hierro contenido en alimentos como verduras.

Hemorragia: Debido a la disminución de plaquetas por destrucción de la médula ósea.

Cardiotoxicidad: La quimioterapia aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares por lo que se debe incrementar el consumo de carnes blancas y magras, frutas y verduras en la alimentación, restringir el consumo de grasas saturadas y de origen animal, preferir aceites esenciales en la alimentación como el de oliva el cual es rico en omegas 3 y 6 necesarios para fortalecer la salud del corazón.

Hepatotoxicidad: Afecta sobre todo al hígado y sus funciones.

Nefrotoxicidad: Afecta sobre todo a los riñones y sus funciones. Por lo que se debe limitar el consumo de alimentos ricos en potasio como los quesos duros o maduros, requesón o mantequilla, embutidos, charcutería, longanizas, morcillas, aceitunas, productos en conserva, condimentos artificiales como el ajinomoto, sopa de sobre, cubitos maggi, entre otros. Es muy importante el control de la cantidad de líquidos que se toma. En este concepto de “líquido” debe saber que se incluye no sólo el agua sino todo aquello que es líquido en la dieta. Por tanto, líquido es también sopas, leche, frutas, café, té bebidas alcohólicas y demás.

Síndrome de lisis tumoral: Ocurre con la destrucción por la quimioterapia de las células malignas de grandes tumores como los linfomas. Este grave y mortal efecto secundario se previene al inicio del tratamiento con diversas medidas terapéuticas.

Disminución de los factores de coagulación: Al encontrarse el cuerpo en estado de emergencia y debilitado, se atrofian varios procesos, incluyendo los factores de coagulación y si a eso le sumamos la disminución de plaquetas, el paciente tendrá dificultades para formar trombos.

Muchas personas sufren efectos secundarios notables, especialmente en regímenes de quimioterapia con múltiples fármacos en dosis intensivas; neutropenia (disminución de los leucocitos o neutrófilos) y mielosupresión son los factores principales limitantes de la administración de quimioterapia. Efectos adversos frecuentes de la quimioterapia que afectan al sistema GI son mucositis, náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento. Las anomalías del gusto asociadas a la quimioterapia y pueden producir anorexia y reducción de la ingesta oral. Los síntomas adversos GI suelen ser temporales; no obstante, algunos regímenes multifarmacológicos producen, en ocasiones, efectos secundarios GI duraderos.

La diarrea es un efecto secundario frecuente de ciertos fármacos quimioterápicos. Si no se trata, puede producir depleción de líquidos, electrolitos, malnutrición o incluso ingreso hospitalario. La mucosa intestinal y los procesos digestivos pueden estar afectados, alterando así la digestión y la absorción en un grado variable. Es posible que se altere el metabolismo de proteínas, calorías y vitaminas. Los linfocitos totales a menudo están descendidos y no reflejan, con exactitud, el estado nutricional tras la quimioterapia. Es recomendable en casos de diarrea eliminar de la dieta los lácteos, es decir, todos los alimentos derivados de la leche como yogurt, queso, entre otros.

Las náuseas y vómitos inducidos por la quimioterapia se clasifican a menudo como anticipatorios (antes de recibir el tratamiento), agudos (en las primeras 24 horas tras el tratamiento) y retrasados (aparecen de 1 a 4 días después del tratamiento); cada

tipo presenta una fisiopatología diferente y requiere intervenciones terapéuticas distintas.⁸

Cambios bucales; las personas con alteraciones del sentido del gusto (disgeusia, hipogeusia, ageusia) podrían beneficiarse de aumentar los condimentos y aderezos en la preparación de alimentos. Las aversiones a la carne precisan en ocasiones eliminar la carne roja, cuyo sabor suele ser intenso, o sustituirla por fuentes alternativas de proteínas. Además de causar infecciones orales, algunos fármacos, especialmente los corticosteroides, pueden causar hiperglucemia y provocar pérdidas urinarias excesivas de proteínas, potasio y calcio.

La mucositis oral, una inflamación de la mucosa que recubre el interior de la orofaringe y el esófago, es un efecto secundario frecuente de ciertos tipos de quimioterapia. Las directrices generales incluyen recomendar cuidados bucales diarios (mantener la boca limpia, evitar el tabaco, alcohol y alimentos irritantes) y el uso de enjuagues suaves (enjuagues salinos o con bicarbonato) los líquidos suaves y sólidos blandos suelen ser mejor tolerados por personas con mucositis oral o esofágica; también se deben evitar alimentos de sabor fuerte, ácidos o especiados. Los suplementos alimenticios médicos comerciales también son útiles.

El paciente oncológico tiene una elevada tendencia de desnutrición debido a la propia enfermedad y los tratamientos aplicados. Por ello se debe realizar una adecuada valoración nutricional al paciente oncológico que inicia tratamiento quimioterápico para determinar ese riesgo, con una herramienta sencilla de aplicar, económica y reproducible. El IMC o Índice de Masa Corporal es un método que relaciona el peso con la talla del paciente y de esta manera determina el estado nutricional del mismo. Es necesario tener en cuenta que el peso se afecta más que la talla por el estado nutricional y la composición corporal.

Una precoz y adecuada valoración del estado nutricional permitirá diagnosticar e identificar casos de mayor riesgo, e iniciar abordaje educativo o tratamiento

⁸ SÁNCHEZ-LARA K, Evaluación nutricional en cáncer. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2008.

nutricional adecuado. Lamentablemente en algunos lugares esta evaluación se considera secundaria, y además, no existe un consenso sobre la herramienta más adecuada para la evaluación.⁹

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta de alimentos y adaptación fisiológica que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes al organismo.¹⁰

En los pacientes con cáncer el estado nutricional tiene el riesgo aumentado de presentar desnutrición. La caquexia del cáncer es un síndrome progresivo representado por pérdida de peso, disfunción de órganos importantes, mala tolerancia al tratamiento antitumoral, y supervivencia disminuida.

Diversos factores interfieren con el estado nutricional de los pacientes con cáncer. En especial, haya que considerar la enfermedad en sí, el tratamiento (quirúrgico, quimioterápico, y radioterápico) y el estado emocional.

Los efectos del cáncer en el estado nutricional de los pacientes son secundarios a los trastornos del metabolismo producidos por el tumor, fenómenos obstructivos, y factores emocionales, entre otros.

Los pacientes con cáncer sobre todo cuando conocen bien su diagnóstico, muestran trastornos emocionales importantes. Es muy común que tengan cuadros depresivos que ocasionan disminución de la ingesta de alimentos.

La relación entre un estado nutricional inadecuado, el aumento de la morbilidad y mortalidad, además del aumento en costos ha sido bien establecida.

En general, gran parte de los enfermos con cáncer presentan pérdida de peso significativa. Los pacientes con pérdida de peso involuntaria deben ser examinados en detalle en busca de una neoplasia. La inapetencia y la alteración del gusto, con

⁹ DR. ECHENIQUE Miguel, Nutrición y Cáncer, 2009.

¹⁰ BUENO M. Sarría A. (2009) Exploración General de la Nutrición Barcelona Editorial Académica Española.

concomitante reducción de la ingesta de nutrientes, en general son las manifestaciones más importantes que conllevan a la pérdida de peso. Por lo que se aconseja aumentar las fracciones alimenticias de 5 a 6 comidas al día la cual conste de alimentos nutritivos y aptos dependiendo el tipo de trastorno digestivo presente en los pacientes.

El trastorno del gusto parece ser causado por el aumento del umbral para sabores dulces y la disminución del umbral para sabores amargos.¹¹

Por tanto la evaluación del estado nutricional de estos pacientes debe ser parte de la rutina en la asesoría nutricional especialmente en aquellos pacientes con cáncer.

La técnica ideal para realizar la evaluación nutricional en estos pacientes es la antropometría (IMC) Índice de Masa Corporal. Por lo que es una técnica útil y rápida de resultados fiables la cual permite realizar un buen diagnóstico nutricional.¹²

Los pacientes con cáncer pueden dividirse en tres grupos: aquellos que reciben tratamiento estándar o experimental, los que se han vuelto resistentes a estos tratamientos y aquellos en remisión que se hallan en riesgo de sufrir una recurrencia o un segundo cáncer. La caquexia por cáncer, un síndrome de emaciación caracterizado por pérdida de peso, anorexia, saciedad temprana, debilidad progresiva y trastornos nutricionales, puede conducir a la disfunción orgánica y la muerte. La fatiga es la experiencia más común entre pacientes con cáncer. Por lo demás, cada tipo de cáncer tiene su propia serie de tratamientos y efectos adversos.

La pérdida de peso y la caquexia son frecuentes, los sujetos con cáncer desnutridos tienen a menudo un alto recambio proteínico y pérdida de nitrógeno, pérdida notoria de masa muscular y capacidad física deficiente. Los factores tumorales, como factor inductor de proteólisis, factor de necrosis tumoral y factor movilizador de lípidos, tienden a promover el catabolismo. La nutrición inadecuada desplaza las reservas de proteínas y por tanto causa pérdida de masa corporal magra. La utilización alterada

¹¹ CORREIA MITD, Waitzberg D. (2008) Impacto de la Nutrición en la morbilidad y mortalidad hospitalaria. Estados Unidos.

¹² DRA. TOULSON María Isabel, Nutrición y Cáncer, 2008.

de nutrimentos provoca intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, mayor recambio de glucosa, lipólisis, hiperlipidemia y mayor recambio proteínico. Nutrir a los individuos de forma adecuada, en particular cuando no están bien nutridos, es esencial para el tratamiento.

La nutrición parenteral no debe utilizarse para prolongar la vida de las personas en las etapas terminales de la enfermedad, pero puede ser apropiada para sujetos con cánceres que responden al tratamiento cuando la alimentación oral y enteral se toleran mal.

Muchos tratamientos para el cáncer tienen efectos colaterales desagradables. Los individuos que no responden al tratamiento estándar o experimental tienen pocas opciones terapéuticas y suelen experimentar una mala calidad de vida durante el tiempo que se les resta. Un protocolo nutricional activo que incluya dosis elevadas de múltiples antioxidantes alimentarios (vitamina C, tocoferol y caroteno natural), cuando se administra como coadyuvante con otros tratamientos, puede incrementar la respuesta tumoral y reducir la toxicidad. Un protocolo nutricional de mantenimiento con dosis más bajas de antioxidantes, además de una dieta y un estilo de vida modificados, pueden atenuar el riesgo de recurrencia del tumor original y el desarrollo de un segundo cáncer entre los supervivientes.

El fraccionamiento de las comidas debe ser aumentado, cinco comidas al día es lo que se recomienda y en pequeñas cantidades ya que el paciente con tratamiento quimioterápico presenta una disminución progresiva de su capacidad de alimentarse a lo largo del día, debido al enlentecimiento de la digestión, retardo del vaciamiento gástrico por disminución de la secreción digestiva, y a la atrofia de la mucosa gastrointestinal.

En primer lugar la vía de elección para la administración de alimentos será la alimentación por vía oral, aunque los pacientes que presentan náuseas, vómitos, o alteraciones en el sentido del gusto puede rechazarla.¹³

¹³ TÉLLEZ María Fernanda, Nutrición Clínica. 2010.

La alimentación deberá estimularse a través de la modificación de los alimentos y su presentación.

La aversión a las carnes requiere eliminar las carnes rojas que son las de sabor más fuerte y sugerir el consumo de otras fuentes proteicas (leche, quesos, clara de huevo)
La falta de saliva puede corregirse con el uso de estimulantes de la salivación como ser alimentos aderezados y las mezclas con líquidos y salsas.

Si existe daño intestinal se necesita modificar la dieta para que sea adecuada, se evitan lactosa y la fibra, se corrige el contenido graso y la textura general de los alimentos.

Cuando no es posible la alimentación por vía oral se recurre a la alimentación por otras vías, si funciona el intestino se optara por la vía enteral y de no ser así se recurrirá a la vía parenteral. En todos los casos se evaluara un buen aporte calórico y proteico, administrando de 35 a 55 kcal/kg de peso y 1,2 a 2 g/kg de peso/día.

Los sujetos con cáncer desnutridos tienen a menudo un alto recambio proteínico y pérdida de nitrógeno, pérdida notoria de masa muscular y capacidad física deficiente. Los factores tumorales, como factor inductor de proteólisis, factor de necrosis tumoral y factor movilizador de lípidos, tienden a promover el catabolismo. La nutrición inadecuada desplaza las reservas de proteínas y por tanto causa pérdida de masa corporal magra. La utilización alterada de nutrimentos provoca intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, mayor recambio de glucosa, lipólisis, hiperlipidemia y mayor recambio proteínico. Nutrir a los individuos de forma adecuada, en particular cuando no están bien nutridos, es esencial para el tratamiento.

La anorexia y la pérdida de peso son un problema frecuente entre los pacientes con cáncer, ocasionando un estado de malnutrición con importancia pronostica. Es con frecuencia subvalorado, por lo cual se debe mejorar el estado nutricional de cada enfermo de forma individualizada, para lograr mejores respuestas y tolerancias a los diferentes esquemas de tratamiento oncoespecífico. La evaluación nutricional debe incorporarse a la valoración integral diaria de los enfermos de cáncer, así como

tenerse en cuenta para la selección del esquema de tratamiento a emplear en el enfermo de forma individualizada.¹⁴

Aunque existe una controversia en cuanto al beneficio final del apoyo terapéutico en la nutrición, algunos autores consideran que un paciente con cáncer bien nutrido tolera mejor los tratamientos oncoespecíficos y sus complicaciones. El método de administración seleccionado debe basarse en los requerimientos fisiológicos del individuo, el grado de malnutrición, etapa de la enfermedad, y duración estimada del tratamiento nutricional.

Entre las formas de apoyo nutricional se destacan: La nutrición parenteral total, la nutrición enteral, el asesoramiento nutricional, y los agentes farmacológicos.

La incapacidad para mantener un adecuado estado nutricional es un problema frecuente en el paciente oncológico. La propia enfermedad, así como las diferentes variedades de tratamiento oncoespecíficos, conducen a una desnutrición calórico-proteica severa, con repercusión pronóstica, debido a la escasa respuesta y tolerancia a la terapéutica.

El soporte nutricional del paciente con cáncer continua siendo controversial, sin embargo, actualmente existe una tendencia mundial a la evaluación nutricional y apoyo nutritivo de estos pacientes, con el principal objetivo de mejorar la respuesta y disminuir las complicaciones de los tratamientos, así como lograr una buena calidad de vida.

Las alteraciones nutricionales son un problema frecuente en el paciente oncológico, debido a la pérdida de apetito o anorexia presente entre el 15%-25% de los enfermos con cáncer en el momento del diagnóstico y casi la totalidad de aquellos con enfermedad metastásica, conduciendo a la pérdida de peso e inclusive a la caquexia.¹⁵

¹⁴ HAMILTON, GRANT Barbara, Tratamiento nutricional médico en la prevención, el tratamiento y la recuperación del cáncer, 2010.

¹⁵ CASTRO-RODOTA, Nutrición Clínica y Dietoterapia, 2012.

La disminución de la ingesta calórica desarrolla un círculo vicioso autopropagante y progresivo, que acaba produciendo una gran pérdida de la masa corporal, agotamiento del tejido muscular, graso, y de parénquimas. El paciente con cáncer, por sí solo, no puede mantener una adecuada ingesta calórica y proteica por problemas multifactoriales dados por la pérdida del apetito, fenómenos de malabsorción y anomalías metabólicas.

La malnutrición representa una causa importante de la morbimortalidad de los pacientes oncológicos, empeorando la tolerancia, y respuesta a los tratamientos oncológicos, y disminuye la calidad de vida de estos enfermos. El proceso de la enfermedad y su tratamiento pueden llevar a una desnutrición proteica calórica severa, diagnóstico secundario común en el enfermo de cáncer, debido a que la ingestión de macronutrientes es inadecuada para satisfacer los requisitos metabólicos, afectando de forma adversa el pronóstico, siendo indicador de mala respuesta a la mayor parte de las terapias médicas o quirúrgicas, siendo una de las causas fundamentales de astenia severa, compromiso de la función inmune, posible intolerancia a la terapia y por último la muerte.

El deficiente ingreso calórico, se relaciona directamente con la existencia del propio tumor maligno, como las obstrucciones a lo largo del tubo digestivo, diarreas y vómitos. A esto se añade un mayor o menor grado de astenia, alteraciones del gusto, dolor, cuadros de depresión psicológica. En segundo lugar podemos considerar aquellas derivadas de los frecuentes efectos secundarios de los tratamientos oncoespecíficos, la cirugía incrementa los requerimientos nutricionales y en el caso de las resecciones del tubo digestivo produce alteraciones en la deglución, cuadros de diarrea o estreñimiento, malabsorción de severidad variable. Los efectos secundarios agudos de la quimioterapia antineoplásica varían con el fármaco o combinación empleada, así son frecuentes las náuseas, vómitos, malabsorción, además de la mucositis frecuente a nivel del tracto aéreo-digestivo, y hepatotoxicidad con sus correspondientes repercusiones sobre el estado nutricional.¹⁶ En tercer lugar influyen las alteraciones metabólicas producidas por el propio tumor, como el aumento del

¹⁶ ESCOTT Sylvia, Nutrición, diagnóstico y tratamiento, 2011.

gasto energético, trastornos en el metabolismo de los carbohidratos con un consumo de glucosa inefectivo y disminución de sus niveles y disponibilidad, de los lípidos con aumento de la lipólisis y disminución de la lipogénesis, lo que resulta finalmente en una disminución de las reservas de grasa y de las proteínas con disminución de la síntesis y aumento de su catabolismo, produciéndose una disminución de la cantidad total de proteínas, lo que provoca atrofia de la piel y músculo estriado e hipoalbuminemia, con el consiguiente empeoramiento en la cicatrización de heridas, mayor susceptibilidad a infecciones, mayor astenia y disminución del performance status. Se implica además un aumento de determinadas citoquinas como el factor de necrosis tumoral, interleuquinas, interferón gamma y probablemente interleuquina.

El tratamiento de estos pacientes se basa en su gran mayoría en cirugías, radioterapia y quimioterapia, deteriorando de forma importante el estado nutricional, por lo que dentro del equipo multidisciplinario que aborda estas enfermedades, el nutricionista ocupa un lugar muy importante.

Todos los tratamientos contra el cáncer representan una causa potencial de agravamiento del adelgazamiento y la desnutrición, por lo que la influencia del tratamiento sobre el estado nutricional debe ser siempre tomada en cuenta al decidir la terapéutica.¹⁷

Las dificultades en la alimentación durante el tratamiento oncológico son producto de un cúmulo de circunstancias adversas que rodean la vida del paciente que transita esta etapa tan crítica. A las alteraciones físicas que ocasionan la enfermedad y la toxicidad del tratamiento se suman múltiples factores emocionales y sociales que empeoran aún más la situación.

Es importante que los familiares o demás personas encargadas del cuidado del paciente con tratamiento de quimioterapia, conozcan de ante mano qué problemas pueden surgir a lo largo del tratamiento, entiendan que no se trata de “caprichos” y que no siempre se resuelven con voluntad, ser pacientes y a la vez aplicar estrategias

¹⁷ GARCÍA-LUNA P. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutr. Hosp, 2008.

útiles y prácticas para ayudar a que el paciente lleve una mejor alimentación acompañada del afecto de las personas que les rodean crea un ambiente más alentador.

La quimioterapia y demás tratamientos oncológicos alteran el sistema inmunitario, que es una serie de mecanismos que se dan normalmente para defendernos de posibles infecciones. Esto hace que deban extremarse las medidas de higiene para evitar que las comidas sean el vehículo de ingreso de gérmenes al organismo.¹⁸

Las personas con ciertos tipos de cáncer de pulmón en tratamiento con pemetrexed precisan suplementos de vitamina B12 y ácido fólico durante todo el tratamiento para evitar la importante anemia asociada a este fármaco.

Pueden aparecer crisis hipertensivas graves con el consumo de alimentos y bebidas ricos en tiramina mientras dura el tratamiento con procarbina, un quimioterápico usado frecuentemente en el cáncer cerebral.

Las personas con cáncer de colon en tratamiento con oxaliplatino deberían beber, comer o manipular bebidas o alimentos fríos hasta 5 días después del final del ciclo por disestesias o parestesias transitorias en manos, pies y garganta.

Para prevenir molestias gástricas innecesarias, las personas en tratamiento con el fármaco capecitabina deben tomarlo dentro de los 30 min siguientes a la comida o ingesta de alimentos. Por el contrario, otros fármacos, como el erlotinib, no deben tomarse con alimentos, y pueden causar erupciones y diarrea grave, a no ser que se ingieran con el estómago vacío.¹⁹

Los profesionales de la nutrición deben determinar y cuantificar los objetivos del tratamiento nutricional de sus pacientes vigilando su progreso, midiendo y valuando resultados y cambios, y documentando esta información a lo largo de todo el proceso.

¹⁸ PALLADINO Marcela, Alimentación en el cáncer, 2008.

¹⁹ SCOTT Sylvia - STUMP. Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento 2011

La actividad física es una parte importante del tratamiento del cáncer. El efecto del cáncer y de su tratamiento sobre la calidad de vida del paciente debe ser valorado a lo largo de todo el proceso terapéutico y continuarse después hasta que el individuo sea capaz de retomar con éxito las actividades de la vida diaria. La recuperación del tratamiento del cáncer también necesita la actividad física para reconstruir el músculo, recuperar la fuerza, energía y flexibilidad, y ayudar a mejorar los síntomas de estrés, ansiedad e incluso depresión. La actividad física y el ejercicio podrían ser útiles para fortalecer el sistema inmunitario. No obstante, antes de participar en cualquier tipo de programas de actividad física y ejercicio, hay que recomendar a las personas que sean evaluadas por profesionales calificados, que puedan diseñar una valoración física individualizada y un plan de actividad.²⁰

²⁰ GRANT, Barbara L. Tratamiento nutricional médico en la prevención, el tratamiento y la recuperación del cáncer. 2008.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Quimioterapia Ambulatoria.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Estado Nutricional.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Esta terapia se administra a través de medicamentos orales o intravenosos de aplicación, es decir no requiere hospitalización.	Fármaco	Tiempo de Tratamiento	< de 6 meses > de 6 meses
		Enfermedad Oncológica	Ca de Mama Ca de Útero Ca de Próstata Ca de Sangre Ca Digestivo Otros tipos de Ca (Respiratorio, Piel, Renal)
		Efectos Secundarios	Náuseas y Vómitos, Estreñimiento, Diarrea, Dolor a la garganta, Sequedad de la boca, Llagas en la boca.

VARIABLE DEPENDIENTE: ESTADO NUTRICIONAL			
CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
El Estado Nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta de alimentos y adaptación fisiológica que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes al organismo.	Características Generales	Genero Edad	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> 18-28 <input type="checkbox"/> 29-39 <input type="checkbox"/> 40-50 <input type="checkbox"/> 51-61 <input type="checkbox"/> 62 y más <input type="checkbox"/>
	Medidas Antropométricas	IMC (Índice de Masa Corporal)	IMC = peso (kg) / talla (m ²) Estado nutricional Bajo peso: < 18.5 Normal: 18.5 - 24.9 Sobrepeso: 25 - 29.9 Obesidad: > 30
	Hábitos Alimentarios del Paciente Oncológico Sometido a Quimioterapia	Encuesta Alimentaria 1. ¿Cuántas veces al día se alimenta? 2. ¿Qué tipo de alimentos acostumbra a consumir? 3. ¿Qué tipo de trastornos digestivos tiene? 4. ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha presentado durante su tratamiento de quimioterapia?	1__2__3__4__o más__ Embutidos (salchicha, mortadela, jamón) __ Carnes blancas (pollo, pescado) __ Mariscos (camarón, calamar, concha) __ Lácteos (leche, yogurt) __ Huevos (codorniz, pato, gallina) __ Frutas (uva, pera, manzana) __ Verduras (brócoli, espinaca, coliflor) __ Náuseas y vómitos __ Flatulencia __ Estreñimiento __ Dolor al tragar los alimentos __ Diarrea __ Ninguno __ No siente sabor a sus comidas __ Poco apetito __ Siente muchas ganas de comer __ Le desagrada el olor de las comidas __ Sequedad de la boca __

		<p>5. ¿Durante su tratamiento de quimioterapia siente que ha subido o ha bajado de peso?</p> <p>6. ¿Realiza Usted algún tipo de actividad física?</p> <p>7. ¿Cuántos vasos de agua ingiere al día?</p> <p>8. ¿Quién se encarga de su alimentación?</p> <p>9. ¿Consume algún tipo de suplemento nutricional?</p> <p>10. ¿Su alimentación es recomendada por un nutricionista?</p>	<p>Llagas en la boca___</p> <p>Ninguno___</p> <p>Bajé de peso___</p> <p>Subí de peso___</p> <p>Se mantuvo mi peso___</p> <p>Sí___ No___</p> <p>2 vasos (400 ml)___</p> <p>4 vasos (800 ml)___</p> <p>6 vasos (1.200 ml)___</p> <p>8 vasos (1.600 ml)___</p> <p>Frecuenta restaurantes___</p> <p>Mi familia___</p> <p>Yo preparo mi comida___</p> <p>Cuidador___</p> <p>Sí___ No___</p> <p>Sí___ No___</p>
--	--	--	---

METODOLOGÍA

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación: Investigación Diagnóstica-propositiva.

Diagnóstica, porque por medio de técnicas nutricionales se diagnosticó el estado nutricional de los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria.

Propositiva, porque una vez culminada la investigación se entregó una propuesta que ayudará a la problemática en estudio.

ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en el área de quimioterapia ambulatoria del Hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreses Colmont” de la Ciudad de Portoviejo.

UNIVERSO Y MUESTRA

Existe un universo total de 658 pacientes oncológicos que reciben tratamiento de quimioterapia Noviembre 2012 a Mayo 2013.

Se tomó una muestra de 100 pacientes para este estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes oncológicos que asisten al Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont” para recibir tratamiento de quimioterapia ambulatoria.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes oncológicos que asisten al Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont” solo por chequeos médicos de rutina y hospitalización, además pacientes no oncológicos que acuden a dicha casa de salud para ser atendidos por otros motivos.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La observación fue el método utilizado para este estudio ya que se procedió a conocer a los pacientes y el lugar donde realizan su tratamiento quimioterápico, luego mediante un formulario de recolección de datos se procedió a registrar la información requerida para este trabajo, la cual reflejó la realidad de este grupo de pacientes respecto a su estado nutricional actual.

Entre los instrumentos de mayor utilidad en la recolección de información tenemos: la encuesta alimentaria donde se incluyen las principales variables del estudio.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida se ingresaron los resultados de las encuestas a una hoja de cálculo estadístico de Microsoft Excel, arrojando porcentajes que determinarían las variables de la investigación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron las técnicas de observación, formulario de recolección de datos, encuesta, y material bibliográfico.

Para comenzar con la ejecución de este trabajo investigativo se acudió al lugar donde se encuentra la población en estudio, se envió un oficio a la autoridad principal del Hospital SOLCA Portoviejo pidiendo autorización para poder realizar la investigación dentro del mismo, tuvimos el permiso pertinente para poder empezar el trabajo propuesto, luego de conocer a los pacientes que se realizan quimioterapia ambulatoria se procedió a recoger la información para valorar su estado nutricional y por último se aplicó la encuesta alimentaria a cada uno de ellos.

El formulario de recolección de datos consistía en adquirir información de cada uno de los pacientes, tales como: nombre, edad, género, tipo de enfermedad oncológica, tiempo de tratamiento, peso y talla (tales datos fueron recabados de las historias clínicas de cada uno de los pacientes ya que son pesados y tallados antes de entrar al área donde se realizan su tratamiento), estos datos permitirían conocer el Índice de

Masa Corporal o IMC mediante una adecuada valoración nutricional y de esta manera dar un diagnóstico nutricional.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

Pacientes oncológicos del Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Autoras de la investigación.

Tribunal de tesis.

Enfermeras encargadas del área de quimioterapia ambulatoria.

Nutricionista del Hospital de SOLCA Portoviejo.

RECURSOS TÉCNICOS

Formulario de Recolección de datos.

Encuesta.

Material Bibliográfico.

RECURSOS MATERIALES

Calculadora.

Carpetas.

Cuadernos de apuntes.

Materiales de Oficina (hojas, esferos).

Libros.

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Computador.

Flash memory.

Internet.

Cámara Fotográfica.

Celulares.

RECURSOS INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí.

Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo (SOLCA).

RECURSOS ECONÓMICOS

Las autoras del proyecto financian en su totalidad el costo del mismo que ascendió a **\$ 843.00** (ochocientos cuarenta y tres dólares americanos).

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS			COSTOS USD
		HUMANOS	MATERIALES	OTROS	
Reunión con miembros del tribunal para avances y correcciones de tesis.	6 meses	Responsables del proyecto, Miembros del tribunal.	Computador y tiempo de internet, impresiones a color, materiales de oficina.	Viáticos	\$ 410.00
Recolección de datos, Elaboración y aplicación de las encuestas.	2 meses	Responsables del proyecto, Miembros del tribunal, pacientes sometidos a quimioterapia.	Computador y tiempo de internet, impresiones a color, materiales de oficina, calculadora, cámara fotográfica.	Viáticos	\$ 60.00
Elaboración y entrega de material educativos (trípticos).	15 días	Responsables del proyecto, Miembros del tribunal, Responsable del área de quimioterapia, Pacientes sometidos a quimioterapia, Diseñador gráfico.	Computador y tiempo de internet, materiales de oficina, cámara fotográfica, impresiones a color.	Viáticos, Diseñador gráfico	\$ 45.00
Elaboración y entrega de Banner Ilustrativo (material educativo).	15 días	Responsables del proyecto, Miembros del tribunal, Responsable del área de quimioterapia, Pacientes sometidos a quimioterapia, Diseñador gráfico.	Computador y tiempo de internet, impresión a color, materiales de oficina, cámara fotográfica.	Viáticos, Diseñador gráfico	\$ 140.00
Elaboración y entrega de la propuesta (material educativo).	2 meses	Responsables del proyecto, Miembros del tribunal, Responsable del área de quimioterapia, Diseñador gráfico.	Computador y tiempo de internet, impresiones a color, materiales de oficina, cámara fotográfica.	Viáticos, Diseñador gráfico	\$ 70.00
Presentación y sustentación del proyecto de tesis.	2 meses	Responsables del proyecto, Miembros del tribunal, Decanato UTM.	Computador y tiempo de internet, impresiones a color, materiales de oficina, Infocous.	Viáticos, Salón de Sustentación de la UTM	\$ 118.00
TOTAL:					\$ 843.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES POR MES	AÑO 2012			AÑO 2013								
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP
Presentación y corrección de tema de tesis.	X											
Presentación y aprobación del proyecto de tesis.		X										
Designación de los miembros del tribunal de tesis.		X										
Autorización de SOLCA para realización de tesis en dicho Hospital.		X										
Reunión con miembros del tribunal para avances y correcciones de tesis.			X	X	X			X		X	X	
Recolección de datos, Elaboración y aplicación de las encuestas alimentarias.							X	X				
Elaboración y entrega de material educativo (trípticos).										X		
Elaboración y entrega de Banner Publicitario (material educativo).										X	X	
Elaboración y entrega de la propuesta.										X	X	
Presentación final del proyecto de tesis.											X	X
Sustentación del proyecto de tesis.												X

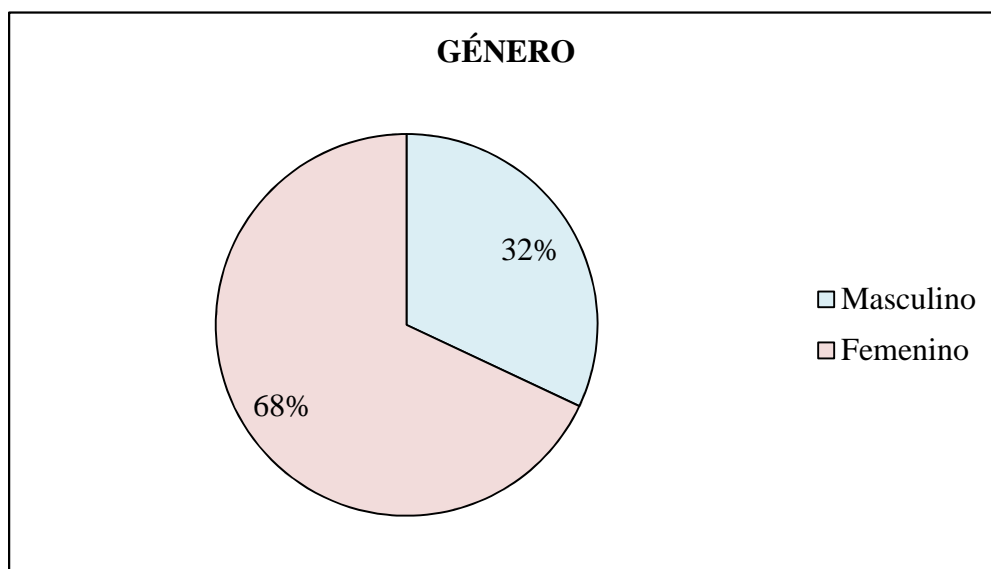
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GÉNERO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012- MAYO 2013.

TABLA #1

GÉNERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	32	32%
Femenino	68	68%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #1



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Un análisis realizado entre los dos géneros evaluados, indica que de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria, el género femenino predomina y equivalente al 68% de la muestra y el género masculino equivalente al 32%.

El Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) presentó los resultados del VII Censo de Población y el VI de Vivienda realizado en noviembre del año 2010. Según las cifras, la población total oficial del país es 14'483.499 y hay 4'654.054 viviendas. En el Ecuador, el 50,4% de habitantes es mujer y el 49,6 % hombre. (INEC, 2010)

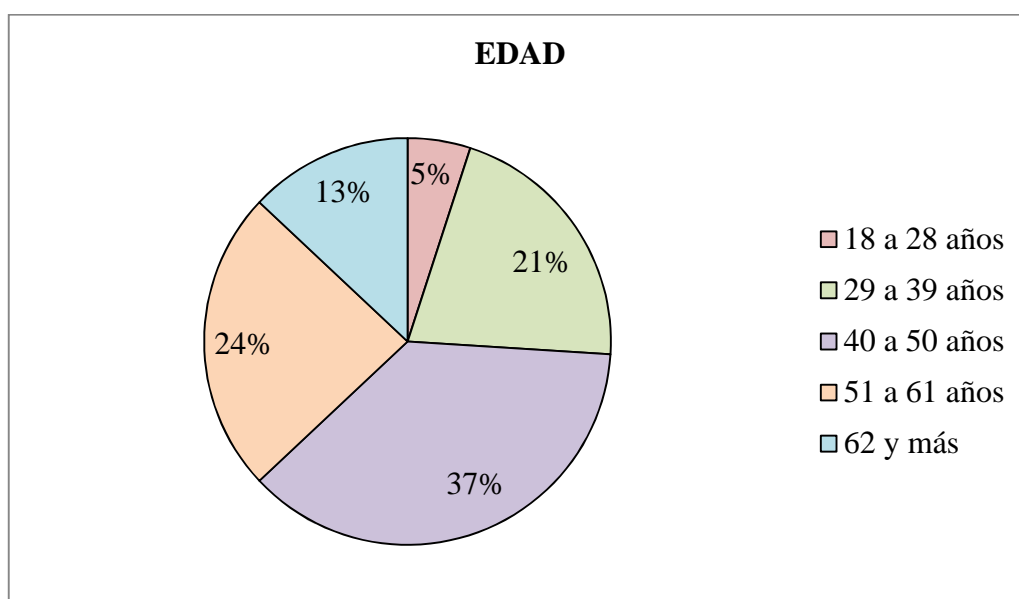
Estos resultados justifican el por qué se encontró mayor incidencia de cáncer en el género femenino que en el masculino, pero esto no quiere decir que los hombres tengan menos posibilidades de desarrollar algún tipo de cáncer.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #2

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 a 28 años	5	5%
29 a 39 años	21	21%
40 a 50 años	37	37%
51 a 61 años	24	24%
62 y más	13	13%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #2



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se encuestó a 100 pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria de los cuales se obtuvieron edades comprendidas entre los 40 a 50 años equivalente al 37% de la muestra, 51 a 61 años equivalente a 24%, 29 a 39 años equivalente al 21%, de 62 años en adelante equivalente al 13% y de 18 a 28 años equivalente a 5%.

El paso del tiempo aumenta la probabilidad de padecer un cáncer porque permite que se acumulen más mutaciones o lesiones del material genético. Por otro lado, con la edad, el sistema inmunitario también envejece y se debilita y, como ya sabes, éste es fundamental para combatir la enfermedad. (María Tránsito López, 2011)

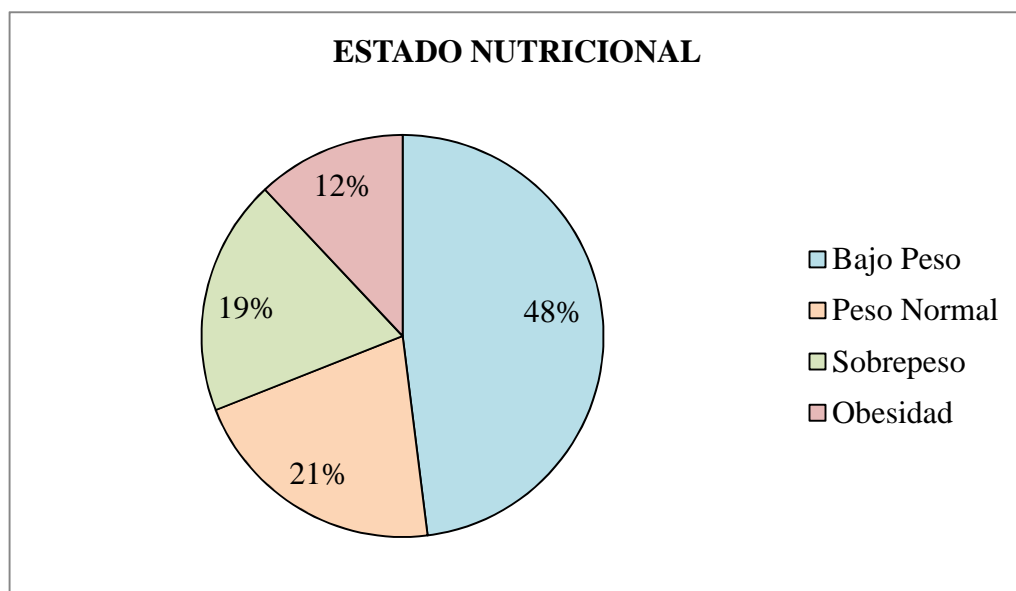
Es importante destacar que la edad es un factor de riesgo que, evidentemente, aumenta la posibilidad de desarrollar algún tipo de cáncer. Por este motivo es conveniente llevar una buena alimentación a lo largo de nuestra vida y empezar desde temprana edad a adquirir hábitos alimenticios adecuados ligados éstos a estilos de vida saludables.

ESTADO NUTRICIONAL, DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #3

(IMC) ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo Peso < 18.5	48	48%
Peso Normal 18.5-24.9	21	21%
Sobrepeso 25-29.9	19	19%
Obesidad > 30	12	12%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #3



Fuente: Formulario de Recolección de Datos.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se obtuvieron los siguientes resultados relacionados con el estado nutricional y la quimioterapia ambulatoria: se halló que de cada 100 pacientes de ambos géneros el 48% de éstos presentan bajo peso, 21% tienen un estado nutricional normal, 19% tienen sobrepeso y el 12% obesidad.

Una de las complicaciones más frecuentes en el paciente con cáncer es la desnutrición, mejor conocida como caquexia. Es difícil establecer con exactitud la incidencia de desnutrición en el paciente oncológico, pero se estima que alrededor de 70 a 80% de los pacientes con alguna neoplasia padecen cierto grado de desnutrición. (María Fernanda Téllez Villagómez, 2010)

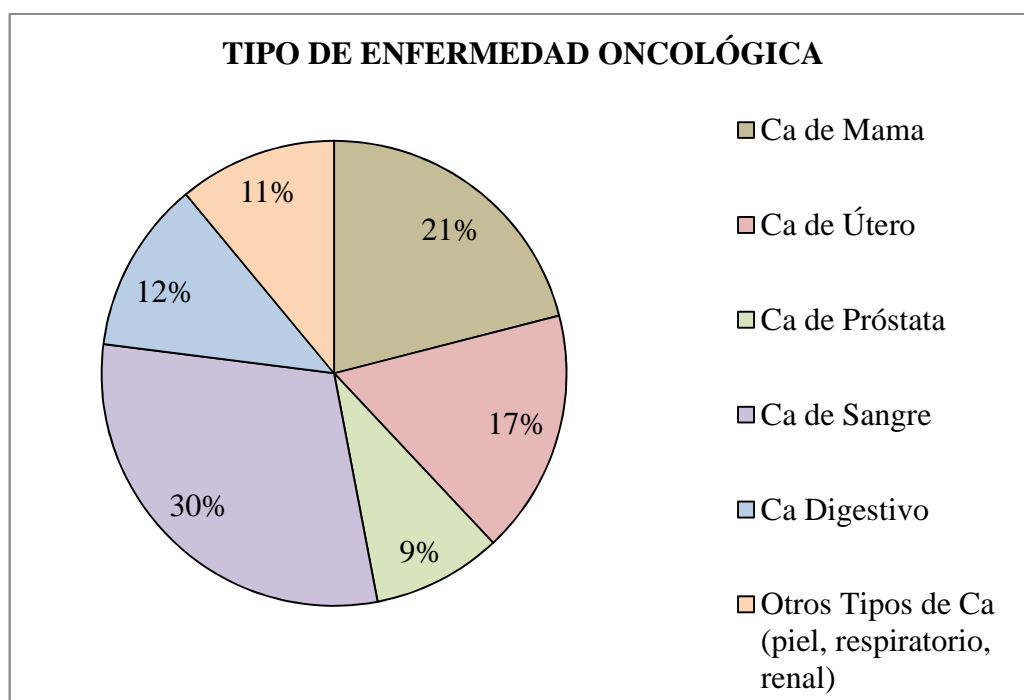
El estado nutricional del paciente sometido a quimioterapia no solo se ve afectado por la enfermedad en sí, también influyen los efectos adversos del tratamiento los cuales impiden la correcta alimentación y absorción de los nutrientes.

TIPO DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #4

ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ca de Mama	21	21%
Ca de Útero	17	17%
Ca Próstata	9	9%
Ca Sangre	30	30%
Ca Digestivo	12	12%
Otros tipos de Ca (piel, respiratorio, renal)	11	11%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #4



Fuente: Formulario de Recolección de Datos.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Un análisis realizado entre los dos géneros evaluados, nos indica que de acuerdo al tipo de enfermedad oncológica las más frecuentes son: Otros tipos de Ca de mama equivalente a un 21%, el Ca de útero equivalente a un 17%, el Ca de próstata equivalente a un 9%, Ca de sangre equivalente al 30%, Ca digestivo equivalente a un 12%, y otros tipos de Ca (piel, respiratorio, renal) equivalente al 11%.

Se ha relacionado el contenido en grasa de la dieta con el riesgo de distintos tipos de cáncer, pero las evidencias no son ni mucho menos unánimes. Posiblemente el alto consumo de lípidos totales y/o ácidos grasos saturados (AGS) y/o grasas animales aumenta el riesgo de cáncer de mama, colon y recto, próstata, pulmón y endócrino. (Jordi Salas-Salvadó, 2008)

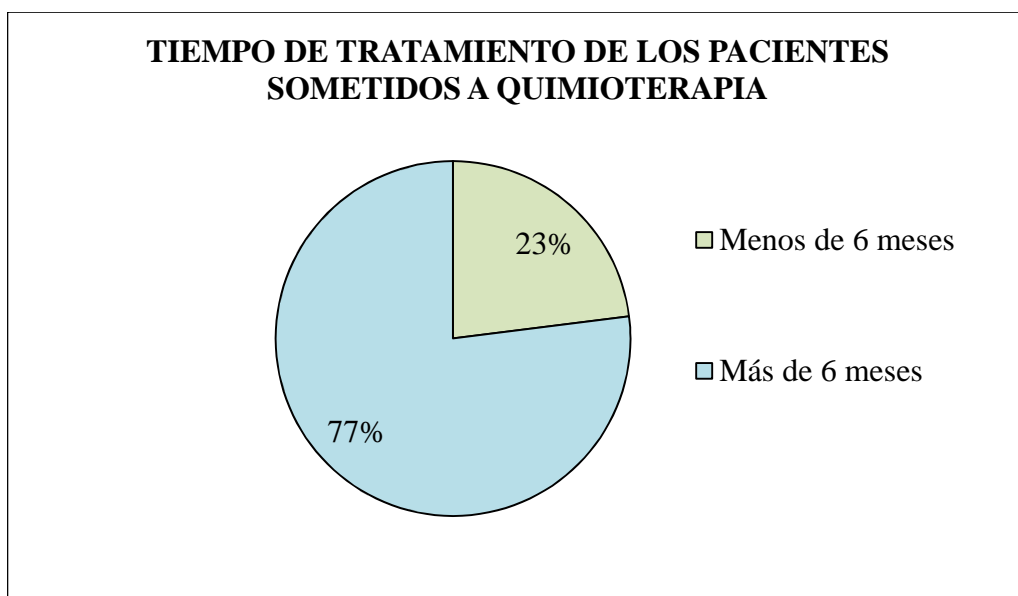
La relación entre la grasa dietética y el cáncer de mama ha sido uno de los aspectos más controvertidos en la epidemiología nutricional.

TIEMPO DE TRATAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #5

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 6 meses	23	23%
Más de 6 meses	77	77%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #5



Fuente: Formulario de Recolección de Datos.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De acuerdo al tiempo de tratamiento tenemos los siguientes resultados: los pacientes con más de 6 meses, representan un 77%, y menos de 6 meses con un 23%.

La quimioterapia consiste en la aplicación de una dosis de medicamentos durante un periodo de tiempo determinado. Luego se interrumpe el tratamiento para dar paso a una etapa de descanso, para que las células normales afectadas puedan recuperarse antes de comenzar con un nuevo ciclo de administración del fármaco. (María Tránsito López, 2011)

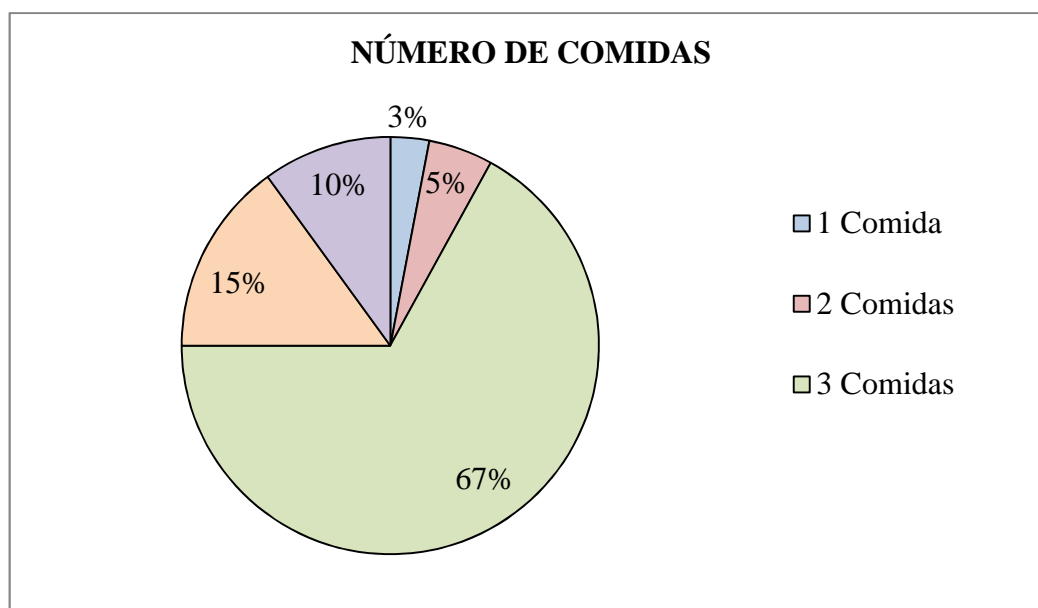
En la mayoría de los casos el problema surge cuando el paciente entra en el periodo de recuperación, ya que muchas veces durante este tiempo también se recupera el tumor. En consecuencia, el cáncer puede reaparecer con una fuerza mayor porque se ha vuelto resistente al tratamiento.

NÚMERO DE COMIDAS CONSUMIDAS EN EL DÍA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Comida	3	3%
2 Comidas	5	5%
3 Comidas	67	67%
4 Comidas	15	15%
Más de 4 comidas	10	10%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #6



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada a 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; 67% de éstos respondieron que comen 3 comidas en el día, el 15% comen 4 comidas en el día, el 10% comen más de 4 por día, el 5% comen 2 comidas en el día y el 3% comen 1 comida durante el día.

En general, y dada la sensación de saciedad precoz que refieren estos pacientes, las recomendaciones en cuanto a las tomas de alimentos son entre 5-6 tomas al día, como cita también se recomienda evitar la condimentación excesiva y las temperaturas extremas. (Rodota Castro, 2012)

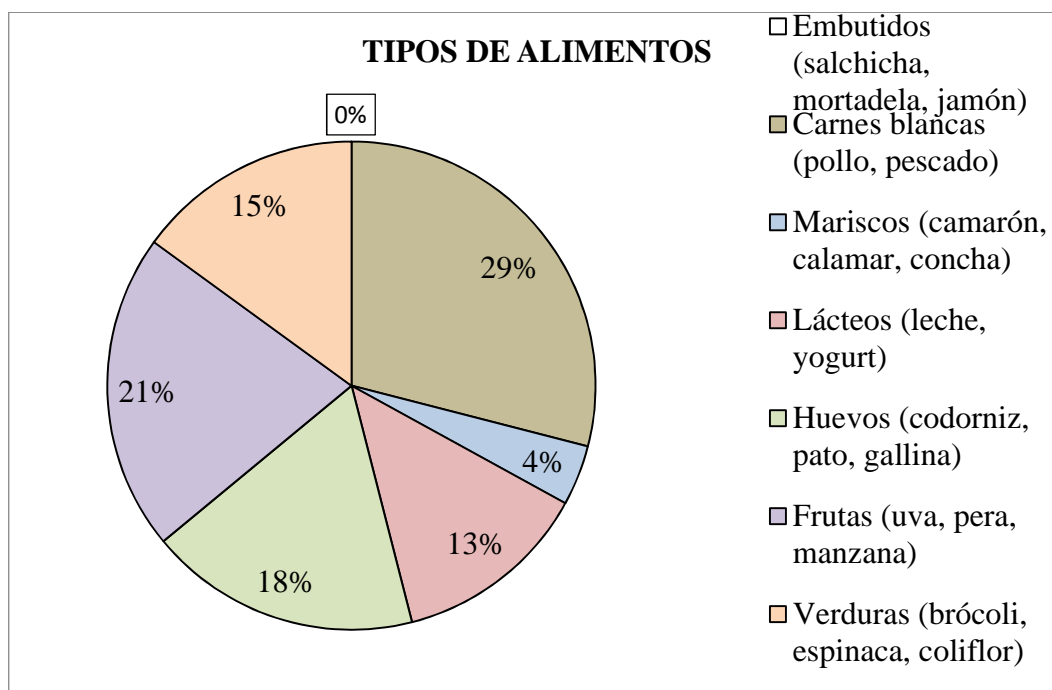
Una parte de los pacientes que se realizan quimioterapia desconocen la importancia que tienen los nutrientes de los alimentos para mejorar su estado nutricional, no todos comen las cinco comidas al día como es recomendado, los pacientes oncológicos comen tres comidas al día esto es debido a la costumbre alimentaria que existe en la gran mayoría de los hogares.

TIPOS DE ALIMENTOS QUE ACOSTUMBRA A CONSUMIR EL PACIENTE DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Embutidos (salchicha, mortadela, jamón)	0	0%
Carnes blancas (pollo, pescado)	98	29%
Mariscos (camarón, calamar, concha)	14	4%
Lácteos (leche, yogurt)	46	13%
Huevos (codorniz, pato, gallina)	63	18%
Frutas (uva, pera, manzana)	72	21%
Verduras (brócoli, espinaca, coliflor)	51	15%
TOTAL	344	100%

GRÁFICO #7



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; respondieron que, los alimentos que acostumbran a consumir con más frecuencia son: Carnes blancas (pollo, pescado) equivalente a un 29%, Frutas (uva, pera, manzana) equivalente a un 21%, Huevos (codorniz, pato, gallina) equivalente a un 18%, Verduras (brócoli, espinaca, coliflor) equivalente a un 15%, Lácteos (leche, yogurt) equivalente a un 13%, Mariscos (camarón, calamar, concha) equivalente a un 4%, Embutidos (salchicha, mortadela, jamón) equivalente a un 0%.

La evidencia epidemiológica y experimental indica que un alto consumo de fibra dietética (presente principalmente en frutas y verduras) posiblemente reduce el riesgo de cáncer de colon y recto, del cáncer de mama y del cáncer de próstata. (Jordi Salas-Salvadó, 2008)

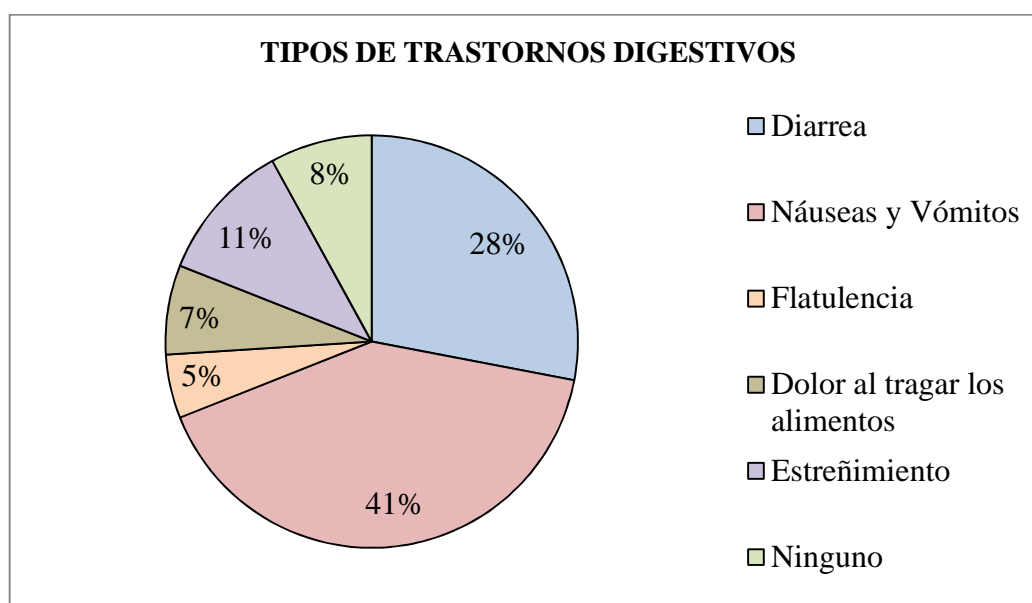
La dieta del paciente con cáncer debe seguir las normas de una alimentación saludable, aceptable, equilibrada, variada, apetecible y suficiente.

TIPO DE TRASTORNOS DIGESTIVOS DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diarrea	59	26%
Náuseas y Vómitos	63	28%
Flatulencia	28	12%
Dolor al tragar los alimentos	17	8%
Estreñimiento	45	20%
Ninguno	13	6%
TOTAL	225	100%

GRÁFICO #8



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; respondieron presentar alguno de los tipos de trastornos digestivos: Náuseas y Vómitos con un 28%, Diarreas con un 26%, Estreñimiento con un 20%, Flatulencias con un 12%, Dolor al tragar los alimentos con un 8%, y Ninguno con un 6%.

Asociado a la medicación de quimioterapéuticos que intoxican el tubo digestivo y provocan náuseas y vómito, lo que también disminuye el consumo de alimentos. (María Fernanda Téllez Villagómez, 2010)

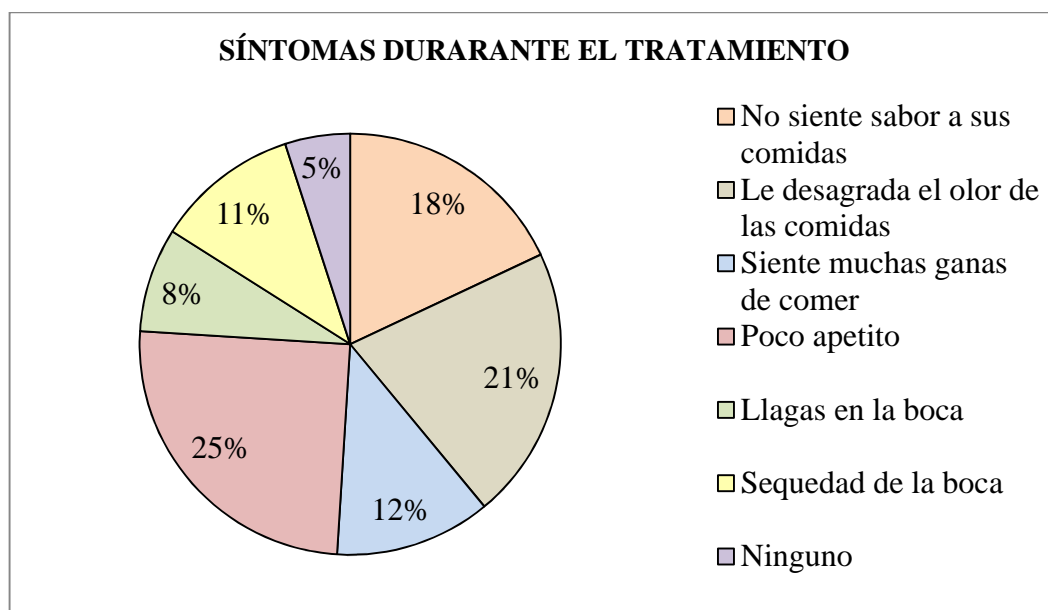
La mayoría de estos pacientes tienen gustos variables debido al tratamiento quimioterápico, lo cual les impide disfrutar del momento de la comida, por lo que se resignan ante la posibilidad de encontrarle mayor sabor a los alimentos, dejando de lado el acto de comer, para no presentar malestar en su organismo.

SÍNTOMAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No siente sabor a sus comidas	48	18%
Le desagrada el olor de las comidas	57	21%
Siente muchas ganas de comer	32	12%
Poco apetito	66	25%
Llagas en la boca	21	8%
Sequedad de la boca	29	11%
Ninguno	15	5%
TOTAL	268	100%

GRÁFICO #9



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; los síntomas durante el tratamiento con quimioterapia son: Poco apetito con un 25%, Le desagrada el olor de las comidas con un 21%, No siente sabor a sus comidas con 18%, Siente muchas ganas de comer con un 12%, Sequedad de la boca con un 11%, Llagas en la boca con un 8%, Ninguno con un 5%.

Las alteraciones del sabor debido al tratamiento quimioterápico pueden dar lugar a anorexia y oligofagia (tomar pocos alimentos). (Bárbara Grant, MS, RD, 2012)

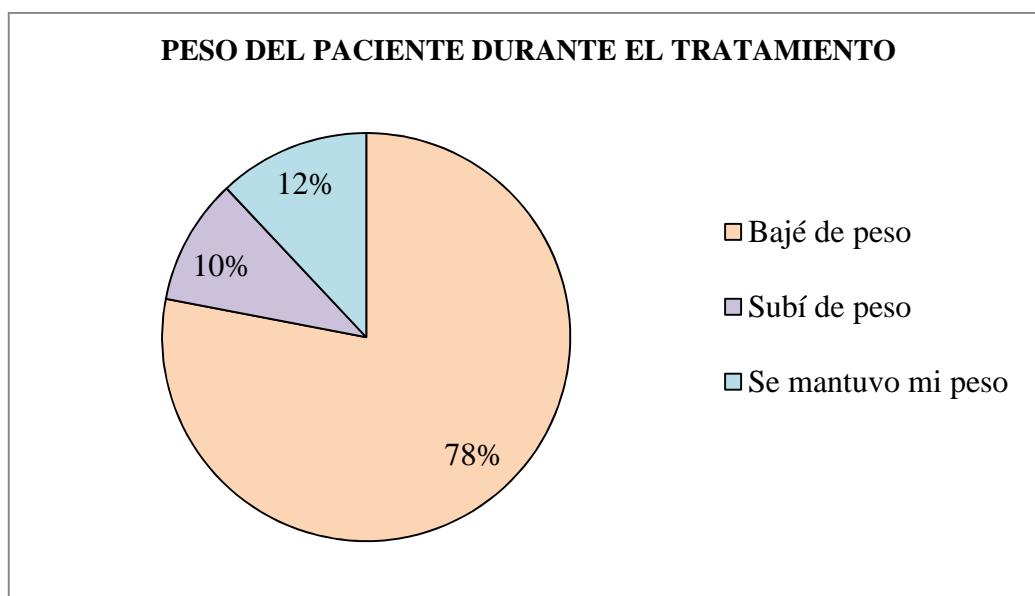
Los efectos adversos del cáncer y su tratamiento, en lo que a nutrición se refiere pueden ser graves ya que involucra de manera significativa el estado nutricional del paciente, esto demuestra la importancia ante una intervención nutricional oportuna que garantice un buen pronóstico de vida.

PESO DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajé de peso	78	78%
Subí de peso	10	10%
Se mantuvo mi peso	12	12%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #10



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; 78% de éstos respondieron que durante su tratamiento bajaron de peso, un 12% se mantuvieron con el mismo peso y el 10% subieron de peso.

Tanto para mantener el peso como para bajarlo, no existe opción mejor que seguir una dieta sana, equilibrada y baja en calorías, además practicar algún tipo de actividad física de forma moderada y regular. (María Tránsito López, 2011)

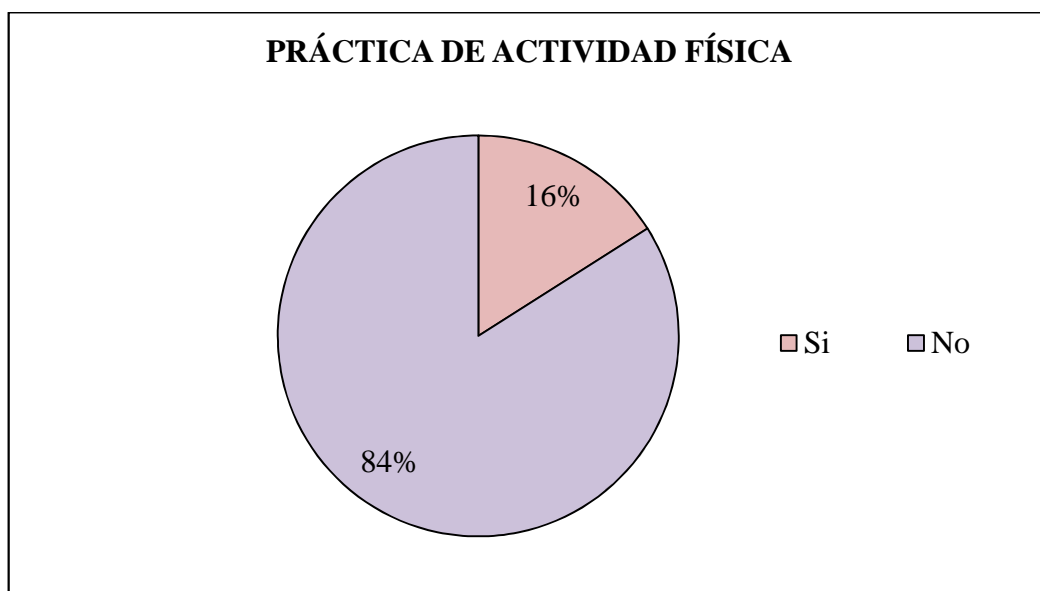
A medida que el tratamiento avanza afecta directamente el estado nutricional, alterando el metabolismo y haciendo que estos pacientes oncológicos pierdan el apetito probablemente es el resultado de cambios físicos, pero también puede deberse a una respuesta psicológica a la enfermedad. Las personas con cáncer requieren frecuentemente una dieta adaptada a su estado nutricional para evitar la pérdida de peso o aumento injustificado del mismo.

PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #11

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	16%
No	84	84%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #11



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; el 16% respondieron que Si realizan actividad física, sin embargo el 84% respondieron que No realizan actividad física.

Las personas que practican deporte corren menos riesgo de desarrollar cáncer de colon (un 50% menos) que las sedentarias. Este impacto positivo se ha observado en hombres y mujeres, aunque especialmente en los primeros. Del mismo modo, también disponemos de datos que confirman que las mujeres que hacen ejercicio regularmente tienen un riesgo menor de cáncer de mama (entre el 30-40% menos) que las que no lo hacen. (María Tránsito López, 2011)

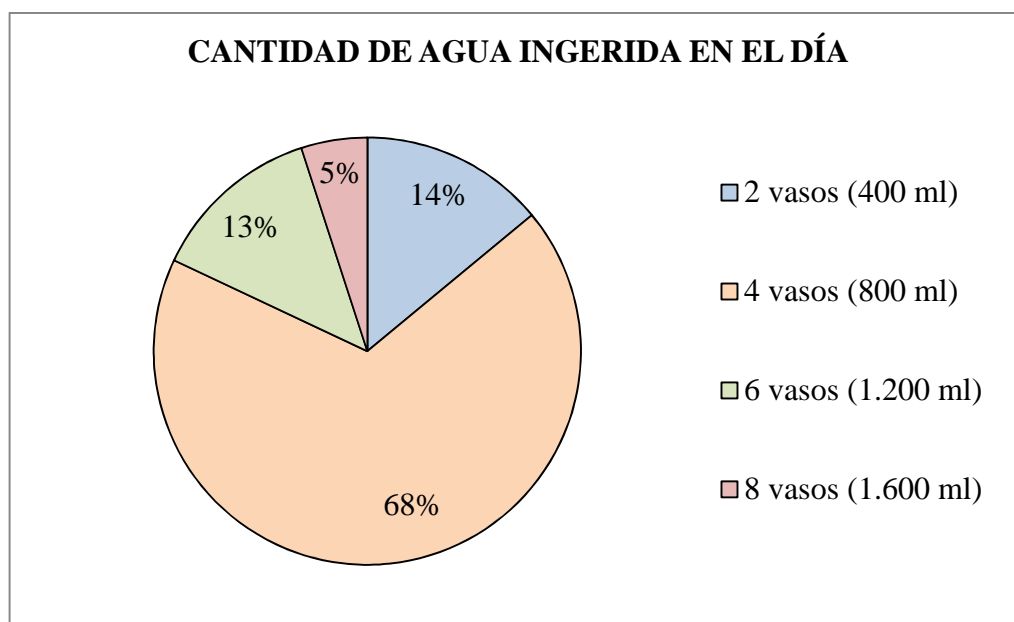
El impacto positivo del deporte ante la prevención de las enfermedades y parte del tratamiento de muchas lo ha llevado a convertirse en el remedio eficaz para mantener un buen estado nutricional y de ánimo, combatir el estrés, la depresión y otras situaciones negativas. La práctica regular de actividad física al menos tres veces a la semana con una duración mínima de 30 minutos desempeña un papel importante en la prevención de ciertos tipos de cáncer.

CANTIDAD DE AGUA INGERIDA EN EL DÍA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012- MAYO 2013.

TABLA #12

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 vasos (400 ml)	14	14%
4 vasos (800 ml)	68	68%
6 vasos (1.200 ml)	13	13%
8 vasos (1.600 ml)	5	5%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #12



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; el 68% de éstos respondieron que beben 4 vasos (800 ml) de agua al día, un 14% beben 2 vasos (400 ml) de agua al día, el 13% beben 6 vasos (1.200 ml) de agua al día, y el 5% beben 8 vasos (1.600 ml) de agua al día.

El agua en nuestro organismo realiza funciones vitales como regular la temperatura corporal, transportar alimentos o eliminar los productos de desecho (que es una actividad básica en la lucha constante contra el cáncer). Beber unos ocho vasos de agua al día nos ayuda a eliminar toxinas y, además, a mantenernos hidratados. (María Tránsito López, 2011)

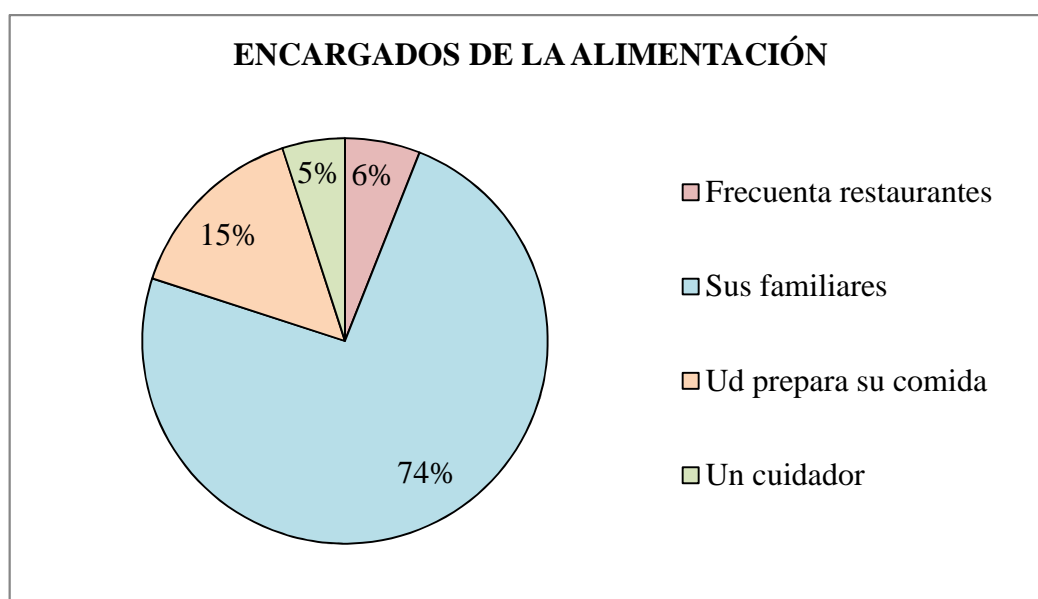
La gran mayoría de los pacientes consumen tan solo 4 vasos de agua al día debido a que el propio tratamiento hace que ésta bebida no sea tan apetecible. En un individuo promedio, se estima que el consumo requerido de agua es de alrededor de dos litros al día, considerando aquellos pacientes que tienen retención de líquidos en el cuerpo. El agua puede llegar a representar entre el 50 y el 70% del peso corporal, según el sexo, edad y la composición de su cuerpo.

ENCARGADOS DE LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #13

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuenta restaurantes	6	6%
Sus familiares	74	74%
Ud prepara su comida	15	15%
Un cuidador	5	5%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #13



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; 74% de ellos respondieron que sus familiares les preparan la comida, un 15% respondió que ellos mismos se preparan su comida, el 6% frecuentan restaurantes y el 5% respondió que un cuidador les prepara la comida.

Es importante destacar la figura del manipulador de alimentos como responsable final de la elaboración de alimentos seguros, tanto en el hogar como fuera de él. Su formación es básica a la hora de introducir y aplicar las normas necesarias de higiene que permita evitar la aparición de enfermedades transmitidas por alimentos. (Jordi Salas-Salvadó, 2008)

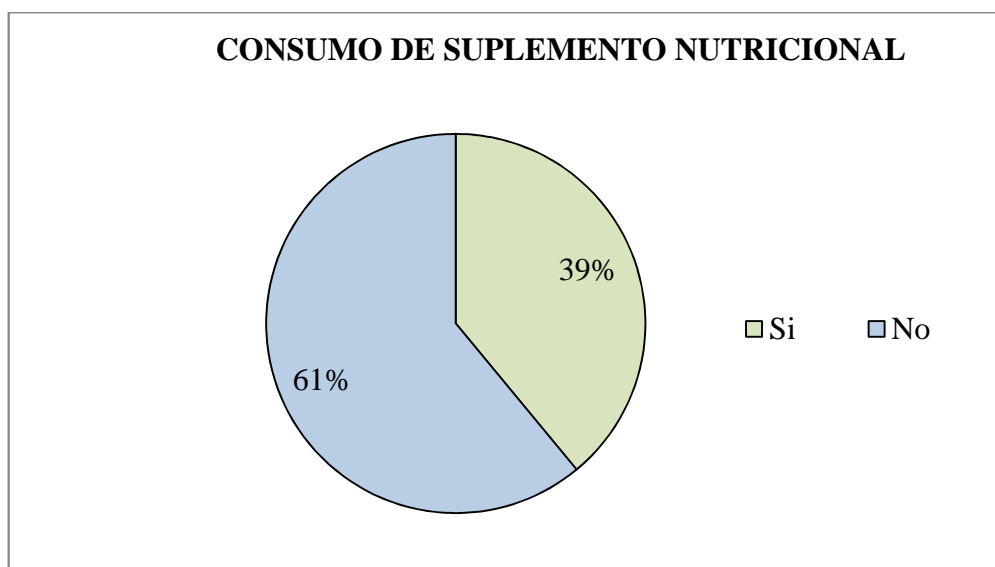
La quimioterapia altera el sistema inmunitario, esto hace que se deban extremar las medidas de higiene para evitar que las comidas sean el vehículo de ingreso de gérmenes al organismo; lo cual dependerá mucho del lugar y la persona que prepara los alimentos.

CONSUMO DE SUPLEMENTO NUTRICIONAL DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012- MAYO 2013.

TABLA #14

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	39	39%
No	61	61%
TOTAL	100	100%

Gráfico #14



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta tomada de 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; 61% respondieron que No consumen ningún suplemento nutricional y el 39% de ellos respondieron que Si consumen un suplemento nutricional.

Como bien explican los oncólogos la causa de la anemia en la mayoría de estos pacientes no es la carencia de hierro, sino la toxicidad que genera el tratamiento quimioterápico. El aporte de hierro medicamentoso y otros tipos de suplementos no está indicado en la mayoría de los casos. Salvo que su oncólogo se lo indique, no es conveniente que reciba un aporte extra al que le brindan los alimentos. (Lcda. Marcela Palladino, 2007)

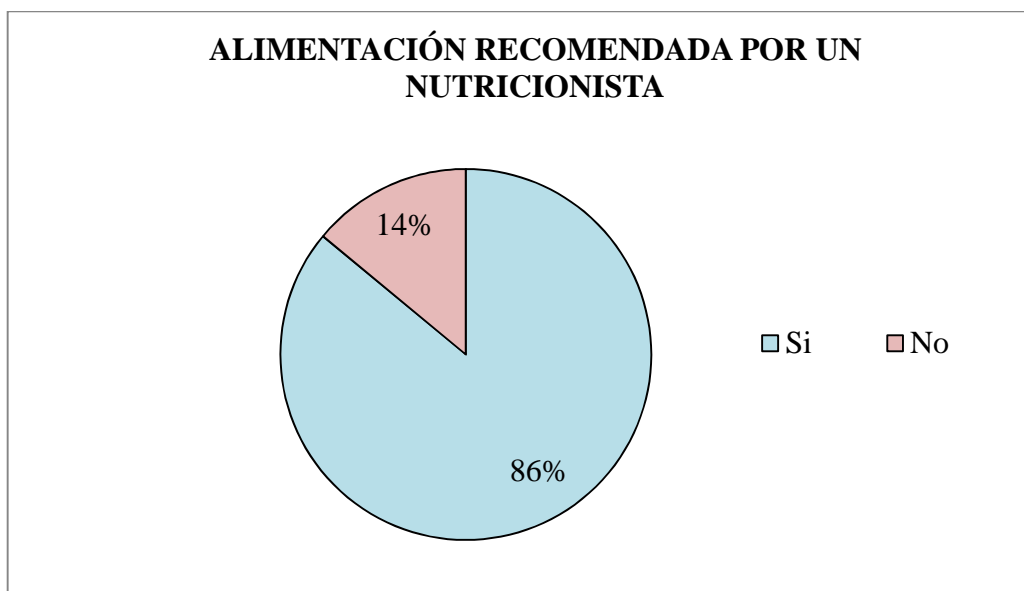
Se debe utilizar los suplementos nutricionales solo si es necesario y no hacer caso a las marcas comerciales de algunos productos que aseguran la cura o desaparición del cáncer ya que estos van contra el buen pronóstico de su tratamiento.

ALIMENTACIÓN RECOMENDADA POR UN NUTRICIONISTA DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA EN EL HOSPITAL DR. JULIO VILLACRESES COLMONT, NOVIEMBRE 2012-MAYO 2013.

TABLA #15

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	86	86%
No	14	14%
TOTAL	100	100%

GRÁFICO #15



Fuente: Encuesta realizada a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el Hospital Dr. Julio Villacreses Colmont de Portoviejo.

Elaborado por: Cevallos Sánchez Gabriela Carolina y García Mendoza Filerma Yamaly.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

De la encuesta aplicada a los 100 pacientes oncológicos que se realizan quimioterapia ambulatoria; 86% respondieron que Si tienen asesoría nutricional y el 14% respondieron que No reciben asesoría nutricional.

La valoración del consumo alimentario no está muy extendida en la práctica clínica. Sin embargo, creemos que su valoración como método que estima el estado nutricional del individuo es extremadamente útil en muy diversas e importantes situaciones relacionadas con la salud y la enfermedad del individuo. (Jordi Salas-Salvadó, 2008)

La alimentación es un factor a tener en cuenta antes, durante y después del tratamiento con quimioterapia. Para llevar una dieta variada y equilibrada, es muy importante la intervención nutricional individualizada y oportuna ya que ésta evitará la pérdida de peso y ayudará a mantener al paciente oncológico un óptimo estado nutricional y en especial a sobrellevar los efectos adversos del tratamiento quimioterápico mediante recomendaciones nutricionales adecuadas.

CONCLUSIONES

Se logró identificar los hábitos alimenticios de los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria, los mismos demostraron que un gran porcentaje representado por el 67% se alimentan 3 veces al día debido a la costumbre alimentaria existente en la mayoría de los hogares de la provincia.

Debido a que los efectos adversos del tratamiento quimioterapéutico propician estados prolongados de inapetencia que finalmente provocan la disminución de la composición corporal, el 48% de los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria poseen un estado nutricional con bajo peso. Este porcentaje fue obtenido de la evaluación antropométrica (IMC) a cada uno de los pacientes mediante el peso y talla, considerado un método rápido, económico y fiable para determinar el estado nutricional actual de estos pacientes.

Entre los trastornos y síntomas más comunes que repercuten en el estado nutricional de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia destacaron, en un 28% las náuseas y vómitos, seguidas las diarreas en un 26%, por lo cual, es imprescindible brindar recomendaciones nutricionales para cada uno de los síntomas y trastornos ocasionados por la quimioterapia y patologías.

El estado nutricional del paciente sometido a quimioterapia no solo se ve afectado por la enfermedad en sí, también influyen los efectos adversos del tratamiento los cuales impiden la correcta alimentación y absorción de los nutrientes. Por lo cual se implementó un manual alimentario en base a los diferentes trastornos gastrointestinales que provoca el tratamiento, para brindarles los conocimientos y recomendaciones acorde a sus necesidades.

RECOMENDACIONES

Fomentar de manera continua una alimentación adecuada antes, durante y después del tratamiento de quimioterapia, a fin de modificar los hábitos alimenticios de los pacientes, los cuales deberán estar ligados a un estilo de vida saludable. Además se considera importante hacer énfasis en el reconocimiento de los alimentos de alto valor nutricional que a su vez sean económicos para que los pacientes puedan fraccionar las comidas entre 5 y 6 veces al día como es recomendado, lo cual, ayudará a tolerar mejor el tratamiento, disminuir o sobrellevar los efectos adversos provocados por la quimioterapia y por supuesto llevar una mejor calidad de vida.

Considerar en el tratamiento de quimioterapia como punto clave, la asistencia nutricional oportuna a cada uno de los pacientes ya que ésta debe formar parte importante en la evaluación de los mismos. Mediante un adecuado control nutricional del peso en relación con la talla del paciente se pueden plantear estrategias nutricionales que ayuden a mantener un estado nutricional óptimo o al menos, permitir que los pacientes no lleguen a un IMC de bajo peso.

Brindar a los pacientes asesoramiento nutricional individualizado, mediante pautas alimentarias que llamen la atención para que éstos se sientan estimulados a participar en su aprendizaje de manera activa, concientizando los riesgos y beneficios que ofrece la alimentación a su salud y en especial en el proceso del tratamiento quimioterápico.

Concientizar a los pacientes sobre la importancia que existe entre nutrición y cáncer para optimizar el tratamiento quimioterápico, utilizando la guía alimentaria que fue implementada para contribuir a mejorar el estado nutricional de estos pacientes utilizando alimentos de acorde a las complicaciones gastrointestinales. La guía sugiere estrategias alimentarias muy útiles que garantizarán la seguridad de los alimentos que van a ser consumidos, además, conocer la manera adecuada de abordar una alimentación saludable y apetecible en sus hogares.

GLOSARIO

Metabolitos: es cualquier molécula utilizada o producida por el metabolismo.

Coriocarcinoma: es una forma de cáncer de crecimiento rápido que ocurre en el útero de una mujer.

Alcaloide: son aquellos metabolitos secundarios de las plantas sintetizados generalmente a partir de aminoácidos.

Oxaliplatino: medicamento citostático indicado en el tratamiento de primera línea del cáncer colorectal avanzado y en el tratamiento adyuvante del cáncer de colon en estadio III.

Capecitabina: es un agente quimioterapéutico administrado oralmente, utilizado para el tratamiento del cáncer de mama y cáncer de colon.

Inmunosupresión: anulación de la respuesta inmunitaria de un organismo.

Metástasis: es el proceso de propagación de un foco canceroso a un órgano distinto de aquel en que se inició.

Alopecia: caída o pérdida patológica del pelo.

Disnea: falta de aliento o dificultad para respirar.

Xerostomía: sequedad bucal.

Mialgia: consiste en dolores musculares que pueden afectar a uno o varios músculos del cuerpo y pueden estar producidos por causas muy diversas.

Letargo: síntoma de varias enfermedades nerviosas, infecciosas o tóxicas, caracterizado por un estado de somnolencia profunda y prolongada.

Esfacelación: es un término que hace referencia al tejido corporal muerto ya sea que se presente como descamación o necrosis.

BIBLIOGRAFÍA

DR. ECHENIQUE Miguel, DRA. TOULSON María Isabel, CORREIA Davisson, Nutrición y Cáncer, 2009.

DUFAU Lucrecia. Prevalencia de Desnutrición en pacientes Oncológicos, 2009.

GAJARDO Carolina. Tumores en Niños (3ra ed.), 2008.

GARCÍA-LUNA P. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. Nutr. Hosp, 2008 W

GIL Ángel, Tratado de Nutrición, Nutrición Clínica, 2010.

GÓMEZ C. Intervención Nutricional en el paciente Oncohematológico 2012. W

GRANT Bárbara, Terapia Nutricional Médica del Cáncer, 2012.

KAUFER Martha– HORWITZ, Iliana Manjarrez (2009) V Edición; Alimentación para un estilo de vida saludable; España.

LUENGO LM. Valoración del estado nutricional del paciente oncológico. Rev. Oncol. 2009

MARÍN-CARO M, LAVIANO A, RICHARD C, GÓMEZ C. Relación entre la Intervención Nutricional y la calidad de vida en el paciente con cáncer. 2008

MARTÍNEZ - ROQUE V. Valoración del estado nutricional en el paciente con cáncer. Cancerología. 2011.

PALLADINO Marcela, Alimentación en el cáncer, 2008.

REVISTA ONCOLOGÍA SOLCA 2011 con el aval de la facultad de ciencias médicas de la universidad de Guayaquil.

RODOTA Liliana Y CASTRO María Eugenia, 1012. Nutrición Clínica y Dietoterapia.

SÁNCHEZ-LARA K, Evaluación nutricional en cáncer. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2008.

SALAS Jordi – SALVADÓ, Nutrición y Dietética Clínica, 2008.

SCOTT Sylvia - STUMP. Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento 2011

SUVERZA Araceli HAUA Karime (Edición 2010) El ABC de la Evaluación del Estado Nutricional; pág. 1-5.

TÉLLEZ VILLAGÓMEZ María Fernanda, Nutrición Clínica, 2010.

TRÁNSITO LÓPEZ María, Guía práctica de alimentos saludables. La dieta anticáncer, 2011.

<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/nutrition/Patient>, 2010.

ANEXOS

PROPUESTA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

TEMA:

IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA ALIMENTARIA EN BASE A LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE ONCOLÓGICO SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA.

DATOS INFORMATIVOS:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreses Colmont”.

UBICACIÓN SECTORIAL

Provincia: Manabí.

Cantón: Portoviejo.

Dirección: Autopista del Valle Manabí Guillem, diagonal a la Urbanización Ceibos del Norte.

Lugar: SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer).

PERIODO DE EJECUCIÓN

Fecha de Inicio: 2 Julio del año 2013.

Fecha de Culminación: 14 de Agosto del año 2013.

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Beneficiarios Directos: Pacientes oncológicos que reciben tratamiento de quimioterapia ambulatoria.

Beneficiarios Indirectos: Hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreses Colmont”.

Autoras: Las Egresadas

Cevallos Sánchez Gabriela Carolina.

García Mendoza Filerma Yamaly.

INTRODUCCIÓN

La alimentación es un punto clave una vez que se ha detectado el cáncer. La corrección del mal estado nutricional que ocasiona la enfermedad o que provocan los tratamientos contra ella influirá de forma decisiva en la respuesta final al tratamiento y en la curación. Es importante que el paciente oncológico lleve una alimentación variada y equilibrada acompañada de un estilo de vida saludable que contribuya a mejorar el estado nutricional, garantice una mejor calidad de vida posible y favorezca al tratamiento.

La quimioterapia altera el sistema inmunitario, que es una serie de mecanismos que se dan normalmente para defender al organismo de posibles infecciones. Esto hace que se recurra a extremar medidas de higiene para evitar que las comidas sean el vehículo de ingreso de gérmenes al organismo. Todos los alimentos previos al consumo deberán estar bien cocinados o pasados por agua caliente para asegurar la calidad de los mismos y evitar que estos pongan en riesgo la salud del paciente oncológico.

Para establecer las recomendaciones nutricionales individualizadas para cada tipo de paciente, es necesario medir la tolerancia y la capacidad de ingesta oral, así como las complicaciones derivadas del tratamiento y de la propia enfermedad a lo largo de la evolución de la misma.

Planificar un soporte nutricional individualizado y adaptarlo a las diferentes etapas de la enfermedad permite grandes beneficios. El Nutricionista – Dietista está capacitado para ayudar a los pacientes siempre que lo necesiten para mantener un adecuado estado nutricional a lo largo de la enfermedad el cual, permitirá enfrentar mejor a las complicaciones.

Sin olvidar que los alimentos, lejos de ser solo una simple fuente de nutrición, en todas las sociedades desempeñan importantes funciones de naturaleza cultural, social, económica y religiosa.

JUSTIFICACIÓN

Las personas con cáncer tienen diferentes necesidades nutricionales, necesita alimentarse muy bien para el buen funcionamiento del organismo y para sobrellevar los efectos secundarios del tratamiento.

En la investigación se logró identificar que la mayoría de pacientes de este grupo presentan un estado nutricional con bajo peso debido a los efectos adversos propio del tratamiento quimioterapéutico, los mismos que necesitan una asesoría nutricional oportuna e individualizada.

Es por esto que se pretende intervenir a manera práctica mediante una guía alimentaria la cual es considerada una fuente educativa significativa; a fin de mejorar sus hábitos alimenticios los cuales deben estar ligados a estilos de vida saludables, ante lo mencionado esta situación nos permite aportar con los conocimientos adquiridos con este grupo humano presentando una propuesta dirigida a ellos.

FUNDAMENTACIÓN

Los tratamientos del cáncer (como la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia) tienen por objeto la destrucción de las células cancerosas. Pero, estos tratamientos pueden también dañar células sanas. El daño a las células sanas causa efectos secundarios que producen problemas que impiden una adecuada alimentación y por ende una buena nutrición. Por lo que se considera de suma importancia una inmediata y constante intervención nutricional, para paliar los efectos secundarios propios de dicho procedimiento con el fin de garantizar una nutrición adecuada.

El régimen alimentario es una parte importante del tratamiento del cáncer. El consumo de los tipos adecuados de alimentos antes, durante y después del tratamiento puede ayudar al paciente a sentirse mejor y conservar su fortaleza.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fomentar la cultura alimentaria mediante una guía educativa dirigida al paciente oncológico sometido a quimioterapia ambulatoria en el Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compartir alternativas prácticas de alimentación saludable enfocadas a mantener un adecuado estado nutricional durante el tratamiento de quimioterapia.

Contribuir a mejorar los hábitos alimenticios del paciente oncológico sometido a quimioterapia.

FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible debido a que se ejecutó en una prestigiosa institución Oncológica Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont” específicamente en el área de quimioterapia ambulatoria la cual cuenta con un equipo multidisciplinario muy capacitado y presto a colaborar en todo momento, ya que la predisposición de éstos representó una fortaleza en la oportuna intervención integral con cada uno de los pacientes oncológicos por parte de los investigadores.

DESCRIPCIÓN

La propuesta consiste en la elaboración de una guía alimentaria ilustrada con imágenes y texto a fin de captar la atención del paciente, y proveer información para poder sobrellevar los efectos adversos del tratamiento quimioterápico mediante una adecuada alimentación.

CONTENIDO

Nutrición y Cáncer.

La quimioterapia.

Lo que debe saber sobre el tratamiento del cáncer, la manera adecuada y más saludable de alimentarse y los problemas que comprometen a su estado nutricional.

Recomendaciones Nutricionales y Medidas de Seguridad Alimentaria.

Importancia de la dieta y el ejercicio físico.

Cómo reducir o sobrellevar mediante la alimentación los efectos adversos del tratamiento con quimioterapia.

¿Cómo aumentar las proteínas en la alimentación?

Menús nutritivos para el paciente sometido a quimioterapia.

IMPACTO

Esta propuesta da solución a una problemática existente en los pacientes sometidos a quimioterapia, ya que esta guía servirá de coadyuvante ante el tratamiento sometido, para que no disminuya su estado nutricional o lo mantenga en mejores condiciones y por ende su estado nutricional en general, la aceptabilidad y adaptación demostrada por estos paciente, se refleja en los favorables resultados, ya que el progreso en su salud es evidente.

EVALUACIÓN

La charla educativa individualizada se efectuó dentro de las instalaciones del Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont”, en el área de quimioterapia ambulatoria cumpliendo previamente con las medidas de bioseguridad e higiene; este tipo de intervención en los pacientes es efectiva para la mejoría del estado nutricional ya que éstos se sienten muy interesados por saber cómo poder alimentarse durante su tratamiento o cómo mediante la alimentación poder sobrellevar las complicaciones del mismo.

ACTIVIDADES

Intervención nutricional de tipo educativa e individualizada enfocada en cómo sobrellevar los afectos adversos de la quimioterapia mediante una alimentación adecuada, apetecible y saludable.

Elaboración y entrega de folletos con información acerca de la alimentación que debe llevar el paciente antes, durante y después de su tratamiento con quimioterapia.

Elaboración y entrega de un material educativo (Banner ilustrativo), sobre temas relacionados con la alimentación durante el tratamiento quimioterápico.

RECURSOS DE LA PROPUESTA:

HUMANOS

Investigadoras.

Pacientes Oncológicos.

Personal responsable del área de quimioterapia del Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont”.

Nutricionista de SOLCA.

Tribunal de tesis.

MATERIALES

Banner Ilustrado Educativo.

Trípticos.

Cámara fotográfica.

Transporte.

INSTITUCIONALES

Hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreses Colmont”.

Universidad Técnica de Manabí.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar el estado nutricional del paciente oncológico con quimioterapia ambulatoria en el Hospital “Dr. Julio Villacreses Colmont” Noviembre 2012 – Mayo 2013.

GÉNERO:

EDAD:

1.- ¿Cuántas veces al día se alimenta?

1		2		3		4		O más de 4	
---	--	---	--	---	--	---	--	------------	--

2.- ¿Qué tipos de alimentos acostumbra a consumir?

Embutidos (salchicha, mortadela, jamón)	
Carnes blancas (pollo, pescado)	
Mariscos (camarón, calamar, concha)	
Lácteos (leche, yogurt)	
Huevos (codorniz, pato, gallina)	
Frutas (uva, pera, manzana)	
Verduras (brócoli, espinaca, coliflor)	

3.- ¿Qué tipo de trastornos digestivos tiene?

Vómitos		Diarrea	
Nauseas		Flatulencia	
Estreñimiento		Dolor al tragar los alimentos	
		Ninguno	

4.- ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha presentado durante su tratamiento de quimioterapia?

No siente sabor a sus comidas		Sequedad de la boca	
Poco apetito		Llagas en la boca	
Siente muchas ganas de comer		Ninguno	
Le desagrada el olor de las comidas			

5.- ¿Durante su tratamiento de quimioterapia siente que ha subido o ha bajado de peso?

Bajé de peso		Subí de peso	
Se mantuvo mi peso			

6.- ¿Realiza Usted algún tipo de actividad física?

Si		No	
----	--	----	--

7.- ¿Cuántos vasos con agua ingiere al día?

2 vasos (400 ml)	
4 vasos (800 ml)	
6 vasos (1.200 ml)	
8 vasos (1.600 ml)	

8.- ¿Quién se encarga de su alimentación?

Frecuenta restaurantes	
Mis familiares	
Yo preparo mi comida	
Cuidador	

9.- ¿Consume algún tipo de suplemento nutricional?

Si		No	
----	--	----	--

10.- ¿Su alimentación es recomendada por un Nutricionista?

Si		No	
----	--	----	--

ACTIVIDAD DE LA PROPUESTA DE TESIS (TRIPTICO EDUCATIVO)

¿CÓMO AUMENTAR LAS PROTEÍNAS EN LA ALIMENTACIÓN?

Las proteínas son de mucha importancia en la alimentación de los pacientes sometidos a quimioterapia y es por esta razón que se deben incluir en las comidas a pesar de que muchos de estos pacientes las rechazan debido al mismo efecto provocado por el tratamiento.

Proteínas de origen animal: las carnes, pescados, huevos, leche y sus derivados (queso, yogur, etc.)

Proteínas de origen vegetal: las leguminosas (granos secos como frijol, garbanzo, lenteja, la soya, habas, frijol tierno), los frutos secos como nueces y almendras.

Alternativas que resultaran útiles a la hora de consumir alimentos que contienen proteínas:

La clara de huevo contiene proteína de muy buena calidad que puede reemplazar a la proteína de las carnes. La yema también es fuente de proteína, pero se recomienda no ingerir más de 3 por semana debido a que contiene colesterol.

Agregar huevos duros picados a las ensaladas, cremas de legumbres y purés.

Batir claras de huevo extra en los purés, cremas, sopas y asegúrese de seguir cocinando estas preparaciones después de agregar el huevo.

Combinar leguminosas como granos secos y un cereal como el arroz, esta combinación puede reemplazar a la proteína de las carnes.

Cocinar cereales en leche; como arroz con leche o avena, además puede preparar chucuh con leche y queso picado.

Añadir una cucharada de leche en polvo a las sopas, cremas y purés. Preparar licuados frutales (banana, durazno, frutilla) siempre agregando leche en polvo a la líquida.

Puede combinar cereales más fruta picada con yogur. El queso se puede añadir a las comidas saladas, licuado, en cuadrillos, agregar a las masas para empanadas, tortillas, huevos revueltos, purés y cremas siempre preferir queso fresco y bajo en sal.



NUTRICIÓN Y CÁNCER

El régimen alimentario es una parte importante del tratamiento del cáncer. El consumo de los tipos adecuados de alimentos antes, durante y después del tratamiento puede ayudar al paciente a sentirse mejor y conservar su fortaleza. A fin de garantizar una nutrición adecuada, el individuo debe comer y beber suficientes alimentos que contienen nutrientes fundamentales (vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos, grasas y agua). No obstante, en el caso de muchos pacientes, algunos efectos secundarios del cáncer y sus tratamientos dificultan la ingestión y absorción adecuada de los nutrientes de los alimentos.



FUENTE BIBLIOGRÁFICA

Leda, Marcela Palladini, Alimentación durante el tratamiento del cáncer 2007-2008/ www.fundacionfocv.org

SYLVIA ESCOTT—STUMP
Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento 2011-2012



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

GUÍA DE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA



AUTORAS:

Cevallos Sánchez Gabriela Carolina
García Mendoza Filerma Yamaly

MANABÍ-PORTOVIEJO-ECUADOR
2013

ACTIVIDAD DE LA PROPUESTA DE TESIS (TRIPTICO EDUCATIVO)

LA ALIMENTACIÓN EN EL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA



Es importante que el paciente oncológico lleve una alimentación variada y equilibrada acompañada de estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar el estado nutricional, garantice una mejor calidad de vida posible y favorezca al tratamiento.



La quimioterapia altera el sistema inmunario, que es una serie de mecanismos que se dan normalmente para defendernos de posibles infecciones. Esto hace que se deban extremar las medidas de higiene para evitar que las comidas sean el vehículo de ingreso de gérmenes al organismo.



MEDIDAS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

Todos los alimentos que vayan a ser consumidos por el paciente oncológico deberán ser previamente cocinados o pasados por agua caliente para asegurar la calidad de los mismos y evitar que estos pongan en riesgo la salud.



No se deben colocar alimentos cocidos donde previamente estuvieron alimentos crudos porque estos se contaminan, por este motivo es conveniente tener dos tablas de pizar para alimentos crudos y otra para cocidos.



El huevo debe comerse bien cocido, duro. Se evitará el huevo a la copa y la mayonesa casera.



Las carnes deben estar bien cocidas, ser blancas recomendadas especialmente de pollo y pescado, retirarles la piel y la grasa antes de preparar

Las verduras deben ser lavadas y cocidas, no se pueden comer crudas, es conveniente evitar las que sean más flatulentas como el brócoli, col, coliflor.



Frutas al horno, azúcar o en compotas



Las frutas de cáscara gruesa podrán comerse crudas pero previamente lavarlas y peladas. Las frutas que deberán evitarse son por ejemplo las frutillas y las moras, que por sus características no pueden ser lavadas adecuadamente y peladas, éstas podrán comerse exclusivamente cocinadas por ejemplo en compotas o dulces. También los frutos secos deben comerse cocidos.

Los lácteos, como la leche deben ser pasteurizados y además evitar su consumo en casos de diarreas. Los quesos deben ser frescos.



Elegir bebidas como aguas aromáticas, que ayudan a eliminar líquidos retenidos en el cuerpo.



Eliminar de la dieta las grasas, alimentos fritos, embutidos y enlatados (salchichas, morcilla, mortadela, jamón, etc.), las comidas chatarras y de la calle, carnes rojas como la carne de res, mariscos (concha, camarón, calamar, etc.), las bebidas gaseosas, colorantes y energizantes.



En algunos casos se debe evitar el consumo de jugos y frutas cítricas como naranja, toronja, limón, mandarina, etc. Ya que estos irritan la mucosa gástrica y bucal.

**IMAGEN DE LA PORTADA DE LA GUÍA ALIMENTARIA
(PROPUESTA DE TESIS)**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**GUÍA ALIMENTARIA
PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

ELABORADO POR:

CEVALLOS SÁNCHEZ GABRIELA Y GARCÍA MENDOZA FILERMA

**CONSEJOS DE ALIMENTACIÓN:
Antes, Durante y Después del
Tratamiento de Quimioterapia**



**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
MANABÍ - NÚCLEO DE PORTOVIEJO**

HOSPITAL ONCOLÓGICO “DR. JULIO VILLACRESES COLMONT”

IMAGEN DE BANNER ILUSTRATIVO Y EDUCATIVO (ACTIVIDAD DE LA PROPUESTA DE TESIS).



**SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
MANABÍ-NÚCLEO DE PORTOVIEJO
HOSPITAL ONCOLÓGICO
"DR. JULIO VILLACRESES COLMONT"**



**LA ALIMENTACIÓN ANTES,
DURANTE Y DESPUÉS
DEL TRATAMIENTO DE
QUIMIOTERAPIA**

**RECOMENDACIONES IMPORTANTES
ACERCA DE LAS MEDIDAS DE HIGIENE
Y SEGURIDAD ALIMENTARIA**



Todos los alimentos que vayan a ser consumidos por el paciente oncológico deberán estar bien cocinados o pasados por agua caliente para asegurar la calidad de los mismos, evitando riesgos en la salud. No se deben colocar ni cortar alimentos cocidos donde previamente estuvieron alimentos crudos ya que podrían contaminarse. Es importante recurrir a medidas extremas de higiene para evitar que las comidas sean el vehículo de ingreso de gérmenes al organismo.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES



GRASAS Y AZÚCARES

Eliminar de la dieta las grasas saturadas (frituras, comidas chatarras), alimentos procesados (embutidos y enlatados), evitar consumir comidas en la calle. Evite golosinas que quedan adheridas a los dientes como los caramelos masticables para disminuir la posibilidad de caries.



LÁCTEOS, CARNES Y HUEVOS

Lácteos, como la leche y sus derivados, deben ser pasteurizados y además evitar su consumo en casos de diarreas. El queso debe ser fresco y consumirlos bien cocidos. Las carnes deben estar bien cocidas, se recomienda las blancas como pollo y pescado, retirarles la piel y la grasa antes de prepararlas. Eliminar de la dieta las carnes rojas como de res, mariscos (concha, camarón, calamar, entre otros). El huevo debe comerse bien cocido, duro. Se evitará el huevo a la copa y la mayonesa casera.



LEGUMINOSAS

Las leguminosas, es recomendable combinar un grano seco con un cereal como el arroz para aumentar su valor proteico.



VERDURAS, HORTALIZAS Y FRUTAS.

Las verduras y hortalizas deben estar bien lavadas con agua a chorro y comerlas cocidas, no se pueden comer crudas, evitar las que produzcan flatulencias como el brócoli, repollo, coliflor (en la merienda y en casos de diarreas). Las frutas que deberán evitarse son las frutillas y las moras, ya que por sus características no pueden ser peladas ni lavadas adecuadamente, éstas podrán comerse exclusivamente cocinadas en compotas o dulces.



PAN, CEREALES, PASTAS, TUBERCULOS

Elegir cereales integrales como pan, galletas y arroz integral; ya que estos son ricos en fibra, importante para facilitar la digestión. En caso de diarreas no consumir alimentos ricos en fibra como frutas con cáscara y cereales de tipo integral.



AGUA (8 VASOS)

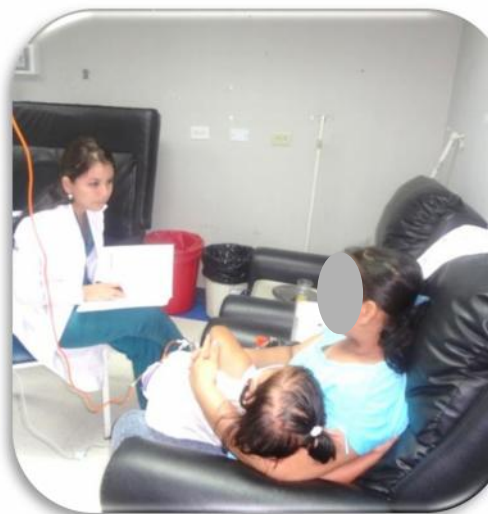
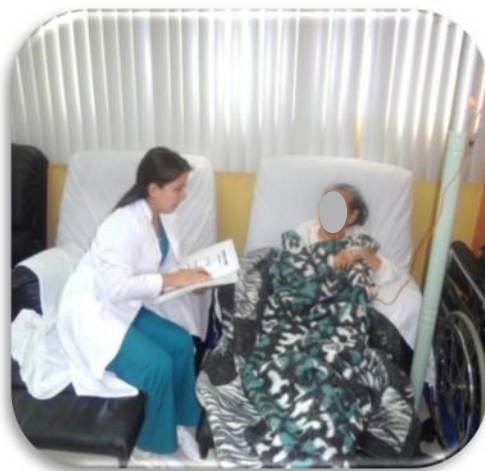
Elegir bebidas como aguas aromáticas, que ayudan a eliminar líquidos retenidos en el cuerpo. Eliminar de la dieta las bebidas azucaradas (jugos procesados) energizantes (cafeína), carbonatadas (gaseosas). En algunos casos se debe evitar el consumo de jugos y frutas cítricas como naranja, toronja, limón, mandarina, entre otros, ya que estos irritan la mucosa bucal y gástrica.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**ELABORADO POR:
Gabriela Carolina Cevallos Sánchez.
Filerma Yamaly García Mendoza.
Portoviejo - Manabí - Ecuador
2012 - 2013**

FOTOGRAFÍAS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA ALIMENTARIA A LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CON QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA



FOTOGRAFÍAS ENTREGANDO MATERIAL EDUCATIVO Y BRINDANDO A LOS PACIENTES ASESORÍA NUTRICIONAL



FOTOGRAFÍAS ENTREGANDO MATERIAL EDUCATIVO Y BRINDANDO A LOS PACIENTES ASESORÍA NUTRICIONAL.



**FOTOGRAFÍAS DE LA ENTREGA DE LA PROPUESTA DE TESIS
(MATERIAL EDUCATIVO Y GUÍAS ALIMENTARIAS)**



**FOTOGRAFÍAS DE LA ENTREGA DE LA PROPUESTA DE TESIS
(2BANNER ILUSTRATIVOS-EDUCATIVOS Y 2 GUÍAS ALIMENTARIAS)**



**FOTOGRAFÍAS DE LA ENTREGA DE LA PROPUESTA DE TESIS
(GUÍAS ALIMENTARIAS)**

