



Universidad  
Internacional  
de Andalucía

## TÍTULO

**EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE SEGUIMIENTO  
NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO  
IRRESECABLE EN LA CONSULTA DE LA EPA-POC**

## AUTORA

**Francisca Montoya Acuña**

Tutor	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2024
Institución	Dr. D. Luis Francisco Torres Pérez Universidad Internacional de Andalucía
Curso	<i>Máster de Formación Permanente en Enfermería de Práctica Avanzada (2023/24)</i>
©	Francisca Montoya Acuña
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2024



Universidad  
Internacional  
de Andalucía



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas  
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

# EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO IRRESECCABLE EN LA CONSULTA DE LA EPA-POC.



MÁSTER DE FORMACIÓN PERMANENTE ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA  
Francisca Montoya Acuña  
Dirección de TFM: Luis Francisco Torres Pérez.

Edición  
Año académico 2023-2024



# **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecer a mi supervisora por posibilitar mi participación en este máster.

A mi tutor Luis por su paciencia, apoyo y disponibilidad en todo mi devenir, que me ha permitido entender, avanzar y concluir este Trabajo Fin de Máster.

A todo el equipo del máster por los conocimientos que me han aportado.

A mi familia , siempre, por comprender tantas horas desconectada de ellos y sentada frente al ordenador.

**“QUE TU MEDICINA SEA TU ALIMENTO, Y EL ALIMENTO SEA TU MEDICINA”**

**HIPÓCRATES**

## RESUMEN

A nivel mundial, el cáncer de esófago es el 8º tipo de cáncer más frecuente y la 6ª causa de muerte relacionada con cáncer en todo el mundo.

El cáncer de esófago tiene un comportamiento agresivo y se suele diagnosticar en etapas avanzadas.

El paciente con ca de esófago irresecable es un paciente oncológico complejo, va a presentar síntomas derivados de su proceso, evolución y síntomas derivados del tratamiento administrado en este caso la quimioterapia y radioterapia concomitante.

La disfagia es uno de los problemas más importantes en los pacientes portadores de un cáncer de esófago. No sólo es el síntoma más frecuente en el momento del diagnóstico, sino que permanece todo el tiempo hasta que el paciente fallece, originando una disminución de la ingesta y el consiguiente deterioro del estado general. Por ello debemos hacer un seguimiento nutricional multidisciplinar y adaptado a todos los niveles de atención. La EPA-POC puede contribuir a dicho seguimiento.

Objetivo: Incorporar un seguimiento nutricional en el circuito de la EPA-POC y valorar su efectividad en el estado nutricional del paciente con ca esófago irresecable.

Metodología: Estudio cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal sin grupo control. Con propósito explicativo

Dicha intervención de seguimiento constará de varias visitas al paciente que se iniciarán en el momento del diagnóstico, cuando el paciente es derivado a la EPA desde el subcomité de tumores, se valorará el estado nutricional con la escala de valoración global subjetiva VGS-GP y se implantarán las medidas para mantenerlo dentro de los valores adecuados.

Palabras clave: Cáncer de esófago. Seguimiento nutricional. Intervención EPA-POC.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
Cáncer de esófago.....	3
JUSTIFICACIÓN .....	5
Paciente con cáncer de esófago irresecable .....	7
Ruta del paciente con ca esófago en la unidad de patología oncológica del hospital Torrecardenas .....	10
Nutrición y Cáncer .....	14
HIPÓTESIS.....	16
OBJETIVOS.....	16
MÉTODO .....	16
Ámbito y periodo.....	17
Población. ....	17
Variables.....	18
Recogida y análisis de datos.....	18
ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	20
PLANIFICACIÓN OPERATIVA .....	20
RELEVANCIA Y APLICABILIDAD .....	21
EQUIPO Y PRESUPUESTO.....	22
MEDIOS Y RECURSOS DISPONIBLES .....	22
BIBLIOGRAFÍA .....	23
ANEXOS .....	25
SEGUIMIENTO NUTRICIONAL. (Anexo I) .....	25
VGS-GP. (Anexo II).....	29
CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CSQ-8 (Anexo III) .....	33
CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE (Anexo IV) .....	35

# EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE ESÓFAGO IRRESECABLE EN LA CONSULTA DE LA EPA-POC.

## INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de cáncer nos referimos a enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales que se dividen, crecen y se diseminan sin control en cualquier parte del cuerpo.

Las células normales se dividen y mueren durante un periodo de tiempo programado. Sin embargo, la célula cancerosa o tumoral “pierde” la capacidad para morir y se divide casi sin límite. Tal multiplicación llega a formar unas masas, denominadas “**tumores**” o “**neoplasias**”, que en su expansión pueden destruir y sustituir a los tejidos normales.<sup>1</sup>

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo. La International Agency for Research on Cancer estimó que en el año 2020 se diagnosticaron aproximadamente 18,1 millones de casos nuevos de cáncer en el mundo y que dicha cifra aumentará en las dos próximas décadas hasta los 28 millones, un incremento de más del 54´9%.

La OMS , publica cifras de mortalidad atribuyéndole al cáncer 10 millones de defunciones en 2020, del mismo modo que en la incidencia se espera un incremento en la mortalidad de más de 16 millones en 2040.

En España, el cáncer es también una de las principales causas de morbi-mortalidad. El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2022 alcanzó los 280.100 casos según los cálculos de REDECAN, lo que supone un ligero incremento con respecto a los años anteriores, así se estima que en 2040 la incidencia alcance los 341.000 casos y que la mortalidad se incrementará de 112.000 casos en 2020 a más de 159.000 en 2024.

Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España en 2023 serán los de colon y recto, mama, pulmón, próstata y vejiga urinaria. A mucha distancia, los siguientes cánceres y entre ellos el cáncer de esófago.

TIPO TUMORAL	N
Cavidad oral y faringe	7.882
Esófago	2.302
Estómago	6.932
Colon	28.465
Recto	14.256
Hígado	6.695
Vesícula biliar	2.648
Páncreas	9.280
Laringe	3.378
Pulmón	31.282
Melanoma de piel	8.049
Mama	35.001
Cérvix uterino	2.326
Cuerpo uterino	7.171
Ovario	3.584
Próstata	29.002
Testículo	1.510
Riñón (sin pelvis)	8.626
Vejiga urinaria	21.694
Encéfalo y sistema nervioso	4.072
Tiroides	6.084
Linfoma de Hodgkin	1.539
Linfomas no hodgkinianos	9.943
Mieloma	3.082
Leucemias	6.411
Otros	18.046
Todos excepto piel no melanoma	279.260

1

A nivel mundial, el cáncer de esófago es el 8º tipo de cáncer más frecuente y la 6ª causa de muerte relacionada con cáncer en todo el mundo<sup>2</sup>.

Su incidencia presenta grandes variaciones geográficas, considerándose áreas de alta frecuencia Asia y África Central y del Sur (más de 100 casos por 100.000 habitantes/año). En Europa las tasas más altas de incidencia se presentan en Rusia, Francia, Reino Unido e Irlanda. España se encuentra, respecto al resto de Europa, en un término medio de incidencia, es el sexto tumor más frecuente del aparato digestivo (por detrás del cáncer colorrectal, páncreas, estómago, hígado y vesícula biliar)

Es más frecuente (más del doble) en el hombre que en la mujer. Y la mediana de edad al diagnóstico son 68 años.<sup>3</sup>

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en su informe anual de 2023 ("Las cifras del cáncer en España 2023") estima unos 2.302 nuevos casos de cáncer de esófago, en los últimos años la incidencia del adenocarcinoma del tercio distal del esófago y de la unión gastroesofágica se ha incrementado de forma paralela a la enfermedad de reflujo gastroesofágico, especialmente en personas con alto índice de masa corporal.

<sup>1</sup>. Red Española de Registros de Cáncer (REDESCAN)

En el mismo informe cita una mortalidad de 1823 al año y una supervivencia que varía del 13% en hombres y 16% en mujeres.

Ante estos datos de baja supervivencia resulta lógico pensar en la detección precoz, pero no se ha descrito ningún programa de screening eficaz en la población sana asociados al desarrollo de cáncer de esófago; la prevención pasa por evitar los factores de riesgo asociados a su desarrollo.

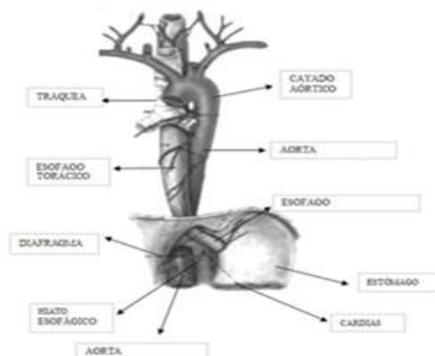
## Cáncer de esófago

El esófago es un tubo muscular, hueco, que se extiende desde la faringe hasta el estómago, y sirve para el paso de alimento. En su recorrido, atravesando el cuello y el tórax para llegar al abdomen, se encuentra por delante de la columna vertebral, en íntima relación con distintas estructuras (aorta, nervio recurrente laríngeo izquierdo, bronquio principal izquierdo, corazón y diafragma).

Mide aproximadamente 25cms., y se divide anatómicamente en:

- **Tercio superior:** desde el borde inferior del cartílago cricoides hasta 18 cms. de los dientes incisivos superiores.
- **Tercio medio:** entre 18 a 32 cms. de los dientes incisivos superiores (aproximadamente hasta por encima de la unión gastroesofágica).
- **Tercio inferior:** desde la unión gastroesofágica hasta aproximadamente 40 cms. de los dientes incisivos superiores.

El cardias (esfínter esofágico inferior) es el anillo muscular que separa el esófago del estómago. Su función es permitir el paso de la comida del esófago al estómago, y no en sentido contrario. Su mal funcionamiento condiciona la aparición de reflujo gastroesofágico. Así los tumores de la unión esofagogástrica se clasifican junto a los tumores de esófago.<sup>4</sup>



2

<sup>2</sup> . Cáncer de esófago - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019  
<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/esofago>

El cáncer de esófago tiene un comportamiento agresivo y se suele diagnosticar en etapas avanzadas. Carece de serosa lo que hace que se pueda diseminar con facilidad a estructuras vecinas.

Según la clínica se suele dividir en:

- Cervical ; desde musculo cricofaríngeo hasta escotadura esternal
- Esófago torácico superior; desde escotadura esternal hasta arco aórtico
- Esófago torácico medio; desde arco aórtico hasta ventana pulmonar inferior
- Esófago torácico inferior; desde ventana pulmonar inferior hasta unión esófago-gástrica

Según el grado histológico los podemos dividir en carcinoma escamoso o epidermoide; derivado de las células planas de la mucosa de esófago, o adenocarcinoma derivado de las células glandulares.<sup>5</sup>

El sistema TNM para cáncer de esófago permite identificar la fase en la que se encuentra el tumor y poder administrar el tratamiento más adecuado para incrementar las posibilidades de curación.<sup>6</sup>

La T se refiere al nivel de extensión o penetración del tumor primario en las paredes del esófago:

- Tis: displasia de alto grado.
- T1: tumor que invade la llamada lámina propia, la muscularis mucosae, (T1a) o la submucosa (T1b).
- T2: tumor que invade la muscularis propia.
- T3: tumor que invade la adventicia.
- T4: tumor que invade estructuras adyacentes.
- T4a: tumor resecable que invade la pleura, pericardio o diafragma
- T4b: tumor irresecable que invade otras estructuras como aorta, cuerpo vertebral, tráquea, etc.

La N se refiere a la presencia o no de afectación de los ganglios linfáticos regionales o más próximos a la zona donde se origina el tumor.

- N0 significa ausencia de afectación ganglionar.
- N1 significa la presencia de afectación tumoral en 1-2 ganglios linfáticos regionales.
- N2 significa la presencia de afectación tumoral en 3-6 ganglios linfáticos regionales.
- N3 significa la presencia de afectación tumoral en 7 o más ganglios linfáticos regionales.

La M se refiere a la presencia confirmada de metástasis a distancia:

- M0 es ausencia de metástasis.
- M1 es presencia de metástasis a distancia.

El cáncer de esófago por ser silente en sus fases iniciales , junto con un alto poder de diseminación locorregional y sistémico es una neoplasia cuyo tratamiento se acompaña de resultados desalentadores, con unos índices de supervivencia muy bajos , aún en los estadios que demuestran mejores resultados. Habitualmente la cirugía se establecía como primera opción de tratamiento, pero actualmente se han integrado diferentes modalidades terapéuticas para obtener mejores resultados.

Sin embargo , alrededor del 50% de los pacientes cuando son diagnosticados presentan una neoplasia irresecable o en enfermedad metastásica. El tratamiento en esta situación con quimioterapia y radioterapia puede aumentar la supervivencia y mejorar el control de síntomas<sup>7</sup>, pero comprende una serie de situaciones clínicas complejas que requerirán una aproximación multidisciplinar.

## **JUSTIFICACIÓN**

En la práctica y con el objetivo de establecer un plan de actuación en el cáncer de esófago se definen dos grupos principales de pacientes: pacientes subsidiarios de tratamiento quirúrgico y los no subsidiarios.

Grosso modo y sin entrar en el tipo de tumor ( ca de células escamosas y adenocarcinoma), podríamos decir que los pacientes que tienen estadios precoces y no presentan adenopatías afectas serían subsidiarios de tratamiento quirúrgico directo.

Cuando el carcinoma de esófago se presenta en un estadio localmente avanzado o con afectación ganglionar, y no existe alto riesgo quirúrgico, la terapia neoadyuvante (QT y/o RT) puede aportar el beneficio de una reestadificación hacia una situación más favorable, incluso pasar de una situación de irresecabilidad a permitir la extirpación quirúrgica.

En estos casos existen unos criterios de operabilidad:

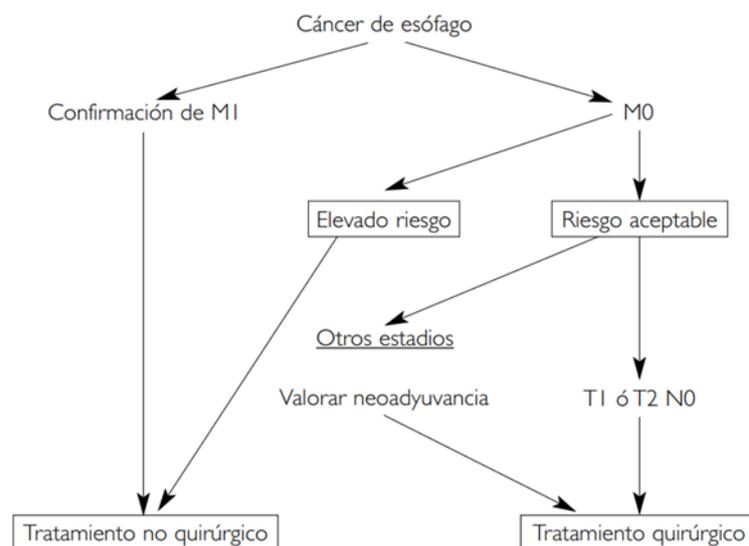
- Edad y comorbilidad asociada: En este grupo se incluye a pacientes con edad avanzada , la edad no como factor en sí, si no por la posible patología asociada. El riesgo quirúrgico se puede ver incrementado por diversas enfermedades, los antecedentes médico-quirúrgicos se han de tener en cuenta, ya que factores como la situación respiratoria previa del paciente, la cardiopatía, vasculopatía, diabetes entre otros pueden aumentar la morbimortalidad<sup>8</sup>

Dichos pacientes sólo son candidatos a cirugía excepcionalmente, tras una valoración individual por parte del comité de tumores. La posible patología asociada, prevalece como criterio en la toma de decisión.

- Los criterios de enfermedad avanzada también influyen a la hora de decidir si un paciente es subsidiario de intervención quirúrgica o no, debido a que el grado de afectación local condiciona un peor pronóstico. El tumor se puede manifestar con afagia, parálisis, dolor dorsal, hemorragia, anorexia extrema que ocasionen su dificultad en el momento de la intervención.

Además, la presencia de afectación ganglionar se conoce como uno de los factores de peor pronóstico, a veces puede ser tratada con resección quirúrgica pero no total lo que aumenta la posibilidad de recidiva en un corto espacio de tiempo, en este tipo de pacientes habría que valorar dicha posibilidad individualmente.

En caso de metástasis no cabe plantearse una resección esofágica curativa. La mayoría de las guías aceptan que los tumores del esófago cervical situados a menos de 5 cm del músculo cricofaríngeo y todos aquellos con afectación metastásica a distancia (M1) quedan excluidos del tratamiento quirúrgico (salvo técnicas paliativas con intención de soporte nutricional).



3

<sup>3</sup> <https://www.oncosur.org/images/guias/pdf/Guia-clinica-de-diagnostico-y-tratamiento-del-Cancer-de-Esofago.pdf>

## **Paciente con cáncer de esófago irresecable**

En pacientes con cáncer de esófago irresecable el principal problema es la disfagia. La disfagia se debe a la obstrucción mecánica que produce el tumor y que condiciona una dificultad para el paso de alimentos. Suele ocurrir cuando el diámetro de la luz esofágica es menor de 13 mm, lo que indica enfermedad local avanzada.

La disfagia es uno de los problemas más importantes en los pacientes portadores de un cáncer de esófago. No sólo es el síntoma más frecuente en el momento del diagnóstico, sino que permanece todo el tiempo hasta que el paciente fallece, originando una disminución de la ingesta y el consiguiente deterioro del estado general, por ello a menudo estos pacientes presentan desnutrición en el momento del diagnóstico. La desnutrición se asocia con cambios en la composición corporal, agotamiento tisular progresivo y peor funcionamiento de órganos y sistemas, además, toda esta situación puede empeorar progresivamente con la evolución del proceso y el tratamiento.

El dolor es otro de los síntomas, y puede ser en forma de odinofagia o dolor con la deglución, o en forma de dolor retroesternal o epigástrico que a veces puede simular incluso un dolor tipo angor. Debido a la afectación local habitual, pueden aparecer problemas relacionados con la invasión de estructuras cercanas. Así puede darse con relativa frecuencia un síndrome de vena cava superior, fístulas traqueoesofágicas, parálisis de cuerdas vocales por afectación del nervio recurrente o la presencia de un síndrome de Horner (ptosis, miosis y enoftalmos).

En los casos de enfermedad diseminada pueden aparecer síntomas derivados de la localización metastásica como dolor óseo, disnea y disfunción hepática.

En estos casos el enfoque del tratamiento va dirigido principalmente a mejorar la calidad del paciente, incrementando, si es posible, la supervivencia.

Si el paciente tiene un buen estado general, la quimioterapia puede producir paliación de síntomas, contribuyendo a ello.

La radioterapia se puede emplear para paliar el dolor del tumor primario o de las metástasis, la disfagia y tiene un papel hemostático en caso de lesiones sangrantes.

Como decimos la disfagia es el principal problema de estos pacientes y la radioterapia en sus distintas modalidades unida a la quimioterapia obtiene una mejoría del 88%, pero la media de tiempo en conseguir dicho beneficio es de 4 semanas<sup>9</sup>, por ello debe de abordarse desde otra

perspectiva, uno de los tratamientos más útiles es la colocación de una endoprótesis autoexpandible, un procedimiento que se puede realizar de una forma rápida y eficaz por vía endoscópica. Esta técnica tampoco está exenta de complicaciones puede ocurrir la migración de esta y, en casos aislados, hemorragia o perforación esofágica<sup>9</sup>.

En la evolución natural de la enfermedad, la tolerancia a los alimentos sólidos puede ser cada vez peor. Los tratamientos de radioterapia, quimioterapia y la colocación endoscópica de prótesis esofágicas persiguen mantener la capacidad de deglución de saliva, líquidos y sólidos. A pesar de ello, en el curso de la enfermedad el paciente puede tener disfagia, debiendo pasar primero a una dieta pastosa, a base de purés, y después a una dieta líquida. En estas circunstancias pueden ser útiles las fórmulas de nutrición enteral hipercalóricas e hiperproteicas saborizadas para sustituir o completar la alimentación oral. Se pueden colocar vías alternas de alimentación como la gastrostomía percutánea (PEG) colocada bajo guía endoscópica. Otras opciones son la gastrostomía abierta o la yeyunostomía.

Con todo esto el paciente con ca de esófago irresecable es un paciente oncológico complejo, va a presentar síntomas derivados de su proceso, evolución y síntomas derivados del tratamiento administrado en este caso la quimioterapia y radioterapia concomitante

Estos pacientes suponen una demanda creciente de atención y requerimientos asistenciales en los centros especializados y paralelamente en Atención Primaria. Además, una proporción muy importante de estos pacientes suelen presentar múltiples patologías y estar polimedicados. Todos requieren una coordinación asistencial al máximo nivel que garantice la continuidad de los cuidados, el control de los síntomas y, en definitiva, una atención integral.

Hay que establecer un modelo de colaboración interprofesional coordinado y compartido en el que exista colaboración constante y que permita al paciente beneficiarse de una correcta continuidad asistencial y disponga de las mejores alternativas terapéuticas, de soporte y paliativas, que necesite en cada momento y por los profesionales más cualificados.

En este momento diferentes estudios justifican la necesidad de un profesional de referencia que vele por todo este proceso, que asegure la respuesta a las necesidades y contribuya a una mejor calidad de vida del paciente<sup>10</sup>.

La EPA-POC interviene en las distintas fases del proceso asistencial, desde la etapa de prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, orientada a la atención personalizada y a la detección de necesidades específicas del paciente y su familia.

El paciente con ca de esófago será captado por la EPA-POC en el comité de tumores digestivos, desde allí se iniciará una coordinación adecuada con el paciente que ya tiene de inicio una situa-

ción comprometida, como se ha mencionado, dolor, pérdida de peso o cierto grado de desnutrición, incertidumbre ante el diagnóstico y tratamiento, por ello la EPA iniciará una serie de intervenciones propias

#### Intervenciones en la etapa diagnóstica:

- Coordinará y gestionará el proceso de diagnóstico, acompañando al paciente y familia a través de circuitos preferentes y proporcionando cuidados personalizados e información específica.
- Gestionará y agilizará las pruebas diagnósticas previas a la opción de tratamiento.
- Asesorará y apoyará en la toma de decisiones en cuanto a las opciones terapéuticas, donde es necesario proporcionar la información y asesoramiento al paciente y su familia, asegurando su participación en el proceso.
- Ayudará en el afrontamiento individual y familiar del proceso oncológico.

#### Intervenciones en la etapa terapéutica:

- Planificará los cuidados de acuerdo con las necesidades detectadas tras la valoración integral y con los recursos disponibles del centro, como el paciente tendrá tratamiento concomitante QT-RT esa planificación la hará en colaboración con los enfermeros de consulta de radioterapia y enfermería oncológica; programas de autocuidados tanto en la prevención como en la atención de los efectos secundarios del tratamiento.  
El nivel de autocuidados tiene una relación directa con la calidad de vida percibida y reduce la demanda asistencial.
- Coordinará los recursos de tal forma que se favorezca la coordinación del plan terapéutico, se asegure la continuidad asistencial y la accesibilidad a los servicios y a profesionales que intervienen en el proceso.
- Controlará los síntomas: Valoración de los síntomas más frecuentes, prescripción farmacológica adaptada a normativa y protocolos existentes, control de la evolución y de la respuesta al tratamiento (manejo del dolor, náuseas, vómitos y otros efectos derivados del tratamiento: quimioterapia, radioterapia) y solicitud de pruebas complementarias sujetas a protocolos específicos (supone una mejora en la agilidad del circuito asistencial y una potencial disminución de los tiempos de espera y acceso a los servicios).
- Realizará un seguimiento proactivo con la intención de detectar precozmente signos y síntomas, solventar dudas y mitigar el temor.
- Fortalecerá el apoyo emocional potenciando la seguridad, la autoestima y el afrontamiento de la situación.

- Contribuirá a mejorar el afrontamiento individual y familiar, apoyo emocional y ayuda para la toma de decisiones.
- Coordinará y fomentará la transferencia de cuidados hacia otros niveles de atención, fundamentalmente a Atención Primaria que es el área de competencia directa en el domicilio del paciente y activará la comunicación con el equipo avanzado de cuidados paliativos para establecer los criterios de intervención en el momento necesario.

En resumen, la EPA-POC contribuirá a un enfoque integrado y multidisciplinar<sup>11</sup>

Un enfoque integrado y multidisciplinar en los casos de cáncer complejo es fundamental para optimizar los resultados del paciente.

La atención integrada del cáncer contribuye a mejorar las experiencias de las personas afectadas por el cáncer y de los proveedores de atención médica<sup>12</sup>.

Cabe destacar entre las competencias de la EPA-POC su capacidad para ejercer de consultor para profesionales, pero además con una importante labor docente, encaminada a extender su práctica al resto de la comunidad enfermera; con acciones formativas para intentar llegar a todas las enfermeras clínicas, especialmente de Atención Primaria y residencias socio-sanitarias; generando mejora continua en el abordaje de los pacientes con procesos oncológicos complejos<sup>11</sup>.

## **Ruta del paciente con ca esófago en la unidad de patología oncológica del hospital Torrecárdenas**

El hospital Torrecárdenas es un hospital de Especialidades y cubre la atención médica especializada del Distrito Sanitario Almería.

La unidad de patología oncológica comprende la unidad de oncología radioterápica y unidad de oncología médica. Las líneas estratégicas de la unidad de Oncología están alineadas con las estrategias del cáncer del sistema Nacional de Salud y con la Estrategia en Cáncer de Andalucía 2021-2023.

Los pacientes diagnosticados de cáncer son presentados y evaluados en los distintos comités oncológicos en los cuales se emite una hoja clínica, en ella se reflejan todos los aspectos relevantes de su proceso y la decisión de su tratamiento. A dicha hoja clínica podrán acceder los profesionales que atienden al paciente tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

Dichos subcomités son multidisciplinarios y en cada uno de ellos participa enfermería oncológica; en algunos participa la enfermera de consulta de enfermería oncológica y en otros la EPA-POC.

El paciente con ca de esófago es presentado en el subcomité de tumores esófago-gástrico, en el subcomité de tumores digestivos participa la EPA-POC, debido a que son pacientes complejos por su diversidad de tratamientos (concomitantes con RT, tratamientos a largo plazo, con anticuerpos e inmunoterapia...) sintomatología y porque van a recibir intervención de diversas especialidades. Así la derivación del paciente a la EPA se inicia desde este momento.

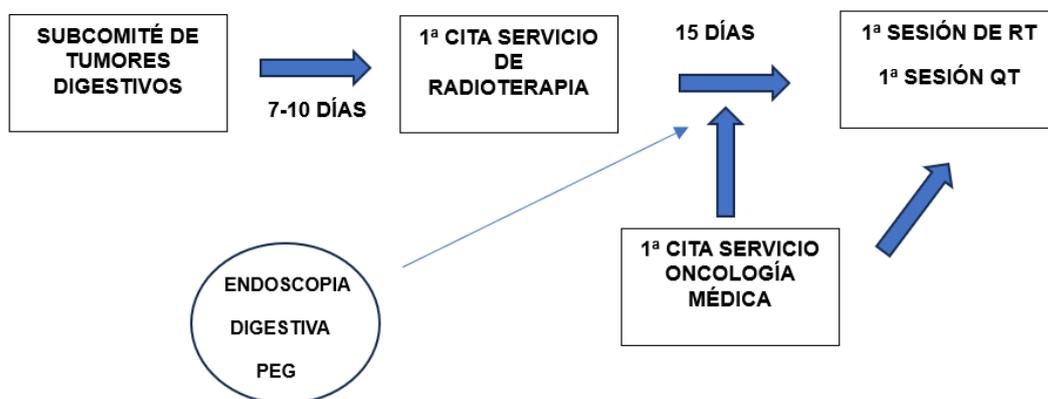
En el comité, el especialista de digestivo presentará al paciente; enfermedad actual, exploración, diagnóstico, pruebas complementarias, morbilidad, situación actual en cuanto a síntomas y se decidirá el plan de actuación. En paciente con Ca de esófago irresecable el tratamiento a seguir será: RT y QT, concomitante.

El esquema de tratamiento será sesiones de RT durante 5 semanas ( 5 días por semana) y QT semanal, 1 día en la semana que coincidirá con la sesión de RT.

Además, desde el comité el paciente será derivado a consulta de endoscopia digestiva para posibilidad de gastrostomía endoscópica percutánea intentando asegurar un soporte nutricional adecuado.

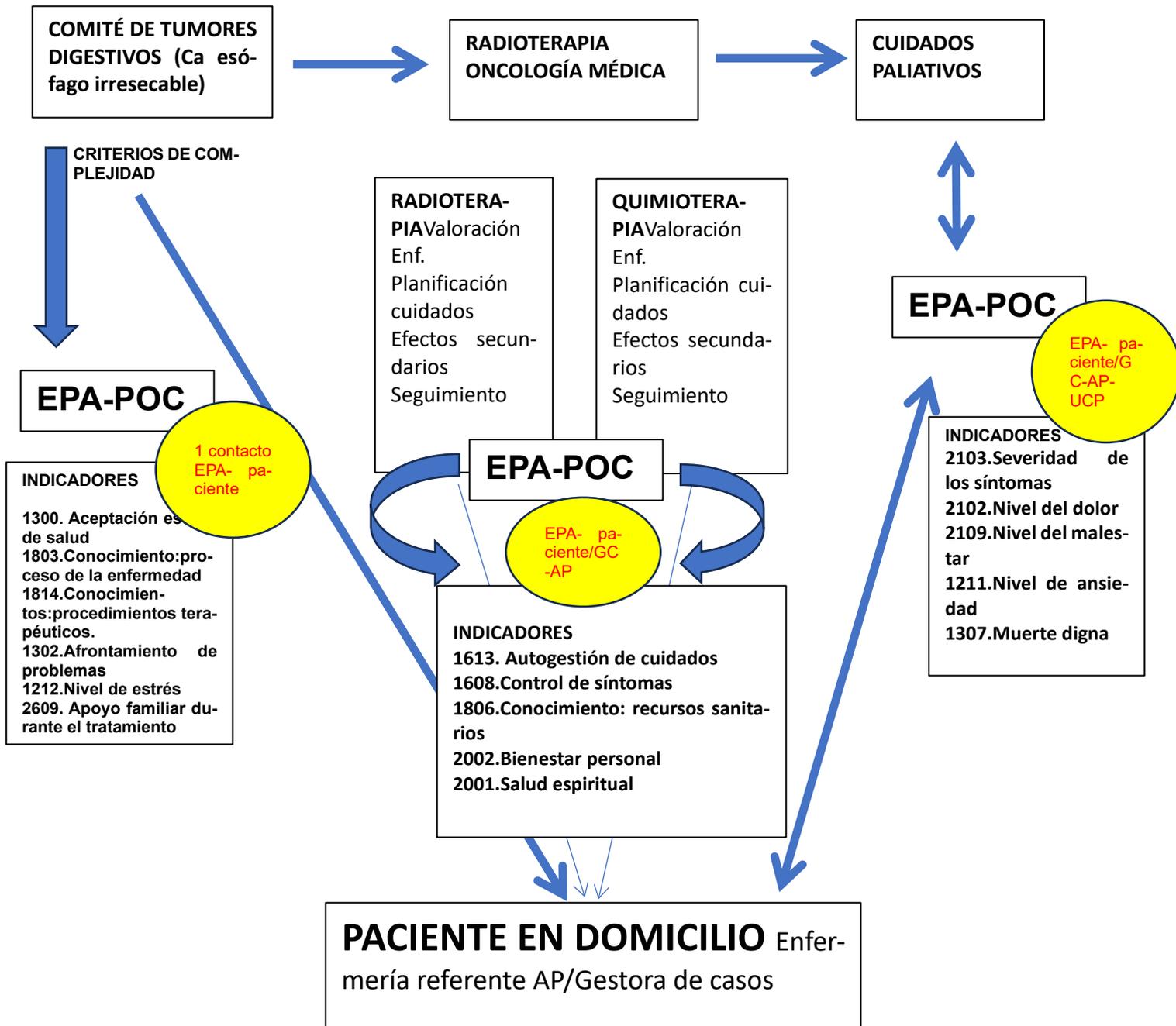
Desde la presentación del paciente en el comité hasta su primera cita en oncología pasará aproximadamente de 7-10 días, esa primera cita será en la consulta de radioterapia donde el radio-terapeuta valorará al paciente, informará del tratamiento y se hará el TAC de simulación. Pasarán 15 días de ese TAC de simulación hasta la primera cita donde se inicien las sesiones de radioterapia.

Paralelamente el paciente debe ser valorado por oncología médica, su cita tiene que estar asegurada para que el oncólogo médico le haya valorado, informado de su tratamiento e inicie el mismo de forma concomitante con las sesiones de radioterapia.



Esquema 1. Circuito del paciente con ca de esófago en nuestro servicio.

Como se ha mencionado anteriormente el paciente es derivado a la EPA-POC desde el mismo comité, así desde ese momento iniciará la coordinación y colaboración con el equipo interdisciplinar y con el paciente.



Esquema 2. Circuito del paciente y actuación de la EPA-POC

La primera consulta con el paciente tendrá lugar en el periodo de tiempo que pasa desde que el paciente es presentado en el comité y su primera cita en el servicio de radiología oncológica,

en ella valorará el grado de conocimiento del proceso de enfermedad, conocimiento sobre el tratamiento, gestión familiar del proceso oncológico, planificación de cuidados y coordinará el proceso asistencial

Además, coordinará y gestionará el plan terapéutico de forma personalizada, asegurando la continuidad asistencial y la accesibilidad a los servicios profesionales que intervienen en el proceso ( endoscopia digestiva, RT, oncología médica...)

Una vez que el paciente es visto por oncología radioterápica y oncología médica será el segundo contacto del paciente con la EPA-POC, en esa segunda cita realizará una valoración integral y planificará un programa de autocuidados para la prevención y atención de los efectos secundarios del tratamiento. Realizará un seguimiento proactivo para detectar precozmente signos y síntomas, resolver dudas y disminuir el temor. Para ello estará en contacto con la enfermera de consulta de radioterapia y enfermera de consulta de oncología para cuidados más específicos. Además, contribuirá a mejorar el afrontamiento individual y familiar , estará en contacto con la psicooncologa para ayudar en este proceso.

Iniciará contacto con la gestora de casos de AP para continuidad de cuidados en el domicilio

Una vez terminado el tratamiento concomitante de RT Y QT , el paciente seguirá su protocolo de revisiones e iniciará el proceso de continuidad de cuidados con el equipo de AP , siendo la gestora de casos de AP la referente y el enlace entre niveles AH y AP además de ejercer de referente en la atención de cuidados paliativos en el domicilio.

La EPA -POC realizará su última valoración del paciente en este momento, esta valoración será esencial en la trasferencia de cuidados para la continuidad de cuidados en domicilio y que la gestora de casos pueda establecer los criterios necesarios para la intervención de los equipos de soporte de cuidados paliativos avanzados domiciliarios en el momento adecuado.

El cáncer de esófago irresecable presenta desafíos complejos, el plan de actuación tiene como objetivo promover la atención centrada en el paciente, aliviar el sufrimiento, mejorar la comunicación y fomentar un entorno de apoyo que aumente su calidad de vida. Para ello es necesario el apoyo emocional, el seguimiento de los efectos secundarios relacionados con el tratamiento, pero también manejar los síntomas que aparecen desde el inicio y que le acompañan en todo el proceso como son el dolor y el estado nutricional del paciente, dado que este puede verse comprometido por la localización y la forma de presentación de la enfermedad. Solo aquellos pacientes con un estado nutricional adecuado alcanzarán el máximo beneficio con el tratamiento de la enfermedad avanzada. La mayoría de estos pacientes presentan desnutrición al inicio del tratamiento, a veces dicha desnutrición constituye una amenaza más inmediata que los efectos locales del tumor.

Además, la terapia nutricional es un elemento importante en el cuidado paliativo oncológico, su finalidad es preservar el peso y la composición corporal, previene el fallecimiento secundario a la desnutrición, control de síntomas digestivos, disminuye el riesgo de infección y mejora la calidad de vida. Una valoración inicial permitirá establecer intervenciones nutricionales de apoyo de acuerdo con el pronóstico de vida del paciente<sup>13</sup>.

Está ampliamente justificado la necesidad de un abordaje del estado nutricional desde el inicio del diagnóstico y un seguimiento en todas las fases del proceso.

## **Nutrición y Cáncer**

Nutrición y cáncer están ligados ampliamente; la dieta es un factor que puede contribuir a la prevención del cáncer y por otro lado el cáncer y su tratamiento pueden ocasionar riesgo o desnutrición propiamente dicha<sup>14</sup>

Existe multicausalidad en el paciente oncológico que pueden ocasionar alteraciones nutricionales, algunas de ella relacionadas con el propio paciente; antecedentes, comorbilidades, hábitos dietéticos, entorno social y familiar, otras derivadas del tumor; localización, estadio, síntomas, y otras relacionadas con el tratamiento; efectos de la RT y QT.

La mayoría de los tratamientos oncológicos ocasionan entre sus efectos adversos problemas gastrointestinales, mucositis, xerostomía , diarrea, náuseas, vómitos, y más aún si se combina con RT; esofagitis, enteritis, dolor torácico...todo ello repercute en el estado nutricional del paciente<sup>15</sup>. Los pacientes oncológicos se pueden considerar uno de los grupos de población con mayor riesgo de desnutrición.<sup>16</sup>

Con independencia de tipo de tumor y estadio , la desnutrición es uno de los factores que contribuye a aumentar la morbimortalidad del paciente oncológico, está asociada a una peor calidad de vida , a una mayor toxicidad de los tratamientos, ocasionando una menor efectividad de los mismo y provocando más y más duraderas estancias hospitalarias.<sup>17</sup>

No existe duda sobre la influencia de la nutrición en el paciente oncológico pero la bibliografía disponible no concreta cual sería la intervención que se debería implantar, existiendo gran variabilidad en los protocolos asistenciales.<sup>18</sup>

La Sociedad Europea de Nutrición y Metabolismo (ESPEN)<sup>19</sup>, en una de sus últimas guías sobre nutrición en el paciente oncológico establece que, para llevar una detección del riesgo nutricional , terapia nutricional y seguimiento de resultados, cada institución debe de elaborar sus propios protocolos, y concretar un control de calidad. Además, que las intervenciones de dicho protocolo tienen que ser realizadas por un equipo multidisciplinar y que en ese equipo debe estar enfermería.

Enfermería es el profesional que pasa más tiempo junto al paciente oncológico durante su proceso, controla el hábito alimenticio del paciente, como afecta su enfermedad en esos hábitos, que repercusión tienen los efectos secundarios del tratamiento y sigue toda la evolución, además son los encargados de notificar síntomas que indiquen alteración del estado nutricional y participa del consejo dietético así como en el manejo de la nutrición enteral y parenteral si fuese necesaria, por ello tiene un papel fundamental en el desarrollo de cribado y seguimiento nutricional.

Ese cribado y seguimiento debe ser realizado mediante la aplicación de escalas validadas y valoración de distintos indicadores de desnutrición.

La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR) y la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral (SENPE) ya en 2008 publicó en las Guías Multidisciplinares sobre el manejo de la nutrición de paciente con cáncer hacer uso del MST como cribado nutricional, por ser una herramienta fácil de aplicar, fiable y válida en el contexto del paciente oncológico adulto<sup>20</sup>.

Después de detectar el riesgo de desnutrición es importante una valoración completa, por ello proponen la valoración global subjetiva como método apropiado de evaluación del estado nutricional. La VGS-GP es una herramienta válida, fiable, con una alta sensibilidad y especificidad, que combina datos cualitativos y semi-cuantitativos. Consta de dos partes; una que cumplimenta el paciente, donde aparecen datos de su ingesta diaria, síntomas, capacidad funcional y su historia clínica, y otra parte que contiene signos físicos que cumplimenta el médico. Clasifica al paciente en distintos estados nutricionales que indican la necesidad de intervención. La aplicación de esta escala debería realizarse antes de iniciar el tratamiento, en los inicios del diagnóstico, para garantizar una intervención nutricional inicial y prevenir complicaciones. Y además su utilización sistemática permite valorar resultados de intervenciones aplicadas<sup>21</sup>.

Aunque el tema sobre seguimiento nutricional en el paciente oncológico es importante los estudios que aparecen en muestras amplias son escasos, y como se ha mencionado la valoración sistemática en la práctica no suele estar instaurada de una forma homogénea.

El paciente con cáncer de esófago presenta desnutrición en un 60% de los casos<sup>22</sup>

En nuestro servicio, los pacientes con ca de esófago irresecable son derivados desde el comité de tumores a endoscopia digestiva para PEG y consecuentemente al servicio de nutrición para asegurar un soporte nutricional adecuado antes de iniciar tratamiento.

El paciente irá a domicilio con información sobre cuidados de PEG y sistema de alimentación.

Nutrición seguirá evolución del paciente hasta consolidación de alimentación por sonda y controlará mensualmente al no ser que haya algún problema

La EPA-POC seguirá al paciente desde ese momento hasta que finalice el proceso en oncología. Estará en contacto con GC ambulatoria para continuidad de cuidados.

A pesar de que el paciente pasa por distintos profesionales que valoran y siguen su estado nutricional, este seguimiento no está establecido ni consolidado, lo que ocasiona que no se obtengan los efectos deseados; corregir el déficit nutricional, proporcionar una vía de alimentación enteral temprana, reducir la pérdida de peso, evitar los efectos secundarios de la desnutrición, mejorar la respuesta al tratamiento, disminuir las complicaciones y aumentar su calidad de vida.

Por ello se propone; Incorporar seguimiento nutricional en el circuito de atención de la EPA-POC a pacientes con ca de esófago irresecable que consiga mantener un equilibrio de nutrientes adecuado. Valorar la repercusión de este en la calidad de vida del paciente.

## **HIPÓTESIS**

Instaurar una intervención de seguimiento nutricional por la EPA-POC mantendrá un estado nutricional adecuado y aumentará la percepción de calidad de vida en el paciente con ca de esófago irresecable.

## **OBJETIVOS**

### - Objetivo General

Incorporar un seguimiento nutricional en el circuito de la EPA-POC y valorar su efectividad en el estado nutricional del paciente con ca esófago irresecable

### - Objetivos específicos

Mantener el equilibrio nutricional adecuado a las necesidades corporales en pacientes con ca de esófago irresecable

Establecer una ingesta de nutrientes / líquidos adecuada

Mantener una relación peso /talla adecuados

Mantener un estado adecuado de energía para que el paciente pueda hacer las actividades de su vida diaria.

Determinar al grado de satisfacción de los pacientes con el seguimiento nutricional llevado a cabo por la EPA-POC.

## **MÉTODO**

Estudio cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal sin grupo control. Con propósito explicativo.

- Se pretende ver la efectividad de una intervención de seguimiento nutricional (Anexo I) incorporada a la actividad de la EPA-POC (Esquema 2) en pacientes con ca de esófago que van a recibir tratamiento con RT y QT concomitante.
- Dicha intervención de seguimiento constará de varias visitas al paciente que se iniciaran en el momento del diagnóstico , cuando el paciente es derivado a la EPA desde el subcomité de tumores, se valorará el estado nutricional con la escala de valoración global subjetiva VGS-GP (Anexo II) y se implantarán las medidas para mantenerlo dentro de los valores adecuados; consejos dietéticos, derivación a nutrición, derivación para PEG, control de cuidados y manejo de alimentación enteral, control de síntomas derivados del tratamiento.
- Se transferirán cuidados a GC ambulatoria para continuidad de cuidados
- Se establecerá circuito telefónico para dudas o problemas

Dicha valoración nutricional se repetirá en cada sesión conjunta de RT y QT.

Además, al final de la intervención se pasará un cuestionario para valorar el grado de satisfacción con la atención recibida , cuestionario CSQ-8 (Anexo III), el cuestionario se basa en 8 preguntas que deben responder los pacientes o familiares al final de su estancia en el servicio sobre la base de una escala análogo-visual. Cada pregunta se evalúa entre 1 y 4 puntos y la satisfacción está directamente relacionada con el número de puntos, de modo que la suma de lugar a una variable semicuantitativa que toma valores entre 8 y 32 puntos. Nos permitirá saber el grado de satisfacción percibida por el paciente o su cuidador.

### **Ámbito y periodo.**

Servicio de oncología del hospital universitario Torrecardenas de Almería

Periodo: desde enero de 2024 a enero de 2026

### **Población.**

Pacientes diagnosticados de cáncer de esófago no quirúrgico que van a iniciar el proceso terapéutico con RT y QT concomitante captados desde el comité de tumores digestivos y derivados a la EPA-POC.

- Criterios de inclusión: Pacientes con cáncer de esófago irresecable derivados a la EPA-POC desde el comité y que vayan a recibir tratamiento con RT y QT
- Criterios de exclusión:
  - o Pacientes diagnosticados de ca de esófago irresecable que no vayan a recibir tratamiento y sean derivados unidad de cuidados paliativos.

- Pacientes que rechacen el servicio de la EPA-POC

## **Variables**

- Dependientes:

1. Puntuación obtenida en el cuestionario VSG-GP: Cuestionario autoadministrado que consta de dos partes diferenciadas. Una que tiene en cuenta la pérdida de peso, datos de la historia clínica como es el diagnóstico, tratamientos actuales y medicación recibida, y analíticos como la albúmina y prealbúmina. También se involucra al propio paciente quien completa la parte referente a los síntomas presentes, el tipo de alimentación y actividad cotidiana que realiza. Requiere de una exploración física exhaustiva para detectar disminución de masa muscular, grasa y presencia de edemas.  
Clasifica al paciente en A: normonutrido; B: riesgo nutricional o desnutrición moderada; y C: desnutrición grave.
2. Puntuación obtenida en el cuestionario CSQ-8

- Independientes:

1. Socio demográficas: edad (variable numérica medida en años); sexo (variable cualitativa : hombre/mujer).

## **Recogida y análisis de datos**

- El paciente será captado en la derivación del subcomité digestivo a la EPA.
- Se hará un primer contacto telefónico con el paciente donde se presentará la figura de la EPA-POC y se le dará su primera visita física en la consulta (agenda programada de la EPA-POC)
- En esa primera consulta ,además de la valoración e intervenciones establecidas, se explica el objetivo del estudio, la dinámica de la intervención (Anexo I) y si acepta o no participar. Se le entrega hoja informativa del estudio y consentimiento informado. (Anexo IV)
- Se explica cómo hacer el cuestionario VSG-GP y el propósito de este.
- La recogida de datos se obtiene de la entrevista, del registro clínico y del cuestionario VSG-GP, en esa primera visita y en las posteriores.

- En la 6ª consulta se entregará encuesta de satisfacción (CSQ-8) que rellenará y entregará en la próxima.
- Los datos serán almacenados en una base de datos Access creada para el estudio y después serán volcados al programa SSPP para su análisis e interpretación (Tabla 1).
- Los datos recogidos sobre las variables dependientes e independientes mencionadas en este estudio se registrarán en una base de datos anonimizada, construida para tal fin y procesadas estadísticamente mediante el programa estadístico SPSS v21.

En primer lugar, para identificar el estado nutricional y el grado de satisfacción de los pacientes, se realiza un análisis estadístico descriptivo de cada una de las variables de la base de datos, para ello en el caso de las variables cualitativas se presenta una tabla de frecuencias (número de casos y porcentaje) y como representación gráfica el gráfico de barras. Para el caso de las variables cuantitativas se presentará para cada una de ellas: media, mediana, desviación típica, mínimo y máximo y como representación gráfica el diagrama de caja y bigotes.

Para determinar la efectividad de la intervención de seguimiento en el estado nutricional de los pacientes se realizará test ANOVA de Medidas Repetidas, donde el factor intrasujetos es el tiempo (mediciones al inicio, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª y 7ª visita). Como covariable se podrán considerar otras variables que puedan influir en los resultados como pueda ser la edad del paciente.

PACIENTE an	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	VSG-GP (inicio)	VSG-GP 2ª visita	VSG-GP 3ª visita	VSG-GP 4ª visita	VSG-GP 5ª visita	VSG-GP 6ª visita	VSG-GP 7ª visita	CSQ-8

Tabla 1. Recogida de datos

## ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Previo al inicio, el proyecto será enviado al Comité de Ética de investigación del hospital universitario de Torrecardenas para su aprobación.

Los pacientes serán informados del objetivo del estudio, de la dinámica del seguimiento; se les aportará hoja informativa y consentimiento informado.

Se respetará la protección de la confidencialidad de los participantes siguiendo la recomendación del artículo 21 de la Declaración de Helsinki (2004) y la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 del 13 de diciembre. Y, por último, se llevará a cabo el cumplimiento de las directrices estipuladas en la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, en la cual se regulan los derechos del paciente en cuanto a la información y la necesidad del consentimiento informado, respetando siempre el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, así como la protección de la historia clínica.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

- La principal limitación del estudio será el tamaño muestral , ya que el cáncer de esófago constituye solo el 7% de los tumores digestivos, no obstante, el 75% de estos son clasificados como no quirúrgicos en el momento del diagnóstico. Además, la muestra también se puede ver afectada por el abandono por parte de los participantes una vez iniciado el seguimiento debido al progreso de la enfermedad que haga que abandonen el tratamiento oncológico. Para disminuir esta limitación se puede ampliar el tiempo de estudio hasta conseguir un tamaño muestral más amplio o ampliar la muestra a otras patologías digestivas que cursen con similar situación como pueden ser los pacientes con ca de esófago localmente avanzado , ca gástrico avanzado que inicien tratamiento con RT/QT neoadyuvante.
- Otro sesgo asociado al diseño es la ausencia de un grupo control sin tratamiento con el que poder evaluar la efectividad de la intervención, pero se considera poco ético no proporcionar el seguimiento nutricional a un grupo de pacientes.
- Para evitar sesgo de información la EPA-POC se formará en la utilización del cuestionario VSG-GP.

## **PLANIFICACIÓN OPERATIVA**

Duración del estudio y cronograma: El estudio de inicio tendrá una duración de 2 años

- Actividad 1: 4 meses
  - Presentación del proyecto al comité de ética del hospital
  - Presentación del proyecto a los servicios implicados, oncología radioterápica, oncología médica, digestivo, nutrición.

- Se reunirán a las gestoras de casos ambulatorias para información del proyecto
- Se elaborará la base de datos con la colaboración del servicio de informática del hospital.
- Se preparará consentimientos informados y cuestionarios ( VGS-GP y CSQ-8)
- Actividad 2: 17 meses
  - Captación de pacientes e inicio de seguimiento nutricional
  - Cumplimentación en base de datos
- Actividad 3: 3 meses de duración  
Análisis estadístico de resultados , con la colaboración del personal de FIBAO del hospital.

ACTIVIDADES	MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
	Presentación proyecto comité Ética																								
Presentación proyecto a servicios implicados																									
Elaboración base de datos																									
Preparación cuestionarios, consentimiento....																									
Captación de pacientes																									
Seguimiento/Recogida de datos																									
Cumplimentación en base de datos																									
Análisis de datos																									
Resultados																									
Conclusiones																									

Tabla 2. Cronograma

## RELEVANCIA Y APLICABILIDAD

Con la bibliografía consultada, podríamos afirmar que con independencia de si el objetivo del tratamiento oncológico es la curación o la paliación, la valoración nutricional inicial y la intervención rápida son esenciales.

En pacientes con cáncer de esófago, donde la disfagia es el síntoma más frecuente, al inicio y durante todo el proceso, el estado de nutrición puede comprometerse rápidamente por los efectos locales y sistémicos de la enfermedad además de los efectos de la terapéutica antineoplásica.

Es por lo que, además de la detección e intervención tempranas, el seguimiento y la evaluación durante todas las fases del tratamiento son fundamentales para lograr o mantener el estado nutricional del paciente.

En pacientes con cáncer en estadios avanzados e irresecables, donde el tratamiento con RT y QT tiene como objetivo disminuir la sintomatología y aumentar la calidad de vida , el apoyo nutricional podría contribuir a ello.

Sería interesante consensuar y/o establecer un protocolo de evaluación del estado nutricional desde el diagnóstico para corregir el déficit nutricional, proporcionar una vía de alimentación enteral temprana, reducir la pérdida de peso, evitar los efectos secundarios de la desnutrición, mejorar la respuesta al tratamiento, disminuir complicaciones , aumentar la supervivencia y la calidad de vida.

Interesante también explorar la posibilidad de ampliar dicho seguimiento a pacientes con otras patologías donde el estado nutricional pueda verse comprometido.

Importante destacar el papel de la EPA-POC en ese seguimiento nutricional del paciente desde un enfoque multidisciplinar.

## **EQUIPO Y PRESUPUESTO.**

- Enfermero investigador principal (EPA-POC): Será la encargada de llevar a cabo el proyecto dentro del cronograma anteriormente descrito. Realizará las actividades de planificación, información, ejecución. Analizará los resultados y conclusiones.
- Colaboradores: oncólogo radioterapeuta, oncólogo médico, nutrición; serán consultados y colaborarán en la toma de decisiones sobre recomendaciones nutricionales en distintos momentos del seguimiento.

Enfermera gestora de casos ambulatoria: colaborará en continuidad de cuidados.

## **MEDIOS Y RECURSOS DISPONIBLES**

- En cuanto al material se utilizará los recursos disponibles en el servicio de oncología de hospital.
  - o Consulta de EPA-POC; espacio físico donde se realizará la entrevista con el paciente y seguimiento, ordenador de la consulta, fotocopidora del servicio.
  - o Material bibliográfico: Acceso a la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz.
  - o Personal: Apoyo del servicio de informática del hospital para realización de base de datos. Apoyo del servicio de FIBAO para asesoramiento en análisis estadístico

## BIBLIOGRAFÍA

1. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Disponible en: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
2. GLOBOCAN 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
3. A.P. Thrift. The epidemic of oesophageal carcinoma: where are we now. *Cancer Epidemiol.*, 41 (2016), pp. 88-95
4. Cáncer de esófago - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/esofago>
5. J.H. Rubenstein, N.J. Shaheen. Epidemiology, diagnosis, and management of esophageal adenocarcinoma. *Gastroenterology.*, 149 (2015), pp. 302-317  
<http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2015.04.053> | [Medline](#)
6. American Joint Committee on Cancer. Esophagus and Esophagogastric Junction. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8<sup>th</sup> ed. New York, NY: Springer; 2017:185.
7. Ezinger PC, Mayer RJ. Esophageal Cancer. *N Engl J Med* 2003;349:2241-2252.
8. Griffin SM, Shaw IH, Dresner SM. Early complications alter Ivor Lewis subtotal esophagectomy with two field lymphadenectomy: Risk factors and management. *J Am Coll Surg* 2002;194:285
9. JL López , R. Molina. Tumores digestivos I: esófago, estómago páncreas e hígado M. GonzálezBarón , A. Ordóñez , J. Feliu , P. Zamora , E. Espinosa (Eds.) , Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del enfermo con cáncer ( 2ª ed. ) , Editorial Médica Panamericana , Madrid ( 2007 ) , págs. 129 - 135
10. Kaiser, L., Kucharczuk, J., Rascoe, P., Esophagus: Tumors and Injury. *Greenfield's: Surgery Scientific Principles and Practice*, Capítulo 42, 5ta Edición, año 2011  
Cohen A, Nirenberg A. Current practices in advance care planning: implications for oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2011; 15(5):547-53. PubMed ID: 21951741
11. EPA-POC. Plan Integral de Oncología de Andalucía. 2018.[www.picuida.es](http://www.picuida.es)
12. Valentin V, Murillo MT, Valentin M. Continuous care in the cancer patient; palliative care in the 21st century. *Revista de Oncología*, 6 (2004), pp. 448-58
13. Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, Collo A, Riso S, On Behalf Of The Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer null. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*. 2021;13(2). DOI:10.3390/nu13020306
14. Otero España N, Liébana Presa, Andina Díaz E. Relación entre la calidad de vida y la intervención nutricional en el paciente oncológico y con un diagnóstico de cáncer: una revisión sistemática. *Nuberos cietífica*.2019; 3(28):44-49. Disponible en: <https://bit.ly/2PnMKWJ>
15. Fort Casamartina E, Arribas Horiguela L, Bleda Pérez C, Muñoz Sánchez C, Peiro Martinez I et al. Interacción entre tratamientos oncológicos y soporte nutricional. *Nutr Hosp*.2016;33: 50-57

- Alonso S, Soto M, Alonso J, Del Riego A, Miján A. Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. *Nutr. Hosp.* 2014;29: 259-268.
16. Villarejo Aguilar, L. Efectividad de una Intervención personalizada sobre el estado nutricional del paciente oncológico mediante asesoramiento y consejo dietético en la consulta programada de AP. Biblioteca Lascasas. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/34jzXJi>
  17. Alonso S, Soto M, Alonso J, Del Riego A, Miján A. Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. *Nutr. Hosp.* 2014;29: 259-268. Joaquín C .Análisis de las guías en oncología. *Nutr. Hosp.*2016;33(supl.1):40-49. Disponible en <http://bit.ly/2ssPO6v>.
  18. Llopis Salvia P, Luna Calatayud P, Avellana Zaragoza JA, Bou Monteverde R. Organización y funcionamiento de la nutrición hospitalaria; el modelo implantado en el Hospital Universitario de la Ribera. *Nutr. Hosp.*2012; 27(2):529-536. Disponible en: <https://bit.ly/30qPh6x>
  19. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Brthelemy N, Bertz H, Bozzetti F et all. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients.*Cli.Nutr.*2017;36(1):11-48.
  20. Calmbor M, Oncón MJ, Luengo LM, Virizuela JA, Sendros ML, CerveraM et all. Soporte nutricional y nutrición parenteral en el paciente oncológico; informe de consenso de un grupo de expertos. *Nutr Hosp.* 2018, 35(1):224-233. Disponible en ; <https://bit.ly/39WssL4>
  21. Pereira L, Da Anunciacao TA,Varjao ML. Nutrition Assessment of oncology elderly by different metthods. *Rev.Bas. Cancerol.*2018; 64(2):205-211. Disponible en: <https://bit.ly/3aXIIITW>
  22. Short MW, Burgers KG, Fry VT. Esophageal Cancer. *Am Fam Physician.* 2017 Jan 1;95(1):22-8. 4. De Las Peñas R, Majem M, Pérez Altozano J, Virizuela JA, Cáncer E, Diz P, et al. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). *Clin Transl Oncol.* 2019 Jan;21(1):87-93.

## ANEXOS

### SEGUIMIENTO NUTRICIONAL. (Anexo I)

El seguimiento propuesto consta de una serie de intervenciones en distintos momentos del circuito del paciente desde el momento del diagnóstico hasta que acaba el tratamiento (RT y QT) y es derivado al equipo de soporte y continuidad de cuidados.

El esquema de tratamiento en el servicio de oncología será : sesiones de RT durante 5 semanas ( 5 días por semana) y QT semanal , 1 día en la semana que coincidirá con la sesión de RT.

Además, desde el comité el paciente será derivado a consulta de endoscopia digestiva para posibilidad de gastrostomía endoscópica percutánea intentando asegurar un soporte nutricional adecuado.

#### 1ª VISITA EPA-POC (Primeras semanas desde la derivación antes de iniciar RT/QT)

En este momento el paciente presentara disfagia derivada de su proceso tumoral, como se ha mencionado es el síntoma más frecuente y le provoca una disminución de la ingesta y un deterioro general.

- Valoración nutricional con el cuestionario VSG-GP
- Control analítico ( albúmina, prealbúmina, ferritina)

Diagnóstico : 00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Resultados /Indicadores	Intervenciones
1004. Estado Nutricional Ingesta de nutrientes (100408) Ingesta de líquidos (100408) 1007.Estado Nutricional: energía Energía (100701) Tono muscular (100708)	1120.Terapia Nutricional

#### Actividades:

Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica

Recomendar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente

Animar al paciente a que seleccione alimentos semiblandos/ blandos dependiendo del grado de disfagia.

Recomendar la actividad física (deambulaci3n o realizaci3n de actividades de la vida diaria), coherente con los recursos energ3ticos del paciente.

Instruir al paciente y/o a los allegados a reconocer los signos y sntomas de fatiga que requieran una disminuci3n de la actividad

Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energ3ticos adecuados

Elegir suplementos nutricionales, seg3n corresponda

Instruir al paciente y a la familia sobre la dieta prescrita

Determinar la necesidad de alimentaci3n enteral por sonda

Seguimiento telef3nico para dudas o problemas

## 2ª VISITA DE LA EPA-POC:

Paciente ingresado en planta de digestivo para gastrostomía endosc3pica subcutánea (PEG). Momento del alta a domicilio.

Resultados /Indicadores	Intervenciones
1004. Estado Nutricional Ingesta de nutrientes (100408) Ingesta de líquidos (100408)	1056. Alimentaci3n enteral por sonda  1120. Terapia Nutricional
1007.Estado Nutricional: energía Energía (100701) Tono muscular (100708)	

Actividades:

Comprobar y reforzar con el paciente y el cuidador conocimiento y adquisici3n de habilidades sobre:

- Cuidados de cavidad oral y estoma
- Cuidados diarios de gastrostomía
- Cuidados específcos con la nutrici3n y medicaci3n
- Conocimientos para detectar complicaciones

Comprobar con el paciente y a la familia instrucciones de como administrar alimentación enteral.

Reforzar consejos dietéticos

Ayudar al paciente a organizar sus actividades diarias y priorizarlas.

Ayudar al paciente a identificar las tareas que pueden ser realizadas por los familiares y amigos en casa para evitar o aliviar la fatiga

Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional

Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.

Establecer canal de comunicación con enfermera de Nutrición para control de posibles alteraciones con alimentación enteral ( diarrea, vómitos, estreñimiento...)

Transferir continuidad de cuidados y seguimiento del paciente a GC ambulatoria

Ofrecer contacto de la EPA-POC para dudas o problemas.

Seguimiento telefónico 48horas y semana del alta

### **3ª VISITA DE LA EPA-POC: Inicio de tratamiento con RT/QT**

- Reevaluación de estado nutricional (VSG-GP)
- Analítica previa para iniciar tratamiento se ampliará con datos bioquímicos de nutrición (albúmina, prealbúmina, ferritina)

<b>Resultados /Indicadores</b>	<b>Intervenciones</b>
1004. Estado Nutricional Ingesta de nutrientes (100408) Ingesta de líquidos (100408)	1056.Alimentación enteral por sonda 1120. Terapia Nutricional 0180.Manejo de la energía
1007.Estado Nutricional: energía Energía (100701) Tono muscular (100708)	5440. Aumentar los sistemas de apoyo 6600.Manejo de la RT 2240.Manejo de la QT
1608.Control de síntomas	

Intervenciones:

Observar si se producen anorexia, náuseas, vómitos, cambios en el sentido del gusto, esofagitis y diarrea en el paciente, según corresponda.

Monitorizar la eficacia de las medidas para controlar las náuseas y vómitos

Administrar fármacos para controlar los efectos secundarios (p. ej., antieméticos para las náuseas y los vómitos) a demanda

Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios electrolíticos

Monitorizar la existencia de signos de infección de la mucosa bucal

Instaurar actividades de restablecimiento de la salud bucal, como uso de saliva artificial, estimulantes de la salivación, aerosoles bucales sin alcohol, caramelos sin azúcar y tratamientos con flúor

Monitorizar el nivel de fatiga pidiendo al paciente que la describa

Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de períodos de descanso frecuentes, distanciar las actividades y limitar las demandas diarias

Fomentar una dieta terapéutica, para evitar complicaciones, estando en contacto con servicio de nutrición

Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación

Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Como el paciente acude diariamente a su sesión de RT se ofrece la consulta de la EPA-POC para apoyo o solución de dudas.

Trasferencia de cuidados para continuidad con la GC ambulatoria

**4ª-5ª-6ª VISITA DE LA EPA-POC:** Visitas que coinciden con cada ciclo de RT y QT concomitante .

- Valoración nutricional con el cuestionario VSG-GP
- Análítica previa para iniciar tratamiento se ampliará con datos bioquímicos de nutrición (albúmina, prealbúmina, ferritina)
- Seguimiento de intervenciones :

1056. Alimentación enteral por sonda

1120. Terapia Nutricional

0180. Manejo de la energía

5440. Aumentar los sistemas de apoyo

6600. Manejo de la RT

2240. Manejo de la QT

**7ª VISITA DE LA EPA-POC:** Una semana después de terminar tratamiento

- Valoración nutricional con el cuestionario VSG-GP
- Transferencia de cuidados a GC domiciliaria.

\*\*En todos los consejos dietéticos habrá que tener en cuenta los requerimientos energéticos del paciente. Los requerimientos energéticos de los pacientes oncológicos, en principio, y si no se realizan medidas individualizadas (calorimetría indirecta), se deben considerar semejantes a los de las personas sanas (25-30 Kcal/kg/día) En cuanto a los requerimientos proteicos deberían ser de entre 1 (mínimo) y 1,2-1,5 g/kg/día y en el caso de existir catabolismo proteico podría aumentarse a 2 g/kg/día.

## **ESCALA DE VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE VGS-GP. (Anexo II)**

La escala VGS-GP , es un sistema desarrollado para cuantificar el riesgo de malnutrición o el impacto sobre el estado nutricional. Nos permite identificar a los pacientes con malnutrición y valorar los resultados de intervenciones nutricionales aplicadas

Este cuestionario se puede realizar en pacientes hospitalizados y ambulatorios así como en el propio domicilio.

En la VGS-GP se involucra al propio paciente en la evaluación, de forma que éste cumplimenta la primera parte del cuestionario, que está referida a la historia clínica, mientras que el profesional rellena el resto de la valoración, que es la parte que hace referencia a los signos físicos

En la primera parte que debe cumplimentar el paciente aparecen datos referidos al peso, ingesta habitual , síntomas y capacidad funcional.

La segunda que debe rellenar el profesional son datos sobre la exploración del paciente. Una simple inspección de este no suele ser suficiente para determinar el déficit nutricional así que esa exploración física debe ser protocolizada; los aspectos principales a tener en cuenta son la evaluación de la grasa, músculo y estado de hidratación del paciente.

- Evaluación de la grasa: Se debe evaluar explorando las zonas habituales del cuerpo que contienen tejido graso, como la zona inferior del ojo y la parte posterior del brazo, también se puede realizar una exploración en la región intercostal. Una pérdida del tejido adiposo subcutáneo va a indicar un déficit energético importante.

En pacientes obesos estos signos no están tan claros y debe tenerse en cuenta en su historia una pérdida de peso importante.

- Masa muscular: Se debe tener en cuenta el tono y la funcionalidad. La musculatura de la parte superior suele ser más susceptible de afectación cuando existe un déficit nutricional. Las zonas a tener en cuenta son la región temporal, escápula y clavículas que estarán prominentes es estado de déficit, zona interdigital , muslos o zona gemelar.
- Balance hídrico: Importante porque además de conocer el estado de hidratación del paciente, la situación oncótica que va a determinar el nivel de proteínas séricas y la composición corporal. Además, el acúmulo de fluidos puede indicar mal funcionamiento de distintos órganos.

Lo que se va a valorar es la turgencia de la piel y la presencia de ascitis.

Destacar que un aumento de la turgencia en la mayoría de los casos se relaciona con edema, el edema puede aparecer en distintas situaciones clínicas no solo en la malnutrición, como la insuficiencia renal o cardiaca o en enfermedades vasculares. Para valorar el edema hay que tener en cuenta la zona del tobillo y región pretibial.

En cuanto a la ascitis, igual que el edema, hay que tener en cuenta que puede aparecer en otras situaciones clínicas no solo en la malnutrición como puede ser el fallo hepático o carcinomatosis peritoneal

Cada uno de los apartados se valora como leve, moderado o severo y con los datos de todos ellos se clasifica a los pacientes en tres grupos:

- CATEGORÍA A: Pacientes con un adecuado estado nutricional.
- CATEGORÍA B: Sospecha de malnutrición o malnutrición moderada
- CATEGORÍA C: Pacientes que presentan una malnutrición severa.

HISTORIAL		A RELLENAR EXCLUSIVAMENTE POR EL PACIENTE	
<p><b>1. Peso:</b> Consideraciones sobre mi peso actual y sobre la evolución de mi peso en las últimas semanas: En la actualidad peso alrededor de _____ kilos Mido aproximadamente _____ cm Hace un mes pesaba alrededor de _____ kilos Hace seis meses pesaba alrededor de _____ kilos Durante las dos últimas semanas mi peso: o ha disminuido, o no ha cambiado, o ha aumentado.</p> <p>(ver <b>Tabla 1</b> en la hoja de instrucciones) <input type="text"/> 1</p>		<p><b>2. Ingesta:</b> en comparación con mi estado habitual, calificaría a mi alimentación durante el último mes de: sin cambios mayor de lo habitual menor de lo habitual Ahora como: alimentos normales pero en menor cantidad de lo habitual pocos alimentos sólidos solamente líquidos solamente suplementos nutricionales muy poco solamente alimentación por sonda o intravenosa</p> <p>(consignar como marcador final la condición de más alta puntuación) <input type="text"/> 2</p>	
<p><b>3. Síntomas:</b> he tenido los siguientes problemas que me han impedido comer lo suficiente durante las últimas dos semanas (marcar según corresponda): no tengo problemas con la alimentación falta de apetito; no tenía ganas de comer náusea estreñimiento llagas en la boca los alimentos me saben raros o no me saben a nada problemas al tragar me siento lleno/a enseguida dolor; dónde? otros factores*</p> <p>** como: depresión, problemas dentales, económicos (sumar las puntuaciones correspondientes a cada uno de los síntomas indicados por el paciente)</p> <p><input type="text"/> 3</p>		<p><b>4. Capacidad Funcional:</b> en el curso del último mes calificaría mi actividad, en general, como: normal y sin limitaciones no totalmente normal, pero capaz de mantenerme activo y llevar a cabo actividades bastante normales sin ganas de hacer la mayoría de las cosas, pero paso menos de la mitad del día en la cama o sentado/a capaz de realizar pequeñas actividades y paso la mayor parte del día en la cama o sentado/a encamado/a, raramente estoy fuera de la cama</p> <p>(consignar como marcador final la condición de más alta puntuación) <input type="text"/> 4</p> <p>Suma de las Puntuaciones: 1+2+3+4 = <input type="text"/> A</p>	
El resto de este formulario será completado por su médico. Gracias.			
<p><b>1. Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales</b> (ver <b>Tabla 2</b> en la hoja de instrucciones) Diagnóstico principal (especificar) _____ Estadio de la enfermedad (indicar el estadio si se conoce o el más próximo a él): I II III IV Otro: _____ Edad _____ <input type="text"/> B</p>			
<p><b>6. Demanda Metabólica</b> <input type="text"/> C (ver <b>Tabla 3</b> en las instrucciones) sin estrés metabólico      estrés metabólico leve estrés metabólico moderado      estrés metabólico elevado</p>		<p>Puntuación Numérica <b>Tabla 2</b> = <input type="text"/> B Puntuación Numérica <b>Tabla 3</b> = <input type="text"/> C Puntuación Numérica <b>Tabla 4</b> = <input type="text"/> D</p>	
<p><b>7. Evaluación física</b> <input type="text"/> D (ver <b>Tabla 4</b> en las instrucciones)</p>			
<p><b>Evaluación Global (VGS A, B o C)</b> Bien nutrido Moderadamente o sospechosamente mal nutrido Severamente mal nutrido (ver <b>Tabla 5</b> en la hoja de instrucciones)</p>		<p><b>Puntuación Numérica Total: A+B+C+D</b> (ver recomendaciones abajo) <input type="text"/></p>	
Firma: _____ Fecha: _____			
<p><b>Recomendaciones Nutricionales:</b> La valoración cuantitativa del estado nutricional del paciente sirve para definir en qué casos se recomienda intervención nutricional incluyendo: educación nutricional del paciente y familiares, manejo de síntomas, intervención farmacológica e intervención nutricional apropiada. Una apropiada intervención nutricional requiere un apropiado manejo de los síntomas del paciente. 0-1 No requiere intervención nutricional en este momento. Volver a valorar durante el tratamiento. 2-3 Paciente y familiares requieren educación nutricional por parte de especialista en nutrición u otro clínico, con intervención farmacológica según los síntomas (recuadro 3) y la analítica del paciente. 4-8 Requiere intervención de un especialista en nutrición junto con su médico/oncólogo según los síntomas indicados en el recuadro 3. 9 Indica una necesidad crítica de mejorar el manejo de los síntomas del paciente y/o intervención nutricional/farmacológica.</p>			
© FD Ottery, 2000.			

Además, en oncología la evaluación global del paciente utiliza escalas para valorar la toxicidad de los tratamientos que se administran. Estas escalas se puntúan de 0 a 4 según el grado de toxicidad obligando a suspender o retrasar los tratamientos cuando alcanza su valor máximo. Así tendríamos : 0 ausencia de toxicidad, 1 toxicidad leve, 2 toxicidad moderada, 3 toxicidad grave y 4 toxicidad compromiso vital. De igual forma la VGS-GP es un sistema desarrollado para valorar el impacto en el estado nutricional o el riesgo de malnutrición cuando se administra tratamiento, facilitando tomar medidas de reposición nutricional.

Las instrucciones específicas para la asignación de la escala en cada uno de los puntos se detallan a continuación.

<p><b>TABLA 1 - Cuantificación de la Pérdida de Peso</b></p> <p>Sumando puntos se determinan la pérdida aguda y subaguda de peso. <b>Subaguda:</b> si se dispone de los datos de pérdida de peso durante el último mes, añadir los puntos obtenidos a los puntos correspondientes a la pérdida de peso aguda. Sólo incluir la pérdida de peso de 6 meses si no se dispone de la del último mes. <b>Aguda:</b> se refiere a los cambios de peso en las últimas dos semanas: <b>añadir 1 punto al marcador de subaguda si el paciente ha perdido peso, no añadir puntos si el paciente ha ganado o mantenido su peso durante las 2 últimas semanas</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pérdida peso en 1 mes</th> <th>Puntos</th> <th>Pérdida peso en 6 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10% o superior</td> <td>4</td> <td>20% o superior</td> </tr> <tr> <td>5-9,9%</td> <td>3</td> <td>10-19,9%</td> </tr> <tr> <td>3-4,9%</td> <td>2</td> <td>6-9,9%</td> </tr> <tr> <td>2-2,9%</td> <td>1</td> <td>2-5,9%</td> </tr> <tr> <td>0-1,9%</td> <td>0</td> <td>0-1,9%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación Total Tabla 1 = Subaguda + Aguda = <input type="text"/> A</p>	Pérdida peso en 1 mes	Puntos	Pérdida peso en 6 meses	10% o superior	4	20% o superior	5-9,9%	3	10-19,9%	3-4,9%	2	6-9,9%	2-2,9%	1	2-5,9%	0-1,9%	0	0-1,9%	<p><b>TABLA 2 – Criterios de cuantificación de Enfermedad y/o Condiciones: La puntuación se obtiene adjudicando 1 punto a cada una de las condiciones indicadas abajo, que se correspondan con el diagnóstico del paciente:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Cáncer</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• SIDA</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• Caquexia Cardíaca o Pulmonar</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• Úlcera por decúbito, herida abierta ó fistula</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• Existencia de Trauma</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>• Edad superior a 65 años</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación Total Tabla 2 = <input type="text"/> B</p>	Categoría	Puntuación	• Cáncer	1	• SIDA	1	• Caquexia Cardíaca o Pulmonar	1	• Úlcera por decúbito, herida abierta ó fistula	1	• Existencia de Trauma	1	• Edad superior a 65 años	1																																																																																																												
Pérdida peso en 1 mes	Puntos	Pérdida peso en 6 meses																																																																																																																																											
10% o superior	4	20% o superior																																																																																																																																											
5-9,9%	3	10-19,9%																																																																																																																																											
3-4,9%	2	6-9,9%																																																																																																																																											
2-2,9%	1	2-5,9%																																																																																																																																											
0-1,9%	0	0-1,9%																																																																																																																																											
Categoría	Puntuación																																																																																																																																												
• Cáncer	1																																																																																																																																												
• SIDA	1																																																																																																																																												
• Caquexia Cardíaca o Pulmonar	1																																																																																																																																												
• Úlcera por decúbito, herida abierta ó fistula	1																																																																																																																																												
• Existencia de Trauma	1																																																																																																																																												
• Edad superior a 65 años	1																																																																																																																																												
<p><b>TABLA 3 - Cuantificación del Estrés Metabólico</b></p> <p>La valoración del estrés metabólico se determina mediante una serie de variables conocidas cuya presencia produce un incremento de las necesidades calóricas y proteicas del individuo. Esta puntuación es <b>aditiva</b> de forma que un pacientes con fiebre superior a 39 °C (suma 3 puntos) y si está siendo tratado con 10 mg de prednisona de forma crónica (suma 2 puntos más), lo que hace un total de 5 puntos para el paciente en esta sección.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Estrés</th> <th>Ninguno (0)</th> <th>Leve (1)</th> <th>Moderado (2)</th> <th>Elevado (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fiebre</td> <td>sin fiebre</td> <td>37 y &lt; 38 °C</td> <td>38 y &lt; 39 °C</td> <td>39 °C</td> </tr> <tr> <td>Duración de la fiebre</td> <td>sin fiebre</td> <td>&lt; 72 horas</td> <td>72 horas</td> <td>&gt; 72 horas</td> </tr> <tr> <td>Esteroides</td> <td>sin esteroides</td> <td>dosis bajas (&lt; 10 mg prednisona o equivalente/día)</td> <td>dosis moderadas (&gt; 10 y &lt; 30 mg prednisona o equivalente/día)</td> <td>altas dosis de esteroides (30 mg prednisona o equivalente/día)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación total de la Tabla 3 = <input type="text"/> C</p>		Estrés	Ninguno (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Elevado (3)	Fiebre	sin fiebre	37 y < 38 °C	38 y < 39 °C	39 °C	Duración de la fiebre	sin fiebre	< 72 horas	72 horas	> 72 horas	Esteroides	sin esteroides	dosis bajas (< 10 mg prednisona o equivalente/día)	dosis moderadas (> 10 y < 30 mg prednisona o equivalente/día)	altas dosis de esteroides (30 mg prednisona o equivalente/día)																																																																																																																								
Estrés	Ninguno (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Elevado (3)																																																																																																																																									
Fiebre	sin fiebre	37 y < 38 °C	38 y < 39 °C	39 °C																																																																																																																																									
Duración de la fiebre	sin fiebre	< 72 horas	72 horas	> 72 horas																																																																																																																																									
Esteroides	sin esteroides	dosis bajas (< 10 mg prednisona o equivalente/día)	dosis moderadas (> 10 y < 30 mg prednisona o equivalente/día)	altas dosis de esteroides (30 mg prednisona o equivalente/día)																																																																																																																																									
<p><b>TABLA 4 - Reconocimiento Físico</b></p> <p>El reconocimiento físico del paciente incluye una evaluación subjetiva de tres aspectos de la composición corporal: tejido graso, masa muscular y estatus hídrico. Ya que se trata de una valoración subjetiva, cada aspecto del examen es cuantificado por grado de deficiencia. Déficit musculares impactan más en la puntuación final que déficit de tejido graso. Definición de categorías: <b>0 = sin déficit, 1+ = déficit leve, 2+ = déficit moderado, 3+ = déficit severo.</b> Las puntuaciones en estas categorías <b>no son aditivas</b>, pero son utilizadas para establecer clínicamente el grado de la deficiencia (ej.: presencia o ausencia de fluidos)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tejido Graso:</th> <th>0</th> <th>1+</th> <th>2+</th> <th>3+</th> <th>Estatus Hídrico:</th> <th>0</th> <th>1+</th> <th>2+</th> <th>3+</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grasa en orbitales parpebrales</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td>Edema de tobillo</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Pliegue tricipital</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td>Edema de sacro</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td>Acúmulos grasos en la cintura</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td>Ascitis</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> </tr> <tr> <td><b>Déficit Graso Global</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>1+</b></td> <td><b>2+</b></td> <td><b>3+</b></td> <td><b>Estatus Hídrico Global</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>1+</b></td> <td><b>2+</b></td> <td><b>3+</b></td> </tr> <tr> <td><b>Estatus Muscular:</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="5">La evaluación cuantitativa global del estado físico del paciente se determina mediante una valoración global subjetiva de todos los déficit corporales que presente el paciente teniendo en cuenta que <b>las deficiencias musculares pesan más que los déficit del tejido graso y éstos más que el exceso de fluidos.</b></td> </tr> <tr> <td>Músculos temporales</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td>Sin déficit</td> <td>= 0 puntos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clavículas (pectorales y deltoides)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td>Déficit leve</td> <td>= 1 punto</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hombros (deltoides)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td>Déficit moderado</td> <td>= 2 puntos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Músculos interóseos</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td>Déficit severo</td> <td>= 3 puntos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Escápula (latisimus dorsi, trapecio, deltoides)</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cuádriceps</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gastronemios</td> <td>0</td> <td>1+</td> <td>2+</td> <td>3+</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Estatus Muscular Global</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>1+</b></td> <td><b>2+</b></td> <td><b>3+</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación Total Tabla 4 = <input type="text"/></p>		Tejido Graso:	0	1+	2+	3+	Estatus Hídrico:	0	1+	2+	3+	Grasa en orbitales parpebrales	0	1+	2+	3+	Edema de tobillo	0	1+	2+	3+	Pliegue tricipital	0	1+	2+	3+	Edema de sacro	0	1+	2+	3+	Acúmulos grasos en la cintura	0	1+	2+	3+	Ascitis	0	1+	2+	3+	<b>Déficit Graso Global</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>	<b>Estatus Hídrico Global</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>	<b>Estatus Muscular:</b>					La evaluación cuantitativa global del estado físico del paciente se determina mediante una valoración global subjetiva de todos los déficit corporales que presente el paciente teniendo en cuenta que <b>las deficiencias musculares pesan más que los déficit del tejido graso y éstos más que el exceso de fluidos.</b>					Músculos temporales	0	1+	2+	3+	Sin déficit	= 0 puntos				Clavículas (pectorales y deltoides)	0	1+	2+	3+	Déficit leve	= 1 punto				Hombros (deltoides)	0	1+	2+	3+	Déficit moderado	= 2 puntos				Músculos interóseos	0	1+	2+	3+	Déficit severo	= 3 puntos				Escápula (latisimus dorsi, trapecio, deltoides)	0	1+	2+	3+						Cuádriceps	0	1+	2+	3+						Gastronemios	0	1+	2+	3+						<b>Estatus Muscular Global</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>					
Tejido Graso:	0	1+	2+	3+	Estatus Hídrico:	0	1+	2+	3+																																																																																																																																				
Grasa en orbitales parpebrales	0	1+	2+	3+	Edema de tobillo	0	1+	2+	3+																																																																																																																																				
Pliegue tricipital	0	1+	2+	3+	Edema de sacro	0	1+	2+	3+																																																																																																																																				
Acúmulos grasos en la cintura	0	1+	2+	3+	Ascitis	0	1+	2+	3+																																																																																																																																				
<b>Déficit Graso Global</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>	<b>Estatus Hídrico Global</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>																																																																																																																																				
<b>Estatus Muscular:</b>					La evaluación cuantitativa global del estado físico del paciente se determina mediante una valoración global subjetiva de todos los déficit corporales que presente el paciente teniendo en cuenta que <b>las deficiencias musculares pesan más que los déficit del tejido graso y éstos más que el exceso de fluidos.</b>																																																																																																																																								
Músculos temporales	0	1+	2+	3+	Sin déficit	= 0 puntos																																																																																																																																							
Clavículas (pectorales y deltoides)	0	1+	2+	3+	Déficit leve	= 1 punto																																																																																																																																							
Hombros (deltoides)	0	1+	2+	3+	Déficit moderado	= 2 puntos																																																																																																																																							
Músculos interóseos	0	1+	2+	3+	Déficit severo	= 3 puntos																																																																																																																																							
Escápula (latisimus dorsi, trapecio, deltoides)	0	1+	2+	3+																																																																																																																																									
Cuádriceps	0	1+	2+	3+																																																																																																																																									
Gastronemios	0	1+	2+	3+																																																																																																																																									
<b>Estatus Muscular Global</b>	<b>0</b>	<b>1+</b>	<b>2+</b>	<b>3+</b>																																																																																																																																									

Así tendríamos:

- Puntuación total de 0-1 no requiere intervención nutricional en ese momento y habría que reevaluar a lo largo del tratamiento.

- Una puntuación de 2-3 requiere una educación nutricional del paciente y su entorno familiar por parte de un especialista en nutrición o un clínico entrenado y un abordaje terapéutico para control de los síntomas y alteraciones analíticas.
- Puntuación total de 4-8 indica la necesidad de una intervención nutricional por parte de un especialista en nutrición que trabaje de manera coordinada con el oncólogo en el manejo farmacológico de los síntomas.
- Puntuación total mayor o igual a 9 es candidato a tratamiento nutricional agresivo y mejoría importante de los síntomas. Puede ser necesario nutrición enteral o parenteral dependiendo del paciente.

## CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CSQ-8 (Anexo III)

Por favor para mejorar nuestros servicios nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre la atención que usted ha recibido.

Nos interesa conocer su verdadera opinión, sea esta positiva o negativa. Por favor responda a todas las cuestiones que le planteamos. También le agradeceríamos que al final del cuestionario aportase sus comentarios y sugerencias.

Por favor señale primero su tipo de vinculación con el programa

Usuario/a directo/a  Familiar

RODEE CON UN CIRCULO LA OPCIÓN CORRECTA A CADA PREGUNTA

1.- ¿Cómo evaluaría la calidad de los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Excelente	Buena	Regular	Mala

2.- ¿Recibió la clase de servicio que usted requería?

4	3	2	1
No definitivamente	En muy pocos casos	Si en general	Si definitivamente

3.- ¿Hasta que punto ha ayudado nuestro programa a solucionar sus problemas?

4	3	2	1
En casi todos	En la mayor parte	Solo en algunos	En ninguno

4.- ¿Si un/a amigo/a estuviera en necesidad de ayuda similar, le recomendaría nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No , creo que no	Si, creo que si	Si definitivamente

5.- ¿Cómo de satisfecho/a esta usted con la cantidad de ayuda que ha recibido?

4	3	2	1
Nada satisfecho/a	Indiferente o moderadamente no satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Muy satisfecho/a

6.- ¿Los servicios que ha recibido le han ayudado a enfrentarse mejor a sus problemas?

4	3	2	1
Si me ayudaron mucho	Si me ayudaron algo	No realmente no me ayudaron	No parecían poner las cosas peor

7.- ¿En general, cómo de satisfecho/a está usted con los servicios que ha recibido?

4	3	2	1
Muy satisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Algo insatisfecho/a	Muy insatisfecho/a

8.- ¿Si necesitara ayuda otra vez volvería a nuestro programa?

4	3	2	1
No definitivamente	No posiblemente	Si creo que si	Si con seguridad

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias:

Lo que más me ha gustado de la atención que he recibido ha sido:

---



---



---



---



---



---

Creo que se tendría que mejorar:

---



---



---



---



---

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PACIENTE (Anexo IV)**

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

### **Naturaleza:**

El objetivo de este estudio es valorar los resultados de un seguimiento nutricional en pacientes con cáncer de esófago que van a recibir tratamiento con radioterapia y quimioterapia en nuestro servicio.

### **Importancia:**

Las intervenciones enfermeras educativas de asesoramiento y seguimiento dietético a pacientes oncológicos proporcionarán conocimientos, estrategias y habilidades que les ayuden a mejorar su estado nutricional y por tanto su bienestar y calidad de vida.

### **Implicaciones para el donante/paciente:**

- La donación/participación es totalmente voluntaria.
- El donante/paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- La donación/información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

### **Riesgos de la investigación para el donante/paciente:**

No existen riesgos para el paciente.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con la consulta de la EPA-POC en el teléfono:677903377 o en el correo electrónico: francisca.montoya.sspa@juntadeandalucia.es

