



TRABAJO FIN DE GRADO

PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERÍA DE LOS HOSPITALES DE REFERENCIA DE TENERIFE DE LOS CUIDADOS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.

Autor: Celia Domínguez González
TUTORA : M^a ARÁNZAZU GARCÍA PIZARRO

GRADO EN ENFERMERÍA.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD:SECCIÓN ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Tenerife. Universidad de la Laguna.

Curso 2015-2016

RESUMEN

En España, el cáncer es una de las principales causas de muertes, afectando a un amplio grupo de la población, considerándose un problema prioritario para la sociedad española. Los pacientes oncológicos deben enfrentarse tanto a los efectos metabólicos de la enfermedad como a los causados por el tratamiento, los cuales afectan gravemente a la alimentación. La desnutrición es uno de los problemas más frecuentes, con una prevalencia elevada, causando la muerte de los pacientes con cáncer. El personal de enfermería, presente a lo largo de toda la enfermedad, constituye una pieza fundamental dentro del equipo sanitario como planificador y coordinador de las diferentes acciones terapéuticas. Además, la nutrición está enmarcada dentro de su campo de responsabilidad, formando parte activa de todo el proceso desde la prevención, pasando por la valoración, intervenciones, cuidados y terapéutica nutricional. Es por este motivo que este estudio pretende acercarse al personal de enfermería que trabaja en las Unidades de Oncología para poder analizar el nivel de formación en aspectos nutricionales, evaluando la existencia de protocolos, así como el grado de utilización de las Guías de práctica clínica y/o recomendaciones nutricionales para el cuidado nutricional y la satisfacción con las intervenciones y cuidados que otorgan. Con este estudio se pretende avanzar remarcando el papel de la enfermería en la nutrición, así como la importancia que tiene en los pacientes oncológicos y mejorar a través de la opinión del colectivo de enfermería que trabaja en este campo, así como analizar las necesidades de cambio.

PALABRAS CLAVE: enfermería oncológica, cáncer, desnutrición, intervenciones nutricionales

ABSTRACT

Cancer is one of the leading causes of death in Spanish population and is considered a priority problem for the Spanish society. Cancer patients suffer the effects of treatment and the tumor itself. Malnutrition is one of the most common problems with high prevalence in cancer patients. Nurses are the essential members of health team. The aim of this study is to advance and emphasize the role of nursing in nutrition and the importance in cancer patients as well as the improvement through the opinion of the group of nurses working in this field. In addition, this study analyzes level of training in nutritional aspects, assessing the existence of protocols and the degree of use of clinical practice guidelines and / or nutritional recommendations for nutritional care and satisfaction with nurses' interventions. The sample will be all the nurses of the two referral hospitals in Tenerife. A questionnaire has been developed for this study. Adequate nutritional care is essential for cancer patients in order to improve their quality of life and survival.

KEYWORDS: oncology nursing, cancer, malnutrition, nutritional interventions.

Índice

1. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Conceptos.....	5
1.1.1. <i>La alimentación y su relación con la salud-enfermedad.....</i>	5
1.1.2. <i>La desnutrición en los pacientes con cáncer.....</i>	7
1.1.3. <i>Nutrición en el proceso oncológico.....</i>	10
1.1.4. <i>Influencia e importancia de la enfermería en el tratamiento nutricional...12</i>	
1.2. Justificación del problema.....	20
2. OBJETIVOS.....	23
2.1. Objetivos generales.....	23
2.2. Objetivos específicos.....	23
3. METODOLOGÍA.....	24
3.1. Diseño.....	24
3.2. Población diana.....	24
3.3. Variables e instrumentos de medida.....	25
3.4. Métodos de recogida de información.....	26
3.5. Consideraciones éticas.....	27
3.6. Métodos estadísticos.....	28
3.7. CRONOGRAMA.....	28
4. PRESUPUESTO.....	29
5. BIBLIOGRAFÍA.....	30
6. ANEXOS.....	35
6.1. Cuestionario.....	35
6.2. Consentimiento comité de investigación.....	41

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. Conceptos.

1.1.1. La alimentación y su relación con la salud-enfermedad.

Todos los organismos vivos, requieren de un aporte de materiales energéticos y elementos estructurales y reguladores, obtenidos en la mayoría de ocasiones, a partir de aportes externos o alimentos, para poder realizar el programa genético que tienen marcado. ¹

En el ser humano, intervienen dos procesos, la alimentación y la nutrición, muy relacionados pero no iguales. La alimentación consiste en la administración de nutrientes, generalmente por vía natural, obtenidos de alimentos seleccionados y preparados previamente. Sin embargo, la nutrición consiste en la utilización por parte del organismo de los nutrientes presentes en los alimentos ingeridos mediante procesos físicos y químicos, que aseguren el funcionamiento y metabolismo celular haciéndolos llegar a todas las células, para que puedan funcionar.²⁻³ En definitiva, durante la alimentación se ingieren alimentos, pero lo que el organismo utiliza son nutrientes que se obtienen de esos alimentos metabolizados mediante la ingestión, digestión y absorción. Dependiendo del alimento, se obtendrán unos nutrientes u otros, siendo necesario consumir un conjunto de alimentos para cubrir las diferentes necesidades y evitar déficits nutricionales. ²

El término necesidades o requerimientos nutricionales de un individuo, son la cantidad de todos y cada uno de los nutrientes que debe ingerir para mantener un estado nutricional óptimo, garantizar un desarrollo correcto y prevenir la aparición de enfermedades. Existe una necesidad mínima de cada nutriente, por debajo de la cual aparecen estados carenciales; si se ingieren cantidades mínimas, el individuo conseguiría sobrevivir, pero no alcanzaría un desarrollo pleno ni tendría una buena calidad de vida. Por otro lado, el requerimiento óptimo, es la cantidad de nutrientes para que el individuo alcance un perfecto desarrollo físico y psíquico, mayor longevidad y menor morbilidad en las últimas etapas de la vida. ¹⁻⁵

Las necesidades nutricionales, tienen una amplia variabilidad dependiendo del individuo y el momento de su vida, tanto desde la perspectiva de su estado de salud como de la etapa del ciclo vital en la que se encuentre. Por este motivo, este

término ha sido sustituido de forma creciente en las últimas décadas por el de ingestas recomendadas o aportes de seguridad.⁵

Las recomendaciones nutricionales, representan un conjunto de pautas y criterios sobre la cantidad y calidad de nutrientes recomendados, para cubrir las necesidades de la mayoría de individuos sanos de una población, las mismas se postulan como recomendaciones que conduzcan a una buena calidad de vida, en relación con una buena alimentación y prevenir la aparición de enfermedades.⁴⁻⁵

Los hábitos alimentarios, representan un conjunto de conductas y patrones de comportamiento en relación con la alimentación y los cuales van a determinar la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos. Los factores que influyen en la adquisición de estos hábitos, son numerosos y de diversa índole como pueden ser culturales, sociales, económicos y familiares entre otros. Pero lo que hoy es aceptado como un hecho en la literatura científica, es su fuerte relación con la aparición de enfermedades carenciales, cuando dichos hábitos no cubren las necesidades mínimas recomendadas y como es el caso más frecuente, en las sociedades desarrolladas en la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes, aterosclerosis y el cáncer entre otras.⁴⁻⁷

El cáncer, es una de las principales patologías que afectan a la población a nivel mundial, siendo una de las enfermedades más prevalentes de España y Europa. En España, el cáncer es un problema prioritario puesto que es una de las principales causas de muerte, generando aproximadamente 94.000 defunciones al año, lo que supone un 25% de todas las muertes registradas. Se estima que cada año se registran alrededor de 162.000 casos nuevos, en términos de riesgo individual, supone que uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres serán diagnosticados de cáncer en algún momento de su vida. La supervivencia cinco años después del diagnóstico, se cifra en torno al 55% en mujeres y 44,6% en los hombres.⁷⁻¹¹

Con carácter general, el cáncer se define como el resultado de la proliferación descontrolada de un grupo de células que, posteriormente adquieren cierta capacidad invasiva migrando y colonizando otros tejidos y órganos, siendo este proceso una estrategia de supervivencia. El proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas es denominado carcinogénesis u oncogénesis y se divide en tres etapas: iniciación, promoción y progresión. A lo largo de estas tres etapas, se producen diversas alteraciones genéticas y aberraciones cromosómicas, dando lugar a una lesión tisular de crecimiento exponencial, hasta alcanzar un volumen tal, que la tasa de crecimiento se estabiliza.⁶⁻⁸

Este proceso patológico, además de las repercusiones en la salud de las personas que lo padecen, implica un fuerte impacto emocional debido a la incertidumbre sobre su diagnóstico, la agresividad del tratamiento, el deterioro físico y la idea de una muerte temprana.¹⁰

1.1.2. La desnutrición en los pacientes con cáncer.

La nutrición, ocupa un papel importante en la problemática del paciente oncológico, uno de los problemas más frecuentes es la desnutrición, con una prevalencia del 15-20% en el momento del diagnóstico y hasta del 80-90% en casos de enfermedad avanzada. Por consiguiente, la prevención de la desnutrición y unos adecuados cuidados nutricionales, constituyen una pieza clave en el tratamiento de estos pacientes y además, son indispensables para prevenir el incremento de la morbimortalidad que deriva de ella. El segundo diagnóstico más común en el paciente con cáncer es la caquexia tumoral, máxima expresión de la desnutrición en estos pacientes, afectando a un 15-40% de la población con cáncer y si nos referimos a los pacientes con enfermedad avanzada hablaríamos de un 60-80%.⁹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵

Con carácter general, las causas de desnutrición se podrían agrupar en torno a tres grandes factores: las relacionadas con el propio tumor, con el paciente o con los tratamientos anticancerígenos (figura 1.1).¹²⁻²¹

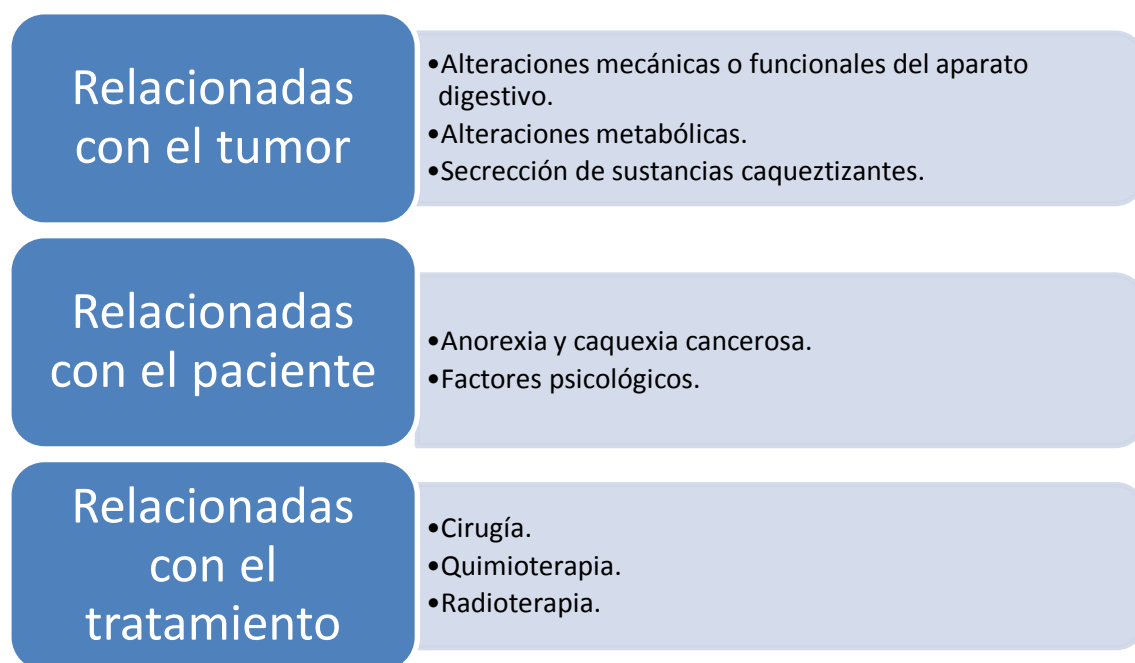


Figura 1.1: Causas de desnutrición del paciente oncológico.

Burgos Peláez R, Virgili Casas N, Sarto Guerri B. Desnutrición y cáncer. En: Gil A (ed.) *Tratado de Nutrición*. Nutrición Clínica, Tomo IV. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P: 3-22

De igual forma, la mayor parte de los pacientes oncológicos experimentan alteraciones en la digestión y/o en la absorción, bajo aporte de energía y nutrientes, aumento de las necesidades y alteraciones en el metabolismo de los nutrientes.¹²⁻²¹

Entre las alteraciones metabólicas más comunes caben destacar las siguientes¹⁹:

Alteraciones del metabolismo glucídico, en el que se produce una resistencia insulínica, con dificultad para la utilización de glucosa en el músculo esquelético, con depleción del glucógeno hepático y aumento de la neoglucogénesis a expensas de aminoácidos musculares, principalmente alanina y glutamina. El tumor, utiliza glucosa como sustrato preferente a través de la glucólisis anaeróbica formando lactato, que se reconvierte en glucosa en el hígado, aumentando el ciclo de Cori. Esto produce que el hígado gaste mucha energía, lo que constituye un factor directo en la pérdida de peso de estos pacientes.

Alteraciones del metabolismo proteico, con una elevación de todo el metabolismo proteico, predominando la degradación. La degradación proteica no disminuye durante el ayuno y conduce a una degradación progresiva de las proteínas musculares. Dichas proteínas musculares que son degradadas, producen alanina y glutamina que son utilizadas por las células tumorales para su propia proliferación, lo que conlleva que en otros tejidos se produzca un déficit de aminoácidos nutrientes preferenciales para los enterocitos y células del sistema inmune.⁸⁻²¹

Alteraciones en el metabolismo lipídico, en el que se genera un aumento de la actividad lipolítica con una movilización de las reservas de triglicéridos sobretodo en el tejido adiposo subcutáneo, produciéndose una liberación masiva al torrente sanguíneo de glicerol y ácidos grasos libres. La hiperlipemia, tanto de triglicéridos como de colesterol plasmático, es otra característica de la caquexia.¹⁹

Liberación de sustancias caquetizantes, donde podemos encontrar tres grupos de moléculas relacionadas²¹⁻⁸:

- a) Hormonas como el glucagón y las catecolaminas, mediadoras de algunos síntomas y alteraciones metabólicas.
- b) Grupo de citocinas proinflamatorias que son liberadas por el paciente como respuesta a la agresión tumoral.
- c) Sustancias producidas por el propio tumor, inductoras de proteólisis muscular o que intervienen en la lipólisis.

La expresión clínica de las consecuencias nutricionales son diversas y complejas, amenazando un correcto estado nutricional del paciente desde el inicio de la enfermedad.

De entre todas ellas destacan por su frecuencia de aparición¹⁹:

La anorexia, pérdida del deseo de comer que se presenta como falta de apetito y plenitud gástrica precoz, es intensa y resistente al tratamiento, y está relacionada enormemente con la pérdida de peso característica de la caquexia, afectando tanto a la pérdida de masa grasa como a la pérdida de masa muscular.¹⁹

La caquexia, síndrome que se manifiesta por debilidad, pérdida de peso y masa muscular. Representa la causa de muerte de al menos el 40% de los pacientes. Este síndrome aparece fundamentalmente por dos alteraciones: Una sería la malnutrición secundaria a la anorexia con una gran disminución de las ingestas y otra el aumento de la demanda energética causada por la presencia del tumor que compite con el huésped en el aporte de nutrientes.¹⁹

Alteraciones psicológicas: los pacientes oncológicos presentan una gran afectación como consecuencia del propio diagnóstico del tumor y debido a la amplia variedad de tratamientos a los que debe someterse. Desde este punto de vista se deben tener en cuenta varios aspectos psico-sociales que influyen en la aparición de la desnutrición, como son la depresión, la ansiedad y el miedo; el estrés de enfrentarse a distintos tratamientos; y en algunos casos la vida solitaria, la incapacidad para cocinar o preparar comidas por alteraciones físicas, todo esto hace que disminuyan las ingestas y se produzca un deterioro progresivo de la nutrición. Además, estas situaciones descritas, influyen considerablemente en la interacción social, disminuyendo así la calidad de vida del paciente.²¹

Los tratamientos oncológicos inducen la aparición de desnutrición y sobre todo en aquellos pacientes que se administran varios tratamientos a la vez (cirugía, quimioterapia y radioterapia). En líneas generales, la cirugía siempre conlleva estrés metabólico, aumentando las necesidades de energía y de nutrientes. En muchas ocasiones se realiza sobre pacientes que ya están malnutridos lo que potencia aún más las complicaciones.²³

Los efectos secundarios sobre el estado nutricional relacionados con la radioterapia, dependen de la localización y extensión tumoral, así como de la dosis administrada y su fraccionamiento.

Por último, la aparición de síntomas y su intensidad relacionados con la quimioterapia, dependen de factores como el tipo de fármaco, el esquema de

tratamiento, la dosis, la duración y las terapias concomitantes. También influiría la susceptibilidad del individuo, así como el estado clínico y nutricional previo.²¹

Las consecuencias de la desnutrición repercuten en la evolución clínica, en el cumplimiento terapéutico y en la esfera psicosocial del paciente. La pérdida de peso se asocia a una disminución de la supervivencia, prolongando las estancias hospitalarias y asociadas a un empeoramiento de la calidad de vida, lo que a su vez implica un mayor coste económico. Además, se reduce la eficacia de la quimioterapia y la radioterapia, aumenta el riesgo de toxicidad producido por estos tratamientos, disminuye la capacidad funcional y la masa muscular. La caquexia tumoral está asociada a una respuesta pobre al tratamiento oncológico y es responsable directa o indirectamente del fallecimiento de un tercio de los pacientes con cáncer.⁹⁻²²

Por todo lo expuesto, la atención nutricional, debe formar parte de los cuidados del paciente oncológico desde el inicio del tratamiento, promoviendo un estado nutricional óptimo que incremente la eficacia de los tratamientos aplicados, contribuya a una mejor tolerancia a los efectos secundarios derivados de ellos y en definitiva, contribuya a la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Los cuidados y la atención de las necesidades nutricionales del paciente, son un compromiso de todos los profesionales responsables de los cuidados y requiere de un equipo multidisciplinar en el que diferentes profesionales (médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos) consideren y planifiquen la intervención nutricional en las diferentes fases de la enfermedad y planteen estrategias²³:

- ✓ Preventivas.
- ✓ Coadyuvantes o de mantenimiento.
- ✓ Paliativas.

El personal de enfermería oncológica por su formación, presente a lo largo de todo el proceso de enfermedad, constituye una pieza fundamental en el equipo sanitario como planificador y coordinador de las diferentes acciones terapéuticas que vayan a desarrollarse en el paciente, y entre las cuales no deben olvidarse las encaminadas a dar el soporte nutricional adecuado.¹¹

1.1.3. Nutrición en el proceso oncológico.

La nutrición interviene y ayuda al desarrollo de funciones importantes en el organismo. Sin embargo, es un aspecto que frecuentemente se infravalora cuando aparecen problemas de salud. En la mayoría de ocasiones, suele tratarse cuando la alteración de la nutrición es ya avanzada y en los pacientes con cáncer no es una excepción.¹⁷⁻²⁰

Además, dichos pacientes deben enfrentarse tanto a los efectos metabólicos de la enfermedad como a los efectos causados por el tratamiento, los cuales afectan gravemente a la alimentación. Numerosos estudios de investigación han demostrado que el estado nutricional deficiente afecta adversamente la capacidad del paciente para tolerar tanto el cáncer como su tratamiento.²⁴

Aunque ahora los conocimientos sobre el cáncer y su tratamiento nutricional son más elevados, aún prevalece la preocupación por una buena alimentación de los que actualmente sufren esta enfermedad y de quienes ya lograron vencer la difícil batalla.¹⁸

Un déficit de preocupación por la nutrición favorece el aumento de incidencias de los efectos secundarios y también un aumento del riesgo de infección, reduciéndose así las posibilidades de supervivencia. Por estos motivos, es importante intervenir de forma precoz y establecer sistemas de alerta que permitan actuar antes de que se produzca un deterioro irreversible.¹⁷⁻²⁰

Por tanto, no se puede olvidar que los cuidados nutricionales forman parte activa del tratamiento de los pacientes con cáncer. Esto debe ser abordado por un equipo interdisciplinar estableciendo una estrategia terapéutica, fijando objetivos en el ámbito nutricional y planificando las actividades a desarrollar para conseguirlo. Desde esta perspectiva, las/os enfermeras/os juegan un papel crucial, atendiendo a su formación y a su ámbito competencial, ya que la nutrición es entendida como uno de los elementos básicos de salud que está presente en prácticamente la totalidad de Modelos o Valoraciones de Enfermería, donde la nutrición es una necesidad básica que debiera ser evaluada de forma sistemática y continua, siendo una de las actividades cotidianas. Sin embargo es uno de los aspectos menos cuidados en los pacientes oncológicos, debido a varios factores, como son la organización estructural y asistencial de los dispositivos sanitarios que condicionan el funcionamiento y desarrollo profesional, organizándose más desde el aspecto departamental o de especialidad que desde una perspectiva interdisciplinar y transversal.²⁷

En la estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, se plantea como un problema, la insuficiente atención prestada a los trastornos de la nutrición en los pacientes diagnosticados de cáncer y se hace alusión al documento de consenso como documento de referencia sobre las intervenciones nutricionales necesarias en estos pacientes. Al final del documento, aparece como recomendaciones la promoción de la capacidad de los profesionales para identificar y tratar los problemas nutricionales que pueden acompañar la enfermedad oncológica.¹¹

A este respecto, se requiere una evolución en los equipos asistenciales, reforzando competencias más especializadas y una mayor coordinación interdisciplinaria, en el cual la profesión enfermera tiene un lugar desde el cual puede y debe desarrollar su rol plenamente.¹¹ Además, los profesionales de enfermería, deben avanzar para mejorar la situación nutricional de los pacientes con cáncer, ante la creciente demanda debido al aumento del número de diagnóstico y una mayor supervivencia causada por la mejora de los tratamientos, produciéndose un incremento del total de la población afectada de cáncer.²⁷

En resumen, las enfermeras deben contribuir a la elaboración de diferentes estrategias para abordar la terapéutica nutricional de una forma precoz e integral y asegurar su cumplimiento y evolución en todas las etapas del proceso oncológico, ofreciendo una atención individualizada y adecuándola a las necesidades cambiantes del abordaje nutricional.⁹⁻¹¹⁻¹⁶

1.1.4. Influencia e importancia de la enfermería en el tratamiento nutricional.

Es de suma importancia que los profesionales de salud aborden esta problemática, en especial la enfermería, por su continuo rol en la prevención y promoción de la salud en todos los niveles, al propiciar cuidados interdependientes y corresponsables con el paciente, usando los medios de comunicación más apropiados en el proceso de cuidar mediante la confianza, serenidad y seguridad, así como el apoyo efectivo al paciente, familia y comunidad. Su capacidad educativa, contribuye a disminuir o amortiguar el sufrimiento agregado al que de por sí, un paciente oncológico padece por la propia patología.³⁰

Para garantizar una mejor atención nutricional, la Sociedad Europea de Nutrición Parenteral y Enteral (ESPEN), desarrolló unas directrices basadas en la evidencia para un buen cuidado nutricional, donde se recomienda realizar una valoración nutricional periódica en el paciente oncológico con la intención de poder realizar una intervención precoz en aquellos pacientes en los que se detecte un déficit nutricional. Las enfermeras juegan un papel importante en la aplicación de estas directrices en la práctica clínica diaria, ya que ellas evalúan el riesgo nutricional, identifican la necesidad de una nutrición adecuada, realizan los controles de ingestas y deben encontrar soluciones pertinentes cuando detecten déficits en la alimentación.¹⁶⁻

Desde hace tiempo, la atención nutricional se enmarca dentro del área de responsabilidad de la enfermería, asumiendo la planificación e implementación de las intervenciones para prevenir la desnutrición, a pesar de que el nivel de responsabilidad de la enfermería en la intervención nutricional no está claramente definido.²⁵ Para aplicar plenamente las directrices nutricionales, se requiere de un nivel de formación específico en el manejo nutricional de estos pacientes, de los métodos de prevención, la identificación de pacientes con riesgo de padecer desnutrición o que ya la padecen por medio de cribados, así como del abordaje de la terapéutica nutricional.³¹⁻³²

A pesar de ello, aunque los temas nutricionales se imparten durante la formación básica de enfermería, muchas enfermeras se quejan de que carecen de los conocimientos nutricionales necesarios.²⁵⁻³¹⁻³²

La valoración nutricional del paciente neoplásico, debería comenzar en el momento del diagnóstico y repetirse en cada visita para iniciar así una intervención nutricional precoz, sin esperar a que la malnutrición clínica aparezca y el estado general del paciente, se vea severamente comprometido disminuyendo las posibilidades de recuperación, de manera que hay que actuar desde el diagnóstico de la enfermedad, realizando una monitorización del estado nutricional, hasta la finalización del tratamiento.⁹⁻¹⁴

Unos resultados positivos sobre la intervención nutricional, repercuten en la función inmunitaria, la tasa de complicaciones disminuye, el tiempo de la antibioterapia se reduce, disminuye la estancia hospitalaria, mejora el control de síntomas, del peso y de la composición corporal aumentando con todo esto la calidad de vida del paciente, es por este motivo que se debe plantear la necesidad de un correcto soporte nutricional en el paciente oncológico.²⁶⁻³⁴

La Sociedad española de enfermería Oncológica, define la práctica de la enfermería oncológica como la prestación de servicios de enfermeras(os) profesionales y competentes al individuo, familia o comunidad en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal. Para cumplir con dicho cometido, la enfermería oncológica debe desarrollar sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permita identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del paciente.²⁸

En relación con la atención nutricional, la enfermera actúa como soporte básico, ejerciendo un rol específico debiendo fomentar la educación sanitaria durante el proceso asistencial, no sólo en cuanto al tratamiento y su toxicidad, sino también orientando para una alimentación y nutrición adecuadas. Así mismo, debe ofrecer

cuidados integrales y especializados, garantizando que se lleve a cabo el desarrollo del plan terapéutico previsto. Además, está capacitada para derivar al paciente al servicio de soporte que lo requiera (Nutricionista, Psicólogo, etc ...) y realizar el control y seguimiento del paciente durante todo el proceso de la enfermedad y hasta que sea preciso.³³

Por otro lado, las enfermeras oncológicas están presentes tanto en Hospitalización, como en Unidades de Soporte y Atención Continuada (USAC), y Áreas de tratamiento de Radioterapia y Quimioterapia.³³

Un correcto diagnóstico precoz del estado nutricional requiere de un conjunto de acciones: la valoración nutricional, los consejos nutricionales y la intervención nutricional.

Principalmente, la valoración nutricional junto con la del riesgo nutricional en el paciente oncológico, son imprescindibles en el planteamiento del soporte nutricional, permitiendo identificar a los individuos desnutridos o en peligro de desarrollar desnutrición, que pueden beneficiarse de un tratamiento nutricional. Es, pues, el primer eslabón de la terapéutica nutricional.¹⁶

Además, en todos los pacientes ha de realizarse una exploración nutricional básica que contemple parámetros antropométricos, una breve historia alimentaria y determinaciones bioquímicas de su estado proteico (al menos albúmina). Siendo esencial la información referente a cambios recientes en el peso, energía, niveles de actividad o complicaciones asociadas con el tratamiento.²¹

La enfermera debe valorar el estado nutricional del paciente a menudo, para obtener una medida basal e identificar la necesidad de realizar una intervención inmediata. La observación clínica, incluyendo la identificación de problemas de salud concurrentes (diabetes, hipertensión, malabsorción), los factores psicosociales (el ambiente domiciliario, la imagen corporal del paciente, los métodos de preparación de comidas) y la valoración física, proporcionan datos necesarios en el control del estado nutricional. El examen del cabello, las encías y el tono muscular general pueden facilitar la detección de signos tempranos de carencias nutricionales. También es útil la valoración dietética, que incluye un diario de la comida ingerida en un periodo de 24 horas, una historia dietética completa, la observación directa de la ingesta de alimentos y la evaluación de la composición de los nutrientes.⁴²

En general, para realizar un diagnóstico correcto del compromiso nutricional se deben evaluar varios aspectos como la historia clínica, antecedentes mórbidos importantes, presencia de anorexia, alimentos consumidos, tratamientos

farmacológicos actuales y exámenes de laboratorio que aportan información relevante sobre la condición del paciente.³⁷

Se ha de realizar un Historial Dietético, que se emplea para determinar la idoneidad de la ingesta alimentaria normal y reciente. Dicha historia dietética debiera incluir al menos⁴¹:

- Una revisión completa de la ingesta dietética habitual, incluyendo alimentos rechazados, alergias alimentarias y uso de suplementos nutricionales.
- La pérdida o aumento de peso reciente y no planificado.
- Si han aparecido náuseas, vómitos o dolor al comer.
- Si existen dificultades en la masticación y deglución.
- La alteración del hábito intestinal (por ejemplo, diarrea o estreñimiento).
- Cualquier enfermedad crónica que afecte a la nutrición.
- El consumo de alcohol o fármacos.
- Una posible resección quirúrgica; enfermedad intestinal o de órganos accesorios de la digestión.

Por otro lado, una Valoración Física donde se comparen los hallazgos obtenidos en la valoración actual con los de anteriores valoraciones, especialmente los relacionados con la pérdida de tejido muscular y adiposo, el trabajo y la resistencia muscular, los cambios en el cabello, piel o función neuromuscular.⁴¹

Actualmente, existen diversos tipos de valoraciones del estado nutricional del paciente, a través de métodos objetivos (medidas antropométricas, datos bioquímicos, composición corporal) y subjetivos (como la Valoración Global Subjetiva) que varían en su especificidad para la detección de malnutrición.²⁴

Las medidas antropométricas, incluyen el peso en relación a la estatura, el porcentaje de pérdida de peso reciente, el grosor del pliegue cutáneo del tríceps y/o subescapular y la circunferencia muscular de mitad del brazo.⁴²

La *pérdida de peso reciente* no intencionado, común en los pacientes oncológicos, se considera una variable de mayor relevancia que el Índice de Masa Corporal (IMC) aislado en la detección de la desnutrición y es más útil que la pérdida de peso en sí mismo, especialmente si los cambios son recientes.²⁴⁻⁴⁸

El *IMC* sirve como un indicador de las fluctuaciones de peso del paciente, pero no resulta un parámetro significativo para la detección de malnutrición en estos

pacientes²⁷⁻²⁹. Según la OMS los valores normales están comprendidos entre 18,5 y 24,9 Kg/m², considerándose desnutrición valores inferiores a 18,5.¹⁵

También se puede referenciar la variación de peso producida con respecto a la habitual y su evolución en el tiempo, considerando una pérdida superior al 10% valor pronóstico de cáncer.¹⁵⁻²⁷

La disminución de peso corporal, es expresada en porcentaje de pérdida, siendo la ecuación de cálculo la siguiente: Porcentaje (%) pérdida de peso = (peso usual-peso actual/ peso usual) x 100. Una disminución rápida y significativa sería un indicador de riesgo de desnutrición.²⁴⁻²⁷ Esta constatado, que una pérdida de peso rápida (menor a tres meses) del 5-10% genera alteraciones clínicas; entre un 35-40% se asocia con un 30% de riesgo de muerte y una pérdida mayor al 50% del peso no es compatible con la vida.¹⁵⁻³⁹

Finalmente, la *composición corporal*, puede medirse a través de técnicas simples como los pliegues cutáneos para determinar la masa grasa subcutánea o los perímetros corporales (perímetro del brazo) para determinar la masa muscular⁴⁸. También, pueden utilizarse técnicas más complejas, como la bioimpedanciometría, que además se ha relacionado con tiempo de supervivencia y mortalidad.³⁶

Las mediciones biomédicas, incluyen datos de laboratorio, como la albúmina y prealbúmina sérica, la transferrina sérica, el recuento total de linfocitos y el nitrógeno ureico en orina.⁴²

Las más utilizadas son la *Albúmina plasmática* y la *Prealbúmina sérica*, proteínas viscerales de fase aguda, indicadores de desnutrición, morbilidad y mortalidad cuando los valores séricos disminuyen, aunque deben ser empleadas con precaución.³⁶⁻⁴⁸

Ambos datos, se consideran buenos marcadores en la valoración del estado nutricional, para detectar cambios nutricionales agudos y predecir complicaciones asociadas a la desnutrición.²⁷⁻⁴⁸

La Valoración Global Subjetiva (VSG), combina la historia clínica con el examen físico, recogiendo datos como la pérdida de peso, cambios en la ingesta habitual, la presencia de síntomas, el estado funcional, el grado de estrés y también, datos referentes al examen físico como la pérdida de masa muscular o grasa subcutánea y la presencia de edemas o ascitis.¹⁸⁻³⁶

Este método, clasifica a los pacientes en bien nutridos, moderadamente desnutridos o con riesgo de desarrollar desnutrición y severamente desnutridos.¹⁸⁻³⁶

Durante los últimos años, se han desarrollado varios métodos para evaluar el estado nutricional, sin embargo, no todos son específicos para los pacientes oncológicos. El método de referencial, que la Sociedad Española de Nutrición Básica y

Aplicada (SENBA) avala para diagnosticar la malnutrición en pacientes con cáncer es la Valoración Global Subjetiva Generada Por el Paciente (VGS-GP).¹⁶⁻⁴³

La VSG esta modificada para pacientes con cáncer, se denomina Valoración Subjetiva Global Generada por el Paciente y es considerada una herramienta sencilla para la identificación precoz de pacientes malnutridos o con riesgo.¹⁸⁻³⁵⁻⁴⁹⁻⁵⁰

Además, se caracteriza por el papel activo del paciente en la evaluación, cumplimentando la primera parte del cuestionario en el que aparecen los datos referentes a la historia clínica, incluyendo síntomas nutricionales y pérdida de peso. La evaluación también consta de una segunda parte del cuestionario completada por el profesional sanitario en base al examen físico.³⁶⁻³⁷

En este cuestionario se valora el estado nutricional mediante las siguientes características: pérdida de peso. Ingestión, dietética, presencia de síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, estrés metabólico, así como pérdida de masa muscular y grasa subcutánea.²⁹

Al valorar el estado nutricional de un paciente, es posible constatar si éste es normal o presenta algún grado de desnutrición (leve, moderada o grave) y deficiencias específicas de algunos micronutrientes.¹⁶

Una función importante del personal de enfermería, es supervisar el estado nutricional del paciente oncológico sometido a los tratamientos contra el cáncer y cumplir las metas de la terapia nutricional.⁴⁴

Se ha demostrado que las intervenciones nutricionales en estos pacientes reducen la morbilidad y la mortalidad del cáncer mediante la prevención de la pérdida de peso, el incremento de la respuesta a la terapia, la reducción al mínimo de los efectos secundarios al tratamiento y la mejora de la calidad de vida.⁴²

Una vez realizada la valoración nutricional global del paciente, se aplicará el soporte nutricional apropiado en cada caso. El tipo de apoyo nutricional que requiere el paciente se basa en sus habilidades y limitaciones personales, la gravedad de la deficiencia nutricional, las complicaciones potenciales, la duración de la terapia, su coste y efectos psicológicos.²⁷⁻⁴⁶

Un equipo de apoyo nutricional supervisará el estado nutricional del paciente durante todo el tratamiento y la recuperación. El equipo puede incluir a los siguientes especialistas: médico, enfermera, nutricionista, trabajador social y psicólogo.⁴⁴

Las sociedades científicas avalan el mantenimiento de la alimentación oral como alternativa de elección del paciente con cáncer. El uso de terapias alternativas como la Nutrición Parenteral y la Nutrición Enteral no están exentos de controversia y representan riesgos e inconvenientes adicionales en el tratamiento de los pacientes

oncológicos. Es por ello, que el consejo nutricional y el asesoramiento dietético se han convertido en el eje y centro de las intervenciones nutricionales.¹¹⁻⁵¹

De la misma forma, la literatura científica no sustenta la adopción de dietas específicas para pacientes con cáncer, si existe un alto grado de consenso al reconocer que la alimentación de estos pacientes debe centrarse de forma individualizada en las necesidades del paciente y debe estar orientada al control de los síntomas dietéticos y/o nutricionales que experimenta el paciente a lo largo de su enfermedad, otorgando especial importancia por su frecuencia de aparición a¹¹:

- Anorexia.
- Alteraciones del gusto y del olfato.
- Xerostomía.
- Mucositis y estomatitis.
- Náuseas y vómitos.
- Diarrea.
- Neutropenia.
- Hidratación.
- Estreñimiento.

Las orientaciones dietéticas, están justificadas por muchos motivos, ya que son inofensivas, son económicas y ayudan a mejorar el estado de ánimo y la actitud de muchos de estos pacientes. Su efectividad depende de la capacidad de adaptar los consejos a las necesidades de cada paciente.²³

Los consejos nutricionales son necesarios, aunque puedan parecer básicos y sencillos, mejoran la ingesta y el bienestar durante las comidas. Por ejemplo, se evitará ofrecer las comidas preferidas durante la administración del tratamiento, para evitar aversiones alimentarias. Además, es primordial acomodar al tratamiento los horarios de las comidas y de sueño, para no crear interrupciones. También se ha de lograr un menú hospitalario variado e intentar que la dieta sea lo más equilibrada posible.

Es importante instruir al paciente a comer cuando haya falta de apetito, masticar despacio, ingerir primero los alimentos sólidos y después los líquidos, evitar alimentos muy grasos si le producen molestias, así como realizar ejercicio físico moderado dentro de sus posibilidades. En los casos donde no se consiga cubrir las necesidades nutricionales básicas, aún con las recomendaciones nutricionales que serían el primer paso, se añadirán suplementos hipercalóricos y/o hiperproteicos.¹⁴

También es necesario explicar de una forma sencilla y comprensible los consejos para que disminuyan las náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento, así como

a evitar las molestias secundarias a las alteraciones gustativas y olfativas. En casos en los que aparezca mucositis y estomatitis se tendrá que cambiar la textura de los alimentos, dando preferiblemente alimentos con texturas semilíquidas o trituradas. Así mismo, es esencial una buena higiene oral durante el tratamiento oncológico para evitar que aparezcan. En general, se recomienda la comida fría o a temperatura ambiente y es importante evitar alimentos ácidos y preparaciones con vinagre.¹⁴

De esta manera, la eficacia del tratamiento nutricional mediante las recomendaciones dietéticas, pretende establecer y mejorar el estado nutricional y la calidad de vida. Sin embargo, todo ello depende de la habilidad para adaptar esa intervención a las necesidades y expectativas del paciente. Aportar estas recomendaciones dietéticas diseñadas para los pacientes requiere tiempo y esfuerzo, y un equipo especializado en nutrición con alto grado de entrenamiento en oncología.⁹⁻
26

Por tanto, la dieta se debe adaptar a los problemas del paciente, no se adapta el paciente a la dieta.³⁴

La terapia nutricional incluye fármacos para mejorar el apetito, suplementos nutricionales líquidos y semisólidos, nutrición enteral o nutrición parenteral (*figura 1.2*).
44

Lo ideal es que el paciente pueda ser alimentado por boca, si no es posible por el tubo digestivo (nutrición enteral), a través de sondas u ostomías; si tampoco se puede, se realizará a través de la vena (nutrición parenteral).¹⁸

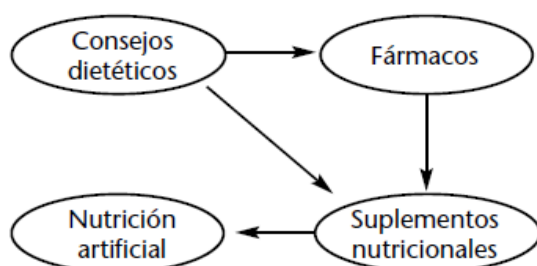


Figura 1.2: Esquema de tratamiento.

Castro M. A. Modificación de la dieta habitual: Alimentación Básica, Adaptada y Suplementación [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016.

En general, si el paciente presenta un buen estado nutricional se darán a él y a su cuidador unas recomendaciones dietéticas generales. Si existe una desnutrición moderada se darán recomendaciones específicas, valorando la necesidad de utilizar

suplementos nutricionales. En la mayor parte de los casos la vía oral, supervisada por profesionales con experiencia en alimentar y nutrir a estos enfermos, es la más segura y eficaz.⁴⁵⁻⁴⁷

Pero cuando la ingesta nutricional es insuficiente, a pesar de los suplementos, el paciente presenta desnutrición severa o no puede alimentarse por la vía oral, será precisa la instauración de nutrición enteral. Si es posible, tendrá preferencia esta nutrición a la nutrición parenteral, que se utilizará sólo en el caso de que la nutrición enteral esté contraindicada.⁴⁵⁻⁴⁷

El soporte nutricional tiene un efecto terapéutico beneficioso en pacientes con cáncer, pero está limitado a un pequeño grupo con malnutrición moderada- grave, por tanto la terapia nutricional debe reservarse para estos pacientes y la elección de la vía de administración debe seguir los mismos criterios que para la enfermedad benigna, es decir, el soporte nutricional no debe utilizarse de forma rutinaria en pacientes con cáncer durante el tratamiento con QT, RDT y/o cirugía, puesto que hay una tendencia a ello.⁵¹

1.2. Justificación del problema.

Actualmente, según el estudio NUPAC (prevalencia de la desnutrición en pacientes con cáncer), en España únicamente un 15% de los pacientes recibió algún tipo de soporte nutricional y solo el 7% fue evaluado por un experto, lo que indica que la situación es preocupante.⁴⁰

Esto es debido tanto a factores relativos a los profesionales sanitarios, como son una insuficiente formación en Nutrición Clínica de los profesionales y una falta de coordinación entre los distintos servicios del centro asistencial. También obedece a factores relativos al Sistema de Salud, relacionados con la falta de profesionales en los distintos servicios, con insuficiente dotación de las Unidades de Nutrición y escasez de equipos multidisciplinares coordinados.⁴⁰

Durante la revisión bibliográfica, pocos estudios hablan de la opinión de las enfermeras acerca de los cuidados nutricionales y de su eficacia, así como de la formación que reciben.

El personal de enfermería debe recibir una formación continuada, aumentando y mejorando sus competencias para asegurar un desarrollo pertinente de sus responsabilidades, ya que una formación básica no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente, solo capacita en términos generales.²⁸

En este estudio, se pretende evaluar el grado de formación en el manejo nutricional del paciente oncológico del personal de enfermería de las distintas

Unidades que se incluirán en el estudio, así como la percepción de ellos mismo sobre dicho grado de formación. También se analizará el grado de satisfacción con los cuidados nutricionales que llevan a cabo en el desarrollo de sus actividades diarias en las Unidades de Oncología, el seguimiento de protocolos y guías de práctica clínica, evaluando los cuidados, las intervenciones y el grado de cumplimiento de los programas nutricionales.

Las enfermeras son un importante nexo de unión entre los pacientes y los servicios de salud, ya que todos los pacientes son tratados por enfermeras a través de su experiencia con el cáncer. Por consiguiente, tienen un papel indispensable en el apoyo nutricional de los pacientes, contribuyendo en el soporte nutricional y ayudando a mitigar los efectos de la desnutrición.²²

Para permitir a las/os enfermeras/os proporcionar un buen apoyo nutricional, deben ser capaces de utilizar adecuadamente los indicadores de riesgo nutricional y actuar sobre ellos de manera apropiada.²⁵

Además, este colectivo se enfrenta a nuevos retos, asociados al aumento de la prevalencia y la incidencia del cáncer, la diversidad y dimensiones de las necesidades de los pacientes y sus cuidadores, las expectativas de atención, los avances tecnológicos y del conocimiento, el impacto social, económico, etc. Todos estos factores, en los últimos tiempos, han ido evolucionando y cambiado muy rápidamente y ofrece un escenario que precisa de nuevos enfoques para poder ofrecer una respuesta integral e integrada, efectiva y eficiente. La respuesta global que se requiere exige cambios y flexibilidad en la organización de los diferentes ámbitos y dispositivos sanitarios, la prevención, la asistencia, la investigación y la formación pre y postgraduada. De todas estas consideraciones expuestas, se deriva una nueva forma de organización que demanda una alta competencia y especialización de todos los profesionales involucrados en el proceso de atención oncológico, así como nuevas formas de ejecución de los roles profesionales. En este contexto, el personal de enfermería debe contribuir, en el marco de un equipo multidisciplinar, con sus conocimientos y capacidades.

En definitiva, para desarrollar completamente su rol las/os enfermeras/os precisan tener un conocimiento especializado, así como disponer de herramientas metodológicas para la valoración, elaboración de los planes de cuidados y evaluación de los resultados. Así mismo, deben disponer de protocolos relacionados y asegurar un cuidado continuo e individualizado de estos pacientes, interviniendo lo más precozmente posible y estableciendo alianzas con los servicios de Nutrición y con los profesionales relacionados.¹⁷

El ámbito de éste estudio , se centrará en la isla de Tenerife concretamente en los dos hospitales de referencia que existen, los cuales son el Hospital Universitario de Canarias y el Hospital de Nuestra Señora de la Candelaria, donde también se incluirá el Hospital de Ofra dependiente del anterior. En el proyecto que se propone, se incluirán todos los servicios especializados en atención a pacientes oncológicos, para asegurar un estudio de todos los ámbitos donde encontraremos a enfermeras/os que trabajen con pacientes neoplásicos. Por tanto, se acudirá a las consultas, unidades de hospitalización y Hospital de día de Oncología Médica y Radioterapia, sin olvidarse de los Servicios de Cuidados Paliativos, pasando desde las Unidades de hospitalización y consultas, hasta la asistencia domiciliaria.

Como se ha mencionado con anterioridad, son escasos los estudios que hayan tratado este tópico de investigación y las unidades de atención especializada para el paciente oncológico de la Isla de Tenerife, no son una excepción.

Los resultados de esta investigación, permitirán ofrecer un diagnóstico inicial de la situación de los cuidados nutricionales de los pacientes oncológicos incluidos en los centros de estudio. Dicho análisis, constituye la base sobre la cual desarrollar estrategias orientadas a mejorar la calidad de dichos cuidados y la calidad de vida de los pacientes que los reciben, posibilitar el desarrollo de los profesionales de enfermería y en definitiva incrementar la eficacia y la eficiencia de los sistemas sanitarios.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales.

Evaluar desde el punto de vista de las enfermeras que trabajan en servicios de oncología la atención prestada a la alimentación y la calidad de los cuidados nutricionales que reciben de los pacientes oncológicos en los hospitales de referencia de Tenerife.

2.2. Objetivos específicos.

- Analizar el nivel de formación en aspectos nutricionales de las enfermeras pertenecientes a estos servicios.
- Evaluar la existencia de protocolos en las unidades de oncología, así como el grado de utilización de las guías de práctica clínica y/o recomendaciones para el cuidado nutricional.
- Analizar la satisfacción del personal de enfermería con las intervenciones y cuidados que otorgan a los pacientes.

3. METODOLOGÍA.

3.1. Diseño.

El estudio será de carácter descriptivo transversal retrospectivo.

3.2. Población diana.

El ámbito de estudio se centrará en todas las enfermeras que trabajen en servicios de Oncología de los Hospitales de referencia de la Isla de Tenerife: Hospital Universitario de Canarias (HUC) y Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC), así como del Hospital de Ofra dependiente del HUNSC.

Por tanto la población total está formada por el personal de enfermería que desempeña su actividad profesional en los servicios de oncología de ambos hospitales, que actúan como centros de referencia para el tratamiento de pacientes oncológicos de la Isla de Tenerife y en los cuales se derivan para los tratamientos, los pacientes de las islas de La Palma en el caso del HUC y de la Gomera y el Hierro en el caso del HUNSC.

Teniendo en cuenta los criterios descritos en la Estrategia contra el cáncer en el Sistema Nacional de Salud¹¹, el criterio adoptado para definir las unidades objeto de estudio, ha sido tomar como referencia los servicios de tercer nivel y de asistencia especializada, así como incluir las unidades que comprenden todo el proceso asistencial de los pacientes oncológicos. De esta forma se incluirán el personal de enfermería de las siguientes unidades

- Consulta de Oncología Médica y Radioterapia del HUC y HUNSC.
- Unidades de Hospitalización de Oncología Médica y Radioterapia del HUC y HUNSC.
- Hospital de día de Oncología Médica y servicios de Radioterapia del HUC y HUNSC.
- Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Ofra, englobando Consulta, Unidad de hospitalización y asistencia domiciliaria.

Dado el carácter limitado de dicha población y la naturaleza exploratoria del presente proyecto, se ha estimado conveniente muestrear a toda la población objeto de estudio, estableciéndose como único criterio de inclusión que los profesionales de enfermería que participen en el mismo, además de hacerlo de forma totalmente

anónima y voluntaria tengan una experiencia profesional de al menos 6 meses en unidades oncológicas.

3.3. Variables e instrumentos de medida.

El protocolo de recogida de información consiste en un cuestionario de elaboración propia. Dicho instrumento ha sido elaborado teniendo en cuenta la revisión bibliográfica efectuada y de acuerdo a los objetivos del presente proyecto. Consta de 69 ítems, distribuidos en 6 secciones y un apartado final de observaciones en el cada enfermero podrá exponer su opinión acerca del tema (Ver anexo I).

A. Variables sociodemográficas:

Consta de 8 ítems encaminados a caracterizar la muestra estudiada y cuyos resultados permitirán definir el perfil sociodemográfico del personal de Enfermería de ambos hospitales.

- Edad: variable numérica.
- Años de profesión: menos de 1 año/ entre 1-2 años/ entre 2-10 años/ más de 10 años.
- Años trabajados en Servicios de Oncología: menos de 1 año/ entre 1-2 años/ entre 2-10 años/ más de 10 años.
- Hospital al que pertenecen: Hospital Universitario de Canarias/ Hospital Nuestra Señora de la Candelaria/ Hospital de Ofra.
- Servicio: consulta/ unidad de hospitalización/ Hospital de día/ asistencia domiciliaria.
- Especialidad del servicio: Oncología Médica/ Radioterapia/ Cuidados paliativos.
- Turnicidad: Variable dicotómica con dos opciones de respuesta, si/no.
- Tipo de contrato: Variable con dos opciones de respuestas, eventual/ fijo.

B. Formación académica:

Este apartado comprende 5 ítems, que hacen referencia a la Formación Académica que poseen los profesionales tanto de carácter general como específicamente relacionada con el paciente oncológico y sus cuidados nutricionales

C. Percepción del grado de formación en nutrición del paciente oncológico:

Esta sección consta de 14 ítems, presentados como reactivos y con procedimiento de respuesta en una escala tipo lickert con 5 niveles de respuesta en los cuales evaluar el grado de acuerdo /descuerdo con las afirmaciones presentadas. A través de dicha escala se pretende conocer la percepción de los

profesionales de su nivel de cualificación para dar respuesta a los cuidados nutricionales del paciente oncológico. Este apartado concluye con un ítem final en el cual se solicita una autovaloración del grado de formación en cuidados nutricionales de los pacientes oncológicos.

D. Protocolos y Guías de Práctica clínica:

En esta sección se evalúa la utilización de protocolos /directrices o guías de práctica clínica para el cuidado nutricional. Consta de 8 ítems El procedimiento de respuesta utilizado en esta sección combina las respuestas dicotómicas y respuestas múltiples.

E. Cuidados Nutricionales:

Este apartado consta de 19 ítems en los cuales se pretende que los profesionales describan de forma detallada los cuidados nutricionales que habitualmente ofrecen a los pacientes de sus unidades/servicios. Como en las secciones anteriores, emplea como procedimiento de respuesta la elección entre las alternativas si /no/no sabe o no contesta junto con las preguntas de respuesta múltiple.

F. Satisfacción con las intervenciones y cuidados nutricionales:

El protocolo de recogida de información concluye con una sección dedicada a evaluar el grado de satisfacción percibida con los cuidados nutricionales ofrecidos los pacientes usuarios de sus unidades /servicios . El último de los 14 ítems incluidos en esta sección, hace referencia a la calidad percibida de los cuidados ofrecidos. El procedimiento de respuesta en todos los casos es una escala de lickert con 5 niveles de respuesta en los cuales situar el grado de acuerdo y/o desacuerdo con las afirmaciones presentadas.

3.4. Métodos de recogida de información.

El procedimiento para la recogida de la información, se iniciará mediante la solicitud de los correspondientes permisos institucionales a las unidades de investigación de ambos hospitales (Anexo). Para ello se facilitará la información detallada sobre los objetivos del estudio y los instrumentos a utilizar.

Para efectuar el trabajo de campo, se contará con la colaboración de los responsables de las unidades/servicios participantes, quienes igualmente serán informados de la naturaleza y propósitos del estudio que pretende ser llevado a cabo. Los cuestionarios serán entregados en sobres cerrados a los responsables de las unidades/servicios y para la recogida de los mismos, se procederá a la colocación de buzones de recogida en cada una de las unidades/servicios participantes durante el

periodo de recogida de datos. El cuestionario irá precedido de una breve presentación del proyecto, las correspondientes instrucciones de respuesta, recalcando el carácter individual y anónimo de la encuesta, la importancia de la sinceridad de las respuestas y por último, el agradecimiento por su participación. (Anexo I)

El investigador se comprometerá a facilitar y presentar un informe con los resultados de la investigación tanto a la dirección de ambos hospitales, como a los participantes en dicho estudio.

3.5. Consideraciones éticas.

En el desarrollo del presente proyecto se tendrá en cuenta el carácter voluntario y desinteresado de participación de todos los profesionales.

Los datos obtenidos serán tratados de forma confidencial y respetando la normativa en vigor sobre la protección de datos de carácter personal.

Los datos facilitados y los resultados obtenidos igualmente garantizarán el anonimato de los participantes, se presentarán siempre de forma agrupada y serán utilizados de forma exclusiva para los fines descritos en la investigación.

Tanto en el transcurso de la investigación como en la difusión de los resultados obtenidos, los miembros del equipo de investigación, se comprometen a la declaración explícita de la ausencia de conflicto de intereses así como a adoptar los códigos de buenas prácticas en la investigación.

3.6. Métodos estadísticos.

De acuerdo con los objetivos planteados para este proyecto, se efectuarán análisis estadísticos descriptivos de las diferentes variables del estudio.

OBJETIVOS	VARIABLES	ANÁLISIS
Analizar el nivel de formación en aspectos nutricionales de las enfermeras pertenecientes a estos servicios.	VARIABLES sociodemográficas. Formación académica. Percepción del grado de formación.	Descriptivo. Frecuencias y porcentajes.
Evaluar la existencia de protocolos en las unidades de oncología, así como el grado de utilización de las guías de práctica clínica y/o recomendaciones para el cuidado nutricional.	Protocolos y Guías de práctica clínica. Cuidados nutricionales.	Descriptivo. Frecuencias y porcentajes
Analizar la satisfacción del personal de enfermería con las intervenciones y cuidados que otorgan a los pacientes.	Satisfacción con las intervenciones y cuidados nutricionales.	Descriptivo. Frecuencias y Porcentajes. Estadísticos de tendencia central.

3.7. CRONOGRAMA.

PERIODO	ACTIVIDAD
Septiembre 2016-Diciembre 2016	Preparación del trabajo de campo Solicitud de permisos. Reuniones y entrega de cuestionarios.
Diciembre 2016-Enero 2017	Trabajo de campo, recogida de datos.
Enero 2017-Marzo 2017	Análisis de los datos obtenidos
Marzo 2017-Abril 2017	Elaboración de informes.
Abril 2017- Mayo 2017	Publicación de resultados.

4. PRESUPUESTO

RECURSOS		COSTES
Materiales:	Papelería	60 €
	Fotocopias	50 €
	Sobres	50 €
	Equipo informático	800 €
Humanos:	Estadístico	700 €
	Dietas y desplazamiento	350 €
Total:		2.010 €

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Hernández A, Mañas Almendros M, Martínez de Victoria Muñoz. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. En: Gil A (ed.) *Tratado de Nutrición*. Nutrición Humana en el Estado de Salud, Tomo III. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P: 31-64.
2. Zamora Navarro S, Varela Moreiras G, Varela Mosquera G. Evolución de la Nutrición. En: Gil A (ed.) *Tratado de Nutrición*. Bases Fisiológicas y Bioquímicas de la Nutrición, Tomo I. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P: 3-16.
3. Moreno Villares JM, Álvarez Hernández J, Wanden-Berghe Lozano C, Lozano Fuster M, Grupo de Ética de la SENPE. Glosario de términos y expresiones frecuentes de Bioética en la práctica de la Nutrición Clínica. *Nutr Hosp*. 2010; 25(5): 543-548.
4. Martín Peña G. Hábitos Alimentarios y Salud. En: Gil A (ed.) *Tratado de Nutrición*. Nutrición Humana en el Estado de Salud, Tomo III. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P: 3-30.
5. Salas- Salvadó J, Bonada i Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló i Solá M.E, Burgos Peláez R (eds.) *Nutrición y Dietética Clínica*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
6. Sánchez C. Conociendo y comprendiendo la célula cancerosa: Fisiopatología del cáncer. *Rev Clin Med Condes*. 2013; 24(4): 553-562.
7. Asociación Española Contra el Cáncer. Estrategia contra el cáncer del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Sanidad y Consumo [Sede Web]. España: Asociación Española Contra el Cáncer; 2011 [acceso 12 de mayo 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/IJIR5s>
8. Burgos Peláez R, Virgili Casas N, Sarto Guerri B. Desnutrición y cáncer. En: Gil A (ed.) *Tratado de Nutrición*. Nutrición Clínica, Tomo IV. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P: 3-22.
9. Fernández López MT, Saenz Fernández CA, de Sas Prada MT, Alonso Urrutia S, Bardasco Alonso ML, Alves Pérez MT, et al. Desnutrición en pacientes con cáncer; una experiencia de cuatro años. *Nutr Hosp*. 2013; 28(2):372-381.

10. Zabalegui A, Sánchez S, Sánchez PD, Juando C. Grupos de apoyo al paciente oncológico: revisión sistemática. *Enferm Clin*. 2005; 15:17-24.
11. San Mauro I, Micó V, Romero E, Bodega P, González E. Consejo nutricional en paciente oncológico. *Nutr clín diet hosp* [Internet]. 2013 [consultado 20 de mayo de 2016]; 33(3): 52-57. Disponible en:
<http://revista.nutricion.org/PDF/333adviceoncology.pdf>
12. Gómez Candela C, Olivar Roldán J, García M, Martín M, Madero R, Pérez-Portabella C, et al. Utilidad de un método de cribado de malnutrición en pacientes con cáncer. *Nutr Hosp*. 2010; 25(3):400-405.
13. Pérez C. Dieta y carcinogénesis: ¿hasta dónde llega la evidencia? *Nutr clín diet hosp* [Internet]. 2002 [consultado el 18 de abril de 2016]; 22: 19-21. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/principal.asp>
14. Sierrasesúmaga Ariznavarreta, L. Malnutrición y cáncer: un círculo vicioso [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 6 de Mayo 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/IJIR5s>
15. Sotelo Gonzáles S, Sanchez Sobrino P, Carrasco Álvarez JA, González Villaroel P, Páramo Fernández C. Parámetros antropométricos en la evaluación de la malnutrición en pacientes oncológicos hospitalizados: utilidad del índice de masa corporal y del porcentaje de pérdida de peso. *Nutr Hosp*. 2013; 28: 965-968.
16. A. Arribas L, Hurtós L, Milá R, Fort E, Pereiró I. Factores pronóstico de desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Nutr Hosp*. 2013; 28: 155-163.
17. Ferro García T. Rol de la Enfermería en el cuidado del Estado Nutricional del Paciente: Intervención precoz [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 16 Marzo 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/n93lur>
18. Rodríguez Félix C, Mauricio alza S. Nutrición Oncológica. Guía de alimentación para vivir mejor. Vol 1. 1ªed. Lima: Editorial UPC; 2014.
19. García Luna PP, Parejo Campos J, Pereira Cunill JL. Malnutrición y Cáncer [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 16 Marzo 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/J8x8Fx>
20. Pérez-Portabella C. Beneficios de un correcto estado nutricional en el paciente con cáncer [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 16 Marzo 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/QsmgUq>

21. García Luna PP, Parejo Campos J, Pereira Cunil JL. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. *Nutr Hosp.*2006; 21(3):10-16.
22. Jane B. Hopkinson. Nutritional support of the elderly cancer patient: The role of the nurse. *Nutrition* [Revista en Internet]. 2015 [citado el 2 de Mayo de 2016]; 31:598–602. Disponible en: www.nutritionjrn.com
23. Cervera P, Clapés J, Rigolfas R. Alimentación y dietoterapia: Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. 4ª ed. Madrid: McGraw Hills; 2010.
24. Valenzuela Landaeta K, Rojas P, Basti-fer K. Evaluación Nutricional del Paciente con Cáncer. *Nutr Hosp.* 2012; 27(2): 516-523.
25. Merete Bjerrum, Marianne Tewes, Preben Pedersen. Nurses' self-reported knowledge about and attitude to nutrition – before and after a training programme. *Scand J Caring Sci*; 2012; 26; 81–89.
26. Marín Caro M M^a, Laviano A, Pichard C, Gómez Candela C. Relación entre la intervención nutricional y la calidad de vida del paciente con cáncer. *Nutr Hosp.*2007; 22:337-50.
27. Marín Caro M M, Gómez Candela C, Castillo Rabaneda R, Lourenzo Nogueira T, García Huerta M, Loria Kohen V, et al. Evaluación del riesgo nutricional e instauración de soporte nutricional en pacientes oncológicos, según el protocolo del grupo español de Nutrición y Cáncer. *Nutr Hosp.* 2008; 23: 458-468.
28. Díaz M, Gattas S, López JC, Tapia A. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Rev Med Clin Condes.* 2013; 24(4): 614-704.
29. García Rojas Vázquez LE, Trujano-Ramos LA, Pérez-Ramos E. Factores de riesgo nutricional en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Centro de Atención Oncológica del estado de Michoacán. *Nutr Hosp.* 2013;28:1483-1486
30. Jacobo M, Ochoa-Vigo K. Influencia de una intervención educativa en el conocimiento sobre la prevención de mucositis oral en pacientes sometidos a quimioterapia. *Rev Med Hered.* 2013; 24: 281–286.
31. Green S.M., James E.P. Barriers and facilitators to undertaking nutritional screening of patients: a systematic review. *J Hum Nutr Diet.* 2013; 26: 211–222.
32. Deborah Edwards, Sally Anstey, Daniel Kelly, Jane Hopkinson. An innovation in curriculum content and delivery of cancer education within undergraduate nurse training in the UK. What impact does this have on the knowledge, attitudes and confidence in delivering cancer care? *European Journal of Oncology Nursing*

- [Revista en Internet]. 2016 [citado el 2 de Mayo 2016]; 21: 8-16. Disponible en: www.elsevier.com/locate/ejon
33. Pérez-Portabella C. Mesa redonda: Diferentes Modelos de Actuación en el Control Nutricional del Paciente Oncológico [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 20 Abril 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/OChVaE>
 34. Anguera M. Recomendaciones Dietéticas Generales en la Quimioterapia [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 6 de Abril 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/okKQ7Y>
 35. Florido Martín JC, Martín Sánchez E, López- Espinosa Plaza A. Control Nutricional en la consulta de enfermería de radioterapia. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Radiológica*. 2010; 7(1): 30-33.
 36. Prockman S, Ruschel Freitas AH, Gonzalves Ferreira M, Gracieli Kunradi F, Kuerten de Salles R. Evaluation of diet acceptance by patients with haematological cancer during chemotherapeutic treatment. *Nutr Hosp*. 2015; 32 (2):779-784
 37. Arús Figa M. Valoración de Estado Nutricional y de la Dieta del Paciente Oncológico [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 18 Abril 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/aGdzIF>
 38. Martínez Roque VR. Valoración del Estado de Nutrición en el Paciente con Cáncer. *Cancerología* 2007; 2:315-26.
 39. Ignacio de Ulíbarri J. et al. El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Acción Médica, Madrid, 2004.
 40. Fernández López MT. Nutrición y Oncología: Abordaje Multidisplinar de la Nutrición Oncológica. XVIII Congreso de la Sociedad de Nutrición y Dietética de Galicia. 2009, Marzo 19; España. Ferrol: Sociedad de Nutrición y Dietética.
 41. Pamela L. Swearingen (ed). Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica: intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. 6ª ed. Ámsterdam: Elsevier; 2008.
 42. Belcherr A. Cuidados de apoyo. En: Salas de Chávez S, Alzaga MT, Crespo C, Martínez Rincón C, Álvarez MT (eds). *Enfermería y Cáncer*. 1ª ed. Madrid: Editorial Mosby; 1995. P: 230-235.
 43. Calleja Fernández A, Vidal casariego A, Cano Rodrríguez I, Ballesteros Pomar MD. Eficacia y efectividad de las distintas herramientas de cribado nutricional en un hospital de tercer nivel. *Nutr Hosp*. 2015; 31:2240-2246.

44. Gómez Carcelén D, Carrillo Ortega P. Efecto del Tratamiento del Cáncer en la Nutrición y Terapia Nutricional Asociada. *Revista de Enfermería*. 2004; 18: 28-34.
45. Rihuete Galve M. Importancia del estado nutricional y la dieta del paciente con cáncer [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 20 Abril 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/iHUiK>
46. Berreiro Pérez F, Castro Lozano A. Valoración del estado nutricional: aspectos prácticos [monografía en Internet]. León: Sociedad Española de Enfermería Oncológica; 2009-2016, [citado el 18 Abril 2016]. Disponible en: <http://goo.gl/paHJ6T>
47. Ramírez Tortosa MC, Cambor Álvarez M, García Peris P. Nutrición y Cáncer. En: Gil A (ed.) *Tratado de Nutrición*. Nutrición Clínica, Tomo IV. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P: 549-565.
48. Planas Vilá M, Pérez Portabella Maristany C, Martínez Costa C. Valoración del Estado Nutricional en el Adulto y en el Niño. En: Gil A (ed.) *Tratado de Nutrición*. Nutrición Humana en el Estado de Salud, Tomo III. 2ªed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. P: 69-97.
49. Gómez-Candela C, Luengo L, De Cos A, Martínez-Roque V, Iglesias C, Zamora P y cols. Subjective global assessment in neoplastic patients. *Nutr Hosp* 2003; 18(6):353-7.
50. Barbosa-Silva MC, Barros AJ. Indications and limitations of the use of subjective global assessment in clinical practice: an update. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2006; 9(3):263-9. .
51. Cancér Minchot E, Cánovas Molina G, Durán Poveda M, Álvarez Hernández J, Gorgojo Martínez JJ. Nutrición basada en la evidencia en el cáncer como enfermedad caqueztizante. *Endocrinol Nutr*. 2005; 52 (2): 91-6.

6. ANEXOS.

6.1. Cuestionario.

Con motivo de la elaboración del proyecto de investigación de 4º Grado en Enfermería para la finalización de los estudios en la Universidad de la Laguna, con título “Valoración por parte del personal de Enfermería del abordaje nutricional de los pacientes en las Unidades de Oncología”, le entregamos un cuestionario, que recibirán todos los enfermeros/as de dichas Unidades de los Hospitales de referencia de Tenerife, en el que se le realizarán una serie de preguntas de gran importancia en relación a la investigación del problema de estudio, cuyo objetivo es evaluar desde vuestro punto de vista la atención prestada a la alimentación de los pacientes oncológicos y la calidad de los cuidados nutricionales. Para ello, analizaremos el nivel de formación en aspectos nutricionales, evaluando la existencia de protocolos en las Unidades, así como el grado de utilización de las Guías de práctica clínica y/o recomendaciones nutricionales para el cuidado nutricional y la satisfacción con las intervenciones y cuidados que otorgan.

El cuestionario será totalmente anónimo, de carácter confidencial y en el que le rogamos su máxima sinceridad, ya que a través de vuestra sinceridad podríamos conseguir mejorar la atención y colaborar a avanzar en este tema que está tan difuso.

Un cordial saludo, y mis más sinceros agradecimientos.

Celia Domínguez González (Estudiante de Grado de Enfermería)

A continuación responda a las siguientes cuestiones, seleccione con una X en la casilla que se corresponda con su respuesta, en la sección B puede seleccionar más de una opción. Las casillas en blanco están destinadas a una respuesta escrita.

<i>A. Variables Sociodemográficas</i>	
1. Edad:	
2. Años de profesión	Menos de 1 año.
	Entre 1-2 años.
	Entre 2-10 años.
	Más de 10 años.
3. Años en Servicios de Oncología:	Menos de 1 año.
	Entre 1-2 años.
	Entre 2-10 años.
	Más de 10 años.
4. Hospital al que pertenece:	Hospital Universitario de Canarias.
	Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
	Hospital de Ofra.
5. Servicio al que pertenecen:	Consulta.
	Unidad de hospitalización.
	Hospital de día.
	Asistencia domiciliaria.
6. Especialidad del Servicio:	Oncología Médica.
	Radioterapia.
	Cuidados paliativos
7. Turnicidad:	Si.
	No.
8. Tipo de contrato:	Eventual.
	Fijo.

<i>B. Formación académica.</i>	
9. Además de la formación Universitaria, indique si posee alguna de estas formaciones:	Máster.
	Doctorado.
	Especialidad (cual:.....)
	Títulos propios.
10. Otro tipo de formación académica:	
11. Además de la formación durante los estudios, posee alguna formación en el manejo del paciente Oncológico:	Máster.
	Cursos de formación especializada.
	Otros (Indicar:.....)
12. Además de la formación durante los estudios posee algún tipo de formación en Nutrición:	Máster.
	Cursos de formación especializada.
	Otros (Indicar:.....)
13. ¿Cómo ha recibido la formación?	Iniciativa propia o interés personal.
	Vinculada al puesto de trabajo.
	Organizaciones profesionales.

Marque con X indicando su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

C. Percepción del grado de formación en nutrición del paciente oncológico.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indeciso	Bastante de acuerdo.	Totalmente de acuerdo
14. Poseo los conocimientos necesarios para realizar adecuadamente la valoración nutricional.					
15. Me veo capacitada/o para otorgar unos buenos consejos nutricionales					
16. Tengo la formación suficiente para llevar a cabo una buena prevención de la desnutrición					
17. Me siento capacitada/o para detectar precozmente a los pacientes con desnutrición o con riesgo de sufrirla:					
18. Tengo la formación suficiente para manejar las herramientas de valoración nutricional:					
19. Tengo la formación necesaria para realizar una exploración nutricional básica a todos los pacientes					
20. Poseo el nivel suficiente para identificar la necesidad de realizar una intervención inmediata					
21. Mi nivel de formación me permite llevar a cabo una adecuada supervisión de la vía oral					
22. Poseo la formación suficiente para el manejo de la terapia nutricional					
23. Me siento capacitada/o para manejar la Nutrición enteral					
24. Tengo la formación necesaria para manejar adecuadamente la Nutrición Parenteral					
25. El centro ofrece una formación específica dirigida al control nutricional					
26. Poseo una formación específica en el manejo nutricional del paciente oncológico.					
27. Me siento capacitada/o para llevar a cabo el control nutricional de los pacientes oncológicos.					

28. Enumere del 0 al 10 el grado de formación específica en el manejo nutricional del paciente oncológico que cree que posee:	
---	--

Continúe como al principio del cuestionario marcando con una X en la casilla o en el caso de que la respuesta sea múltiple en varias casillas y rellenando las casillas en blanco con respuestas propias:

D. Protocolos y Guías de práctica clínica.	
29. En la Unidad existen protocolos para realizar las intervenciones nutricionales	Si.
	No.
	No sabe.
30. Siendo afirmativo el item anterior, estos protocolos son creados por:	El Hospital.
	La Unidad.
	El Servicio de Nutrición.
	Otros:
31. En caso afirmativo, los protocolos son específicos para pacientes oncológicos	Si.
	No.
	No sabe.
32. En la Unidad existen Guías de practica clínica para los cuidados nutricionales	Sí.
	No.
	No sabe.
33. En caso afirmativo, estas guías de práctica clínica estan creadas por:	El Hospital.
	La Unidad.
	El Servicio de Nutrición.
	Otros.
34. Las Guías de Práctica clínica de nutrición son específicas para estos pacientes	Si.
	No.
	No sabe.
35. En la unidad se siguen una serie de recomendaciones para los cuidados nutricionales.	Si.
	No.
	No sabe.
36. En la unidad se utilizan habitualmente las guías y recomendaciones nutricionales	Si.
	No.
	No sabe.

E. <i>Cuidados Nutricionales.</i>	
37. ¿Se realiza la valoración nutricional a todos los pacientes que acuden al Servicio?	Si.
	No.
	No sabe.
38. ¿Qué modelo de Valoración Nutricional se emplea? Por ejemplo, el modelo de referencia es la VSG-GP, indique si es este u otro:	
39. ¿ La valoración nutricional se realiza de forma periódica a todos los pacientes?	Si.
	No.
	No sabe.
40. ¿Con qué periodicidad se realiza la valoración nutricional a los pacientes?	Mensualmente.
	De forma sistemática.
	Cuando aparecen problemas.
	Cada vez que acude a la Unidad.
	Al ingreso.

41. ¿Con qué frecuencia se les realiza el examen físico a los pacientes?	De forma sistemática y continua.
	Cuando aparecen problemas.
	Al ingreso.
	En cada visita.
42. En la evaluación nutricional, ¿se le da importancia a las mediciones antropométricas?	Si.
	No.
	No sabe.
43. ¿Qué parámetros comprende las mediciones que se llevan a cabo en la Unidad?	Variación de peso reciente expresado en % de pérdida de peso
	Índice de masa corporal.
	Composición corporal.
	Todos.
44. ¿Se realizan análisis bioquímicos para medir indicadores de desnutrición de forma periódica?	Si.
	No.
	No sabe.
45. Aunque no se detecten problemas, ¿se realizan reevaluaciones periódicas?	Si.
	No.
	No sabe.
46. En la evaluación nutricional, ¿se lleva a cabo un registro del consumo?	Si.
	No.
	No sabe.
47. ¿Se realiza una vigilancia de los niveles de hidratación de los pacientes?	Si.
	No.
	No sabe.
48. En la unidad, ¿se detectan a pacientes con desnutrición severa ya instaurada de forma frecuente?	Si.
	No.
	No sabe.
49. ¿Se realiza un asesoramiento nutricional a los pacientes por parte del personal de enfermería?	Si.
	No.
	No sabe.
50. ¿Con que frecuencia se lleva a cabo el asesoramiento nutricional?	De forma sistemática y continua.
	Cuando aparecen problemas.
	Cuando el paciente lo solicita.
	En cada visita.
51. ¿Qué tipo de consejos nutricionales se les dan a estos pacientes?	Generales.
	Específicos
	Tanto generales como específicos dependiendo del requerimiento.
52. ¿Se pautan suplementos nutricionales a los pacientes cuando lo precisan?	Si.
	No.
	No sabe.
53. ¿Cuando se detecta desnutrición o riesgo de sufrirla el personal de enfermería actúa como nexo de unión con un equipo multidisciplinar para abordar el problema?	Si.
	No.
	No sabe.
54. La terapia nutricional es individualizada y se adapta a las necesidades de cada paciente	Si.
	No.
	No sabe.
55. El abordaje nutricional se centra en:	El control nutricional.
	El control de síntomas que afectan a la nutrición.
	Ambos.

Marque con X indicando su nivel de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones:

<i>F. Satisfacción con las intervenciones y los cuidados nutricionales.</i>					
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indeciso	Bastante de acuerdo.	Totalmente de acuerdo
56. Poseo los recursos necesarios para garantizar unos cuidados nutricionales adecuados.					
57. Se podría prevenir en mayor medida la desnutrición de estos pacientes.					
58. En la Unidad se le da importancia tanto al control de síntomas como al control nutricional.					
59. Creo que son necesarios unos protocolos específicos de nutrición en oncología.					
60. En la Unidad existen protocolos, pero son necesarios mejorarlos.					
61. Las intervenciones nutricionales que se llevan acabo en la Unidad son efectivas.					
62. Creo que se podrían mejorar las intervenciones nutricionales .					
63. Se dan consejos nutricionales generales a todos los pacientes, y consejos específicos a los que tienen riesgo de sufrir desnutrición.					
64. En la Unidad se podría mejorar el abordaje nutricional de estos pacientes.					
65. La terapia nutricional de los pacientes que tienen riesgo de sufrir desnutrición consigue buenos resultados.					
66. La terapia nutricional a los pacientes con desnutrición consigue mejorar su estado nutricional.					
67. Se le dedica el tiempo necesario a las intervenciones y los cuidados nutricionales.					
68. Los cuidados nutricionales otorgados a los pacientes son de calidad.					

6.2. Consentimiento comité de investigación.

Al Sr/ Sra. Director/a del comité de investigación del Hospital.....

Con motivo de la elaboración del proyecto de investigación de 4º curso de Grado de Enfermería de la Universidad de la Laguna, el estudio de la “Valoración por parte del personal de enfermería del abordaje nutricional de los pacientes en las Unidades de Oncología”, me dirijo a usted para solicitarle la autorización para realizar un trabajo de investigación del personal de enfermería de los Servicios de Oncología del Hospital. Dicho trabajo tiene como objetivo evaluar desde el punto de vista de las/os enfermeras/os que trabajan en servicios de oncología la atención la atención prestada a la alimentación y la calidad de los cuidados nutricionales que reciben de los pacientes oncológicos en los hospitales de referencia de Tenerife.

El trabajo se realizará por medio de una encuesta de carácter unipersonal, confidencial, anónimo y voluntario, entregado a todos las/os enfermeras/os dispuestos a participar.

Sin nada más que añadir y a la espera de una respuesta favorable. Saludos atentamente.

Celia Domínguez González (Estudiante de Grado de Enfermería).

A.....de.....de 2016.