

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

POLICLINICO JOSE AGUSTIN MAS NARANJO

TÍTULO : Intervención educativa dirigido a familias para incrementar conocimientos sobre nutrición y salud en función del manejo nutricional de pacientes oncológicos.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

AUTORA: Dra. Adianez González Nápoles. Residente de tercer año de Medicina General Integral.

Categoría docente Instructor no Graduado.

1ero de Enero, 2022.

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

POLICLINICO : JOSE AGUSTIN MAS NARANJO

TÍTULO : Intervención educativa dirigido a familias para incrementar conocimientos sobre nutrición y salud en función del manejo nutricional de pacientes oncológicos.

Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral

AUTORA : Dra. Adiane González Nápoles. Residente de tercer año de Medicina General Integral.

Tutora : Nayady Cuba Luis. Especialista en Atención Primaria de Salud.

Asesor : Lic. María Teresa Carrera Martínez. MSc en Ciencias de la Educación Superior

Categoría docente Instructor no Graduado.

1ero de Enero, 2022.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por siempre estar presente en mi vida y por darme las fuerzas cada día.

A toda mi familia que sin ellos no hubiera sido posible este trabajo y en especial a mi madre que con tanto empeño y constancia me ha formado en lo que soy.

A todos los profesores que me transmitieron sus conocimientos y enseñanzas para la realización de este proyecto.

A mis amigos y a todas las personas que han estado y están contribuyendo en mi formación.

RESUMEN

Se desarrolló un estudio preexperimental, con el objetivo de implementar una intervención educativa en familias sobre nutrición de pacientes diagnosticados con cáncer del Consultorio Médico de la Familia # 26 del Consejo Popular Pedro Ballester, municipio Primero de Enero, durante el periodo comprendido de Enero del 2020 a Julio del 2022. El universo de estudio está constituida por 187 pacientes, de ellos la muestra quedó conformada por 34 familias identificadas que presentaron pacientes diagnosticados con cáncer, cumpliendo con los criterios de inclusión y de exclusión, de ellas el grupo de edad predominante de los miembros de la familia al cuidado de dichos pacientes con cáncer fue de 50 a 59 años, siendo en un 5.88%. La intervención se realizó en 3 etapas y evaluación de la intervención. Después de implementada la intervención educativa se demostró que fue adecuada en sus acciones para elevar el nivel de conocimiento nutricional como conducta a seguir en las familias para los pacientes diagnosticados con cáncer. Se comprobó el nivel de conocimientos inadecuado de las familias sobre la nutrición en pacientes con cáncer, por lo que se elaboró e implementó la propuesta de intervención educativa en familias sobre nutrición para los pacientes diagnosticados con cáncer. Se logró elevar el nivel de conocimientos sobre las temáticas tratadas.

Palabras claves: Familias, nutrición, cáncer, Intervención educativa.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. MARCO TEÓRICO

III. MATERIALES Y MÉTODOS

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. ANEXOS

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

INTRODUCCION

Disponer con un diagnóstico de cáncer produciría un gran impacto emocional, ya que supone una ruptura con la forma habitual de vida. De la noche a la mañana, el paciente y su familia se ven obligados a cambiar hábitos y costumbres, a renunciar a proyectos y a enfrentarse a numerosas situaciones amenazantes y desconocidas. El hospital, las pruebas, la espera de los resultados, los tratamientos, son situaciones difíciles para enfermos, familiares y amigos.(1).

Cuidar a un familiar que padece de cáncer no es una tarea fácil involucra tiempo y responsabilidad , porque la mayoría de las veces no se tiene el conocimientos adecuados y sobre todo en cuanto a la nutrición que dichos pacientes tienen que recibir al enfrentar este duro diagnóstico.(1)

Las personas con cáncer a menudo necesitan seguir una dieta diferente de lo que se considera saludable. Para la mayoría de las personas, una dieta saludable consiste en comer: (Mucha fruta, verduras, pan y cereales) Poca cantidad de carne y de productos os; pequeñas cantidades de grasa, de azúcar, de alcohol y de sal Sin embargo, cuando se tiene cáncer, se necesita comer para mantener la energía con el fin de superar los efectos secundarios del tratamiento.Cuando la salud es buena, generalmente no es un problema comer suficientes alimentos. Pero, cuando se enfrenta al cáncer y al tratamiento, esto puede ser un verdadero reto personal y familiar.(2)

El momento de compartir la comida es importante en todas las culturas y en el ámbito familiar constituye además un momento de comunicación e intercambio. Por ello la alteración del patrón de alimentación que tiene lugar en el paciente con diagnóstico de cáncer, tiene implicaciones no solo físicas sino que afecta otras esferas de la vida personal porque el momento de la ingestión de alimentos se transforma en un momento de angustia, estudios e investigaciones al respecto han sido encaminadas a preparar a la familia para poder enfrentar este conflicto.

El autor de la investigación Zubiaga considera que los diferentes estilos de afrontamiento que pueden llegar a asumir las familias, alteran y desarrollan un nuevo

equilibrio familiar o por el contrario ayudan a diluir la familia. La familia necesitan sentir control sobre la nueva situación. Dependerá del estilo de funcionamiento de la familia, la rápida adaptación o no, a los cambios que se generan durante la enfermedad. No necesariamente la familia puede llegar a asumir el diagnóstico como una situación negativa, la percepción y la forma de afrontar la enfermedad puede llevar a fortalecer los lazos afectivos en el sistema familiar y equilibrar la estructura del sistema familiar sobre todo en el tema nutricional. (3)

El autor de la investigación Delgado, considera que los niveles de estrés y las creencias asociadas a la enfermedad y su relación cercana a la muerte, además del desarrollo de mecanismos, como la evasión o negación frente a la enfermedad en los familiares promueven actitudes poco favorables que afectan negativamente la adherencia al tratamiento, la recuperación y posible mejoría del paciente.

El autor de la investigación Grau, considera que aunque la noticia de un diagnóstico de cáncer no es nada favorable y es una situación difícil de asimilar y que establece cambios significativos en la dinámica familiar, es importante restablecer el orden y control dentro del sistema familiar, por tal motivo es relevante evitar aislarse socialmente, además a pesar de la situación desfavorable a la que se someten la familia y el paciente es de suma importancia intentar encontrar un punto equilibrado que apunte a mantener la normalidad en la familia, desarrollando estrategias que se acomoden a la nueva realidad nutricional que afrontan los integrantes de la misma. El autor de la investigación de ASCO, 2018 considera que definir y reorganizar las prioridades y el plantear nuevos objetivos dietéticos son de gran ayuda para asumir la enfermedad de la mejor manera posible. (4)

El cáncer se ha estado presente en todas las épocas desde sus inicios hasta la actualidad, es citado en documentos históricos muy antiguos, entre ellos papiros egipcios del año 1600 a. C. que hacen una descripción de la enfermedad. Se cree que el médico Hipócrates fue el primero en utilizar el término ('relativo al cangrejo') se debe a que él relacionó al crecimiento anormal con el cuerpo del cangrejo. El término cáncer proviene de la palabra griega karkinoma, equivalente al latino cáncer. Las muertes por cáncer están aumentando y se estima que a lo largo del siglo XXI el cáncer será la principal causa de muerte en los países desarrollados, a eso se

relaciona la Asociación Española Contra el Cáncer. A pesar de esto, se ha producido un aumento de la supervivencia media de los pacientes diagnosticados de cáncer. (4)

Su incidencia global y su mortalidad han aumentado drásticamente en los últimos 30 años (5). Solamente en Estados Unidos es una de las principales causa de muerte tanto en hombres como en mujeres (6). El promedio para la Unión Europea en ese mismo año fue de 55,6 y 10,3 respectivamente. Se convierte así el cáncer en una de las principales causas de muerte a escala mundial. Más del 70% de las defunciones por cáncer se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13,1 millones en 2030 (6-7).

La nutrición, junto con el control de síntomas, es uno de los aspectos más importantes del tratamiento de los pacientes necesitados de cuidados paliativos. (7) Según la Real Academia Española de la Lengua define Nutrición como: Acción y efecto de nutrir. Preparación de los medicamentos mezclados con otros para aumentarles la virtud y darles mayor fuerza. Y define Alimento como: Conjunto de sustancias que los seres vivos comen o beben para subsistir. (8).

En Estados Unidos, excluyendo el cáncer de piel, los más frecuentes en varones son el de pulmón, próstata y colorrectal, mientras que en mujeres el primero es el de pulmón, seguido por el cáncer de mama y el colorrectal. En Europa, en varones, el cáncer de próstata es el más frecuente, seguido del cáncer de pulmón y el de colon y recto. En mujeres, el más frecuente es el cáncer de mama, seguido del colorrectal y el de pulmón. (9) pero los estudios sobre nutrición realizados en dichos países aportan datos significativos en el manejo de estos pacientes y sus familiares elevando con ellos el conocimiento de estos en dicho tema.

En Cuba a pesar de los grandes adelantos y avances en la medicina preventiva aun resultan insuficientes los conocimientos en el manejo de la nutrición de los familiares para con el paciente con cáncer y más cuando esta representa la segunda causa de muerte, y la provincia Ciego de Ávila no difiere de lo antes expuesto,

indican las estadísticas que en la provincia se han reportado un incremento de un 14,5 % en el año 2020, con respecto a años anteriores, en lo referido a las mamas, el colon, la próstata y la piel.(10).

El aporte de una buena nutrición es esencial, no sólo para cubrir los requerimientos fisiológicos, sino también por el beneficio social, cultural y psicológico que conlleva para los pacientes y sus cuidadores.

Es necesario que la familia o el personal al cuidado de los enfermos, conozcan y comprendan que en la situación de terminalidad, puede darse las siguientes situaciones: a) Es normal que una persona cercana a su muerte se vuelva desinteresada por la comida y, en menor grado, por la toma de líquidos ;b) Los pacientes con anorexia y saciedad tempranas no son capaces de disfrutar de una comida copiosa; c) La pérdida de peso no se debe simplemente a la dieta ;d) No existen actualmente evidencias que confirmen que la terapia nutricional agresiva pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado (11) .Pero cuando el familiar tiene cáncer, puede necesitar más proteína y más calorías. Algunas veces, su dieta deberá incluir más leche, queso y huevos. Si tiene problemas para masticar y para pasar los alimentos, puede necesitar añadir salsas y caldos. Podría necesitar comer alimentos con poca fibra, en vez de alimentos ricos en fibra.(12)

En la práctica médica diaria de los consultorios del Poblado de Pedro Ballester se ha observado la ineficacia en cuanto a conocimientos de los alimentos de las familias de pacientes diagnosticados con cáncer y de las incorrectas propuestas de elaboración de las mismas se ha convertido en un problema de salud.

Problema científico: ¿Cómo contribuir al incremento de conocimientos en las familias sobre nutrición y salud en función del manejo nutricional de pacientes oncológicos?

Hipótesis: Si se implementa un programa de intervención educativa con enfoque grupal y personalizado entonces es posible que se contribuya al incremento de

conocimientos en las familias sobre nutrición y salud en función del manejo nutricional de pacientes oncológicos.

Lo novedoso de este estudio es que en aras de garantizar una adecuada preparación sobre este tema, se elaboró una intervención educativa que permitió elevar el nivel de conocimientos sobre nutrición en dichas familias.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

Implementar un programa de intervención educativa en familias para el incremento de conocimientos sobre nutrición y salud en función del manejo nutricional de pacientes oncológicos pertenecientes al CMF# 26 de Pedro Ballester en el municipio Primero de Enero de la provincia Ciego de Ávila.

Objetivos Específicos:

1. Fundamentar los sustentos teóricos sobre la nutrición y salud en pacientes oncológicos para el manejo nutricional desde las familias.
2. Identificar en las familias, a los miembros al cuidado de la alimentación de pacientes oncológicos teniendo en cuenta grupos de edades, sexo y nivel de escolaridad.
3. Diagnosticar conocimientos en la población escogida sobre nutrición y salud para el manejo nutricional de pacientes oncológicos, antes y después de la intervención educativa.
4. Diseñar el programa de intervención educativa dirigido a las familias con temas de nutrición y salud.
5. Evaluar el impacto en el conocimiento de las familias luego de implementado el programa de intervención educativa.

MARCO TEORICO .

La visión del cáncer como una enfermedad sistémica, heterogénea y de una elevada complejidad ha llevado a una toma de conciencia acerca de que los pacientes deben recibir una atención oncológica de calidad. Esta atención debe cubrir todas las fases de la enfermedad, desde la prevención y el diagnóstico hasta los cuidados paliativos del enfermo en fase avanzada y su manejo al final de su vida .Hoy en día el pronóstico del paciente con cáncer se ha alargado considerablemente, debido a la existencia de tratamientos más escasos, aumentando la supervivencia. En estos casos el tiempo en que el paciente recibe tratamiento antineoplásico, generalmente agresivo y de larga duración (cirugía, quimioterapia, radioterapia o manipulaciones inmunológicas) es por sí mismo causa de alteraciones nutricionales (13)

Los trastornos de la nutrición son muy frecuentes en el enfermo con cáncer. Y resultan muy complejo para el familiar el manejo de los mismos y más cuando están acompañado de sintomatologías que impiden la correcta nutrición .Están presentes entre el 15% y el 40% de los casos en el momento del diagnóstico, y en fases avanzadas aparecen hasta en un 80%. Los trastornos más frecuentes son la anorexia (pérdida del apetito) y la caquexia (pérdida de peso involuntaria, $\geq 10\%$ en el último año, y debilitante a pesar de una ingesta normal de alimento). Ambos trastornos pueden ocurrir de forma aislada, pero lo más frecuente es que aparezcan de forma conjunta en el síndrome de anorexia-caquexia. Este suele contribuir al cansancio, debilidad, anemia, retención de líquidos, facilidad para las infecciones, fragilidad y otras muchas complicaciones que deterioran la calidad de vida del paciente, dificultan la realización de tareas básicas del día a día y empeoran su tolerancia a los tratamientos, especialmente en las fases avanzadas de la enfermedad.

El cáncer produce una disminución de la ingesta de forma directa, interfiriendo de forma mecánica con el tránsito digestivo, e indirecta por la secreción de sustancias que actúan sobre los receptores centrales del hipotálamo o periféricos. Además, hay una serie de factores psicológicos y sociales que pueden interferir en la ingesta,

como el estrés que supone el propio diagnóstico de cáncer y su posterior tratamiento. El paciente puede tener dificultad para comprar, cocinar y tomar los alimentos, lo que condiciona una dependencia familiar (14).

El apoyo familiar, ayuda a una mejora en la calidad de vida del paciente si existe una dinámica familiar positiva antes del diagnóstico, restablecer el equilibrio suele facilitarse más, aun así, las situaciones familiares negativas pueden afectar la calidad de vida del paciente. En los momentos donde se presentan crisis familiares el apoyo social es determinante para la superación de la situación estresante,(14) Cada integrante de la familia, brinda apoyo desde distintas áreas como lo pueden ser el apoyo emocional, el apoyo confidencial o el apoyo informacional (15).

No solo el paciente requiere de una atención psicológica, a la vez que la familia es el soporte emocional del paciente, también debería contar con un profesional que los ayude durante la crisis a la que se enfrentan, siendo la familia pilar fundamental y el apoyo con el que cuenta el paciente, es de suma importancia tener apoyo psicológico y herramientas que aporten a los miembros de la familia, para afrontar la enfermedad. Es de suma importancia dentro de la intervención con familias que afrontan una enfermedad crónica, promover la autonomía en el paciente y los integrantes de la familia, además de brindar herramientas para fortalecer la comunicación.

La identificación de sentimientos negativos, se vuelve fundamental para poder brindar mayor apoyo emocional a la familia y el paciente, así, aportar estrategias que ayuden a una mejor adaptación frente a la enfermedad, tanto para el paciente como para la familia.

Al momento de construir un plan de intervención es imperante tener en cuenta la calidad de vida y los procedimientos médicos del paciente. Además, dentro de la intervención es importante poder trabajar sobre los cambios relevantes que se evidencian dentro del proceso de la enfermedad. (16).

El sistema de creencias que compone a la unidad familiar, jugará un papel importante en los mecanismos que utiliza la familia para explicar la enfermedad y cómo afrontarla, por este motivo, es muy importante identificar cuáles son y cómo pueden ser trabajados dentro del plan de intervención que se plantee con la familia y el paciente, para una mejor adaptación a la situación que vivencian.

La familia del paciente no es solo un agente externo que acompaña, sino que es un agente activo que participa de la experiencia. El cáncer es considerado entonces una enfermedad familiar que no solo se asocia por que pueda existir un factor hereditario sino también por la implicación simbólica que afecta a la familia

Generalidades de los factores de riesgo del cáncer que inciden en la nutrición.

El cáncer es una enfermedad con algunos factores de riesgo conocidos y otros muchos aún por conocer, por lo que es importantísimo poder incidir sobre ellos para que la incidencia baje. Se ha estimado que la inadecuada alimentación con comida procesada puede suponer el 30-40% de los factores exógenos capaces de estimular la transformación de las células neoplásicas. Según las recomendaciones Dietéticas - Nutricionales en Oncología (17)

Como factores medioambientales actúan sobre la susceptibilidad individual, hereditaria y adquirida. Por tanto, tienen una gran trascendencia en Salud Pública (18). Las recomendaciones alimentarias, junto con la práctica habitual de actividad física y el mantener un índice de masa corporal (IMC) adecuado,

Fue realizado en España un análisis de 80.000 pacientes que participaron en 70 estudios se concluyó que la obesidad es un factor pronóstico negativo en mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas con cáncer de mama con receptores estrogénicos positivos, a eso se relaciona Elena Urdaneta Artola, en su libro nutrición en paliativos: La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) firmaron un acuerdo de colaboración en julio del 2018 para desarrollar conjuntamente el proyecto OBE y CAN y se publicó el primer Consenso Nacional sobre la Obesidad

como factor de riesgo (19). Los datos publicados en la actualidad reflejan, además, que los pacientes con cáncer y con un IMC alto tienen una peor tolerancia a los tratamientos oncológicos y más posibilidades de recaer o de padecer un segundo tumor (20-21). Antes de una cirugía oncológica, siempre que se pueda, hay que establecer un periodo de soporte nutricional preoperatorio para que el paciente se encuentre en la mejor situación metabólica posible. En este caso, sus necesidades energético-proteicas aumentan, algunas mantenidas en el tiempo. Además, si se realiza una cirugía digestiva, propiamente dicha, el tránsito queda alterado durante más o menos tiempo, lo que requiere establecer vías alternativas de acceso al tubo digestivo o vías parenterales. La quimioterapia produce distintos efectos secundarios que pueden empeorar la situación nutricional del enfermo, como la pérdida de apetito, náuseas y vómitos, mucositis y diarrea., secundaria a alteraciones sensitivas, gustativas y olfativas producidas por distintos fármacos antineoplásicos.(29) La radioterapia, especialmente en los tumores de cabeza y cuello, esófago y pulmón, puede interferir con la salivación, producir xerostomía y problemas dentales y cambios en la percepción de los sabores. La radioterapia gástrica induce náuseas y vómitos, y la que se aplica en los cánceres de recto, diarrea. Las terapias biológicas, dado su estímulo sobre el sistema inmune, pueden afectar al deseo o la capacidad para comer. En algunos casos producen náuseas y vómitos, diarrea y sequedad de mucosas también. Los tratamientos hormonales pueden provocar cambios del apetito y en la distribución de los fluidos corporales, con sensación de plenitud gástrica precoz.

Con el tiempo, se ha ido constatando que la intervención nutricional precoz en los pacientes diagnosticados de un tumor maligno puede mejorar su pronóstico, aumentar la calidad de vida y reducir la tasa de complicaciones de la enfermedad.(21)

EL PUNTO DE VISTA DE LA NUTRICIÓN

Las tareas que implican al nutricionista se reparten en distintos niveles. La asistencia se realiza en ámbitos diferentes: zona de hospitalización, hospital de día y consulta

externa. Hay participación activa en las labores de información y comunicación con los pacientes y sus familiares.

La evaluación del estado nutricional del paciente con cáncer debe realizarse al diagnóstico, para detectar precozmente el déficit de nutrientes específicos y la desnutrición general o el riesgo de desarrollarla. El tratamiento nutricional requiere el análisis de los diversos factores que contribuyen a las alteraciones nutricionales del paciente. Para ello, es recomendable que se evalúe precoz y periódicamente el estado de nutrición y los factores que pueden contribuir a su deterioro y se inicie sin demora, cuando esté indicado, un tratamiento específico. Para aquellos pacientes con desnutrición o con riesgo de ella, debe diseñarse una estrategia de soporte nutricional específica, adaptada a cada enfermo en particular, la situación de la neoplasia de base y el tratamiento recibido (cirugía, radioterapia, quimioterapia).

Hay distintas modalidades de soporte (22):

1. – Consejo dietético: consiste en recomendaciones generales para el paciente y su entorno para disminuir la importancia que se le da a la comida y realizar comidas más apetitosas para el enfermo. Se estimula el consumo de alimentos con alta carga calórica y proteica

2. – Alimentación básica adaptada (ABA): se usa cuando no es posible una alimentación tradicional. Se incluyen modificaciones de textura y enriquecedores de la dieta.

3. – Suplementos nutricionales: son preparados dietéticos artificiales con la finalidad de complementar la dieta natural hasta conseguir los requerimientos nutricionales. Los más utilizados para los pacientes oncológicos son hipercalóricos, hiperproteicos e ingeridos entre comidas. De los inmunonutrientes, el más usado es el ácido eicosapentanoico (EPA). Es un ácido poliinsaturado de cadena larga de la familia omega-3, que actúa inhibiendo la producción de citoquinas proinflamatorias y reduce la caquexia tumoral.

4. - Nutrición enteral: indicada en pacientes con un tracto gastrointestinal competente, pero incapaces de cubrir sus necesidades energéticas por vía oral. Es el paso siguiente a la ABA

5, - Nutrición parenteral: se utiliza en casos de obstrucción intestinal, intestino que no funciona, pancreatitis grave o fístulas de alto débito. Su composición debe ser individualizada.

6. - Estimulantes del apetito: se suelen utilizar asociados a otros modos de soporte. Incluyen los corticoesteroides, el acetato de megestrol y los cannabinoides.

Por tanto, la nutrición del paciente oncológico debe ser considerada parte esencial en la valoración global desde el momento del diagnóstico (23).

La desnutrición es un problema que afecta a más del 80 % de los pacientes con neoplasias avanzadas o metastásicas. Más del 50 % presentan malnutrición severa o moderada. De hecho la pérdida de peso es la mayor causa de morbimortalidad en el cáncer avanzado y la caquexia será la causa de muerte de uno de cada tres pacientes con cáncer (33). Otros efectos de la pérdida de grasa corporal y proteína muscular son:

- Retraso en la cicatrización de heridas quirúrgicas con la consiguiente dehiscencia de las mismas.

- Eventraciones y fístulas.

- Malabsorción por falta de síntesis de enzimas digestivas,

- Potenciación de la inmunosupresión debida al tratamiento, favorecimiento de complicaciones infecciosas.

- Astenia por disminución de la masa muscular-

- Disminución del tono vital y aumento de los síntomas depresivos, deterioro de la calidad de vida y disminución de la tolerancia al tratamiento (24).,

Lo más importante es conseguir una buena nutrición y que el hecho de comer continúe siendo una actividad agradable de la vida.

Los pacientes oncológicos que siguen una nutrición adecuada se encuentran mejor y presentan menos complicaciones. Una dieta saludable (equilibrada, variada y suficiente) ayuda a sentirse más fuerte, facilita una mejor tolerancia y eficacia de los tratamientos y mejora el funcionamiento general del cuerpo.

MODELOS DE INTERACCIÓN

Actualmente podríamos considerar dos propuestas para establecer la relación entre la Oncología y otros servicios como puede ser el de Nutrición (25,26). Son el Modelo de Interconsulta y el Modelo Funcional.

- El primero es el más prevalente y consiste en que el experto en Nutrición sea solicitado mediante parte de interconsulta cuando el oncólogo lo considere, y con ello estaría basado en la incorporación del nutricionista dentro de las unidades de oncología.

-El segundo lo conformarían, el nutricionista del área incorporado a las consultas y seguimiento nutricional junto al GBT de los consultorios médicos de la familia. Sería un modelo integrado. (27-28)

Así, el nutricionista participaría e intervendría desde el primer contacto en todas las fases y actividades del servicio o unidad. La persona afectada permanecería de forma constante bajo la tutela del equipo durante todas las fases del proceso evolutivo del cáncer. En cualquiera de los casos, la realización de sesiones periódicas y protocolos clínicos es indispensable. El equipo médico debe funcionar como un engranaje en el que el paciente vea atendidas todas sus necesidades por un equipo de profesionales coordinados, procedentes de distintos campos, que le sirve de referencia y que es de su confianza.

CONSEJOS DIETÉTICOS GENERALES

Los consejos dietéticos generales en los Cuidados Paliativos incluirán:

- fraccionar las comidas en 6-8 tomas/día
- modificar la textura y consistencia de los alimentos, si es preciso
- aumentar la densidad energética de la dieta
- cuidar las preferencias y aversiones alimentarias
- tomar los alimentos templados o a temperatura ambiente.
- evitar alimentos flatulentos, muy condimentados, con olores intensos, carnes rojas
- mantener un tratamiento postural después de las comidas
- comer en un ambiente tranquilo y relajado
- valorar el uso de suplementos nutricionales energético-proteicos

Algunos consejos dietéticos y nutricionales, que se debe conocer y explicar a cuidadores y a familiares, para hacer más agradable al paciente los momentos de las comidas en sus últimos días que deberán siempre partir de los gustos personales del enfermo, siendo las palabras "lo que le guste, cuando le apetezca" (29) serán las que guiarán las pautas dietéticas que se le pueden ofrecer para que disfrute de la comida.

♦ Es conveniente respetar las preferencias del paciente. Se pueden dar cambios debidos a una reducción de la capacidad para detectar los olores de las comidas por una marcada alteración del olfato (29-40) Ello disminuye el placer de comer, contribuye a la falta de apetito y conduce al adelgazamiento progresivo (41)

♦ Los cambios del apetito y gusto pueden ser también consecuencia de los tratamientos recibidos:

a) medicamentos (Ldopa, opiáceos, fenitoína, captopril...) a través de la producción de náuseas, irritación de la mucosa, retraso de vaciamiento gástrico o depresión central(41) b) glosectomía parcial;

c) radioterapia local; d) trastornos concurrentes, hipoadrenalismo, insuficiencia renal, hipercalcemia y

e) factores psicológicos (la anorexia puede reflejar ansiedad o depresión).

♦ La presentación de las comidas es un hecho importante que va a repercutir en las ganas de comer de enfermo que recibe cuidados paliativos(41)

♦ La variación en los menús, un color atractivo así como una textura consistente y suave facilitan el gusto. Las comidas blandas o purés, hechas en turmix, o los pudines, resultan de entrada muy insípidos y son capaces de acabar con el apetito de la mayoría de la gente(42)

♦ La depresión y ansiedad pueden causar anorexia y la aparición de dolor y falta de bienestar contribuyen a que el enfermo tenga poco apetito(42) Esta situación se mejora sensiblemente si 15 minutos antes de las comidas se le administran metoclopramida (Primperan®) 10-20 mg, o domperidona (Motilium®), 10 mg, en particular si refieren saciedad precoz (43-45)

♦ Además es conveniente prestar una cuidadosa atención a la vajilla. Las tazas deberán ser lo suficientemente ligeras y con asas adecuadas para que puedan ser sujetadas por dedos deformados o debilitados; las pajitas, flexibles, y los mangos de los cubiertos, anchos, para facilitar su sujeción. Para favorecer al máximo la autonomía del paciente es útil usar cubiertos adaptados, vasos y platos de plástico y baberos o servilletas grandes.

♦ Es interesante mantener un correcto ajuste de las prótesis dentales para que el paciente pueda masticar de maneja completa y no hacer hincapié en su pérdida de peso o en su aspecto deteriorado.

♦ En presencia de una suboclusión u oclusión intestinal, y una vez descartado el fecaloma como causa tratable, es posible mantener a los enfermos con una ingesta frecuente de líquidos en pequeña cantidad y una dieta blanda, ya que siempre se absorbe algo de comida en el intestino delgado por encima del nivel de la obstrucción (46) En los pacientes con un pronóstico fatal a corto plazo, la enfermera, dentro del equipo interdisciplinario, debe explicar a la familia que la hidratación y alimentación en esta situación no suelen ser necesarias por lo que se limitará la ingestión a una pequeña cantidad de líquidos, o a la colocación de hielo triturado o gasas humedecidas en la boca para que el enfermo succione cuando le sea imposible beber de un vaso o taza y que se continuará con otros procedimientos para proporcionarle la mayor comodidad, con especial atención al dolor y a la limpieza de la boca para evitar micosis(46)

En la agonía la deshidratación no es molesta y se la considera un anestésico natural al disminuir el nivel de conciencia y la percepción del sufrimiento. Algunos familiares pueden pedir hidratación o alimentación aunque parezca que el paciente se encuentra confortablemente, siendo razonable hidratarlos por vía subcutánea(47)

Formas de manipular los alimentos de forma higiénica como las siguientes:

Lave las frutas y verduras antes de pelarlas.

Guarde los alimentos en la nevera bien tapados...

Mantenga una buena higiene oral. Límpiense los dientes con un cepillo suave y enjuáguese la boca antes y después de cada comida con infusiones de manzanilla.(48).

Alteración de los sabores (disgeusia)

Puede ocurrir que durante un cierto tiempo note que los alimentos tienen un gusto extraño, como por ejemplo un gusto metálico (que se ve potenciado por los sabores amargos o fuertes y la carne).

Recomendaciones

Coma pescado y carnes blancas, como el pollo o el pavo.

Emplee como condimento el perejil y el limón.

Evite la carne grasa, el ajo, el café, la cebolla y las vinagretas.

Para eliminar los sabores extraños, antes y después de las comidas enjuáguese la boca con té, zumo de fruta, etc.

Use cubiertos de plástico.

Si además hay alteración del olfato: evite los alimentos de olor fuerte, como el café, pescado, fritos, coliflor, espárragos, cebolla, etc., que tienen un aroma penetrante.

Elija platos que se preparen templados o fríos (ensalada de pasta o patata con jamón cocido, por ejemplo). Recuerde que la carne y el pescado hervidos, al microondas o al papillote desprenden menos olor que cocinados a la plancha, a la parrilla o fritos

Suplementos nutricionales

En el caso de que las recomendaciones o consejos dietéticos no basten para cubrir sus necesidades nutricionales, Estos suplementos son preparados nutricionales que están diseñados especialmente para completar la dieta. Los puede encontrar en los sabores, texturas y presentaciones que más le gusten o que mejor se adapten a su situación personal.

Si le ha prescrito un suplemento nutricional, para que tome la dosis recomendada e intente hacerlo entre comidas a fin de no perder el apetito para las comidas principales. Los suplementos nutricionales le ayudarán, entre otras cosas, a mantener un correcto estado nutricional y a mejorar su calidad de vida.(49)

Tipos de dietas

Existen DIETAS LÍQUIDAS, que no precisan manipulación, tienen una concentración establecida y son adecuadas para los pacientes con función digestiva normal y DIETAS EN POLVO, en las que se puede cambiar la concentración. En general, se usan solos pero algunos pueden añadirse a bebidas, sopas, natillas o pudines(50) Es necesario informar a los familiares o cuidadores que muchas veces es más importante la calidad que la cantidad de lo que se ingiera, y que una ración de uno de estos preparados puede reemplazar a media comida tradicional. Alternativamente, pueden darse en pequeñas porciones (50 ml) entre las principales comidas a lo largo del día.

a) Nutrición parenteral: La nutrición parenteral no tiene aplicación en los cuidados paliativos salvo en situaciones muy especiales.

Lo más importante es conseguir una buena nutrición y que el hecho de comer continúe siendo una actividad agradable de la vida.

Es por ello que la nutrición es esencial y mejor aún en el control de sintomatologías que resultan muy molestas y que pueden llevar a los pacientes oncológicos a graves complicaciones

A continuación le proponemos algunos Consejos generales cuando no tenga ningún síntoma causado por el tratamiento.

Realice un mínimo de 4 comidas al día: desayuno, almuerzo, merienda y cena. Y máximo 6 comidas al día :desayuno , merienda ,almuerzo, merienda, comida, cena.

Haga comidas de pequeño volumen, pero muy nutritivas.

Es necesario que el almuerzo y la cena sean completos. Es muy útil la opción de preparar un plato único donde se junten el primer y el segundo plato. Siempre deberá haber verduras, féculas (cereales, legumbres, patatas, arroz o pasta) y proteínas (carne, pescado o huevos).

Cocine los alimentos de forma sencilla para facilitar la digestión y conservar todas las vitaminas y minerales de los alimentos: al vapor, hervidos, al horno, en el microondas, al papillote, a la plancha a temperatura suave. Se pueden tomar guisos suaves preparados con verduras como el calabacín, las zanahorias, las cebollas...

Se recomienda un consumo moderado de grasas, especialmente de las de origen animal. Consuma carnes magras o blancas (pollo, ternera magra, conejo) y pescado.

Coma fruta varias veces al día, porque las frutas son ricas en vitaminas y minerales. Procure comer alimentos frescos, propios de cada estación.

Sustituya los alimentos que no le sienten bien por otros de la misma familia. Por ejemplo, las carnes grasas (cerdo, cordero, pato) pueden ser sustituidas por pollo o por pescado blanco.

Procure beber un mínimo de 6 vasos de líquido al día, y máximo 8 vasos al día, mejor entre las comidas (agua, infusiones, caldos, zumos).

Manipule los alimentos de forma higiénica: lave las frutas y verduras antes de pelarlas, guarde los alimentos en la nevera bien tapados...

Mantenga una buena higiene oral. Límpiense los dientes con un cepillo suave y enjuáguese la boca antes y después de cada comida con infusiones de manzanilla o tomillo.(51)

Cualquier soporte nutricional se utilizará de forma individualizada previo acuerdo con el paciente y su familia, recordando que la persona tiene derecho de rechazar cualquier procedimiento médico que implique la prolongación de su vida (43). Como conclusión, la nutrición en los Cuidados Paliativos debe tener la finalidad (el objetivo) de proporcionar placer al paciente y mejorar su calidad de vida. Por ello nos dimos la tarea de orientar y educar a los cuidadores sobre cómo satisfacer las necesidades y gustos de los enfermos en esta etapa.

Consejos para los dos/tres días posteriores al tratamiento con quimioterapia

Después del tratamiento puede ocurrir que tenga náuseas y muy poco apetito. Es importante que siga estas recomendaciones para mantener una alimentación equilibrada y fácilmente digerible.

No se salte ninguna comida.

Puede preparar los platos con antelación y congelarlos, envasados individualmente.

Debe beber un mínimo diario de 2 litros de líquidos (agua, infusiones, licuados...), preferiblemente a temperatura ambiente. Es mejor hacerlo a pequeños sorbos y entre las comidas.

Recomendaciones dietéticas para el control de las complicaciones asociadas al tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia

Los diferentes tratamientos empleados en el cáncer (quimioterapia y radioterapia), por sí solos o combinados, pueden dar lugar a una serie de síntomas como las náuseas y los vómitos, dificultades para tragar (disfagia), alteración de los sabores

(disgeusia), mucositis, sequedad de boca (xerostomía), etc. que dificultan en gran medida la alimentación.(52)

Complicaciones asociadas al tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia .

4.1. Pérdida del apetito .

4.2. Náuseas y vómitos .

4.3. Diarreas

4.4. Estreñimiento .

4.5. Sequedad de boca (xerostomía) .

4.6. Dificultades para tragar los alimentos sólidos (disfagia a sólidos) .

4.7. Dificultades para tragar los alimentos líquidos (disfagia a líquidos) .

4.8. Infamación de la mucosa de la boca (mucositis) .

4.9. Alteración de los sabores (disgeusia).(52-53)

A continuación le ofrecemos una serie de recomendaciones dietéticas para ayudarle a controlar estos síntomas y ofrecerle a su familiar una alimentación adecuada.

4.1. Pérdida del apetito

1. Aproveche el momento del día en que tenga más apetito para comer los alimentos con mayor contenido en energía y proteínas.

2. Incluir alimentos de diferentes texturas y color en un mismo plato puede ayudar a hacerlo más atractivo y apetitoso.

3. Si se siente con ánimos de andar unos minutos antes de las comidas, hágalo: le puede ayudar a estimular el apetito.

4. Si se despierta durante la noche, aproveche la ocasión para tomar líquidos nutritivos: leche, zumos, batidos, yogur líquido...

5. Enriquezca los platos con la finalidad de aportar el máximo de nutrientes. Añada: A las sopas y purés: queso rallado, leche en polvo, huevo duro, legumbres, jamón, pavo, pollo troceado, pescado...

A las ensaladas, pastas, arroces y verduras: queso, mahonesa, atún, clara de huevo cocida, frutos secos, trocitos de jamón...

A los postres: crema, frutos secos, miel, mermelada, helados...

A la leche: leche en polvo, miel, fruta en almíbar, helado, fruta para hacer batidos...

Beba fuera de las comidas principales para evitar la sensación de saciedad.

Para evitar los olores, es aconsejables el uso de alimentos poco aromáticos y servir la comida a temperatura ambiente.(46)

Náuseas y vómitos

Realice comidas frecuentes y de poco volumen. Coma despacio.

Mantenga el ambiente fresco, bien ventilado y libre de olores.

Tome preferentemente alimentos blandos a temperatura fría o tibia: sorbetes de fruta, helados, zumo de fruta, ensaladas de pasta, de arroz o patata...

Los alimentos secos se toleran mejor: bocadillos, palitos de pan, galletas, tostadas...

Consuma alimentos de bajo contenido en grasa: carnes blancas, embutidos magros, pescado blanco. Evite los alimentos fritos, muy dulces o muy condimentados.

Tome los líquidos o bebidas entre comidas (agua, infusiones, gelatinas...). Las bebidas carbonatadas, tomadas a pequeños sorbos, facilitan la digestión (por ejemplo, bebidas de cola, gaseosa, agua con gas...).

Después de las comidas, descansen en posición incorporada, no se acueste inmediatamente.(54)

Diarreas

Beba líquidos con abundancia (1,5 - 2 litros/día de agua, infusiones suaves, caldos desgrasados, bebida de soja...) durante todo el día, pero siempre en pequeñas cantidades.

Tome bebidas isotónicas o agua con gas, porque ayudan a recuperar el agua y los minerales perdidos a causa de las diarreas. Tome los líquidos y los alimentos a temperatura ambiente. Los alimentos muy calientes o muy fríos pueden agravar la diarrea.

Realice tomas frecuentes y de pequeño volumen.

Cocine de forma sencilla: vapor, hervidos, horno, plancha, papillote...

Limite las fuentes de grasa de la dieta: aceites, margarina, manteca de cerdo, mahonesa, nata, crema de leche, productos de pastelería como el croissant...

Evite el café, el chocolate, el alcohol y los condimentos irritantes, como por ejemplo la pimienta.

Evite los alimentos integrales, las frutas crudas, las verduras, las legumbres y los frutos secos.

Tome la fruta sin piel, cocida, en almíbar o en zumos colados. Las más indicadas son la manzana rallada, el plátano maduro, la pera madura, el melocotón, el membrillo y el limón.

Evite la leche o los productos que la contengan (puré de patatas, flanes, natillas, helados...).

Pruebe si tolera los yogures descremados. Si no los tolera, puede tomar leche sin lactosa.(55)

Estreñimiento

Beba muchos líquidos (agua, infusiones, caldo...), un mínimo de 1,5 - 2 litros al día.

Tome alimentos de alto contenido en fibra: pan y cereales integrales, verduras, legumbres, frutas, frutos secos...

Consuma las hortalizas preferiblemente crudas y la fruta fresca y con piel. Escoja el kiwi y las ciruelas como fruta habitual.

Evite los alimentos astringentes: membrillo, plátano, té, vino tinto, canela...

Algunos remedios caseros que pueden ser útiles son tomar en ayunas un vaso de agua tibia, o bien una cucharada de aceite de oliva, o café, o un jugo de naranja (sin colar) o un kiwi.

Sequedad de boca (xerostomía)

Mantenga una buena higiene bucal, enjuáguese a menudo la boca con líquido abundante y elixir bucal.

Tome líquidos frecuentemente: té, zumos, bebidas carbonatadas... Tenga siempre a mano una botella pequeña de agua para humedecer la boca.

Derrita en la boca cubitos de hielo elaborados con zumo de fruta ácida o infusiones de menta o tomillo.

Evite los alimentos secos y fibrosos (frutos secos, galletas, carnes a la plancha) y los pegajosos (caramelos blandos, pan de molde...).

Tome alimentos blandos (arroz, quesos suaves, verduras cocidas, pescado blanco, tortillas, frutas maduras...) preparados con un poco de salsa o caldo.(56)

Dificultades para tragar los alimentos líquidos (disfagia a líquidos).

Se puede manifestar con tos o regurgitación nasal.

Evite tomar los líquidos (agua, leche, infusiones, caldo...) sin espesar.

Hay que asegurar una correcta hidratación (1 - 1,5 litros de agua). El agua se puede tomar en forma de gelatinas o bien con espesantes comerciales de venta en farmacias.

Puede utilizar productos naturales para espesar la leche (maicena, cereales en polvo...), los zumos (maicena), los caldos (tapioca, queso en polvo, puré de patatas...) o las cremas (patata, tapioca, maicena...).

No mezcle alimentos de doble textura; por ejemplo: no tome caldos con arroz o pasta, leche con magdalenas, etc.

Para comer, debe colocarse en la posición correcta: siéntese con los hombros hacia adelante, la cabeza inclinada ligeramente al frente y los pies apoyados en el suelo.(57)

Inflamación de la mucosa de la boca (mucositis)

Tom e líquidos frecuentem ente: agua, infusiones, caldo, polos, gelatinas...

Evite las bebidas con gas y las bebidas alcohólicas.

Com a alimentos suaves que sean blandos y caldosos: guisos, sopas, salsas...

Los alimentos a temperatura tibia o fría se aceptan mejor que los calientes.

Añada salsas o cremas suaves (bechamel, crema de patata, aceite de oliva, caldo...) a las carnes y pescados.

Los alimentos triturados se comen con mayor facilidad.

Evite los alimentos ácidos (tomate, pimiento, limón, kiwi, fresa, naranja...) y los alimentos secos y fibrosos (frutos secos, galletas, carnes a la plancha).

Mantenga una buena higiene bucal: utilice un cepillo de dientes suave y enjuáguese la boca a menudo con líquido abundante (infusiones de tomillo, agua con bicarbonato o elixir bucal sin alcohol).

Antes de las comidas, es recomendable aguantar un rato en la boca agua muy fría o hielo picado a fin de disminuir el dolor y poder comer mejor.(57)

Alteración de los sabores (disgeusia)

Puede ocurrir que durante un cierto tiempo note que los alimentos tienen un gusto extraño, como por ejemplo un gusto metálico (que se ve potenciado por los sabores amargos o fuertes y la carne). Recomendaciones

Coma pescado y carnes blancas, como el pollo o el pavo.

Emplee como condimento el perejil y el limón.

Evite la carne grasa, el ajo, el café, la cebolla y las vinagretas.

Para eliminar los sabores extraños, antes y después de las comidas enjuáguese la boca con té, zumo de fruta, etc.

Use cubiertos de plástico.

Si además hay alteración del olfato: evite los alimentos de olor fuerte, como el café, pescado, fritos, coliflor, espárragos, cebolla, etc., que tienen un aroma penetrante.

Elija platos que se preparen templados o fríos (ensalada de pasta o patata con jamón cocido, por ejemplo). Recuerde que la carne y el pescado hervidos, al microondas o al papillote desprenden menos olor que cocinados a la plancha, a la parrilla o frito

Suplementos nutricionales En el caso de que las recomendaciones o consejos dietéticos no basten para cubrir sus necesidades nutricionales, su médico, dietista o profesional responsable de su nutrición podrá valorar la introducción de una

suplementación específica con determinados productos comerciales. Estos suplementos son preparados nutricionales que están diseñados especialmente para completar la dieta. Los puede encontrar en los sabores, texturas y presentaciones que más le gusten o que mejor se adapten a su situación personal.

Si le han prescrito un suplemento nutricional, tome la dosis recomendada e intente hacerlo entre comidas a fin de no perder el apetito para las comidas principales. Los suplementos nutricionales le ayudarán, entre otras cosas, a mantener un correcto estado nutricional y a mejorar su calidad de vida.(58)

Dificultades para tragar los alimentos sólidos

(disfagia a sólidos)

Evite los alimentos duros, como las patatas chips, tostadas, verduras crudas, frutos secos...

Evite los alimentos que se pegan en el paladar (leche condensada, chicles, pan de molde...).

Añada caldo, salsas suaves o leche a los alimentos para conseguir una consistencia más blanda y suave y facilitar la deglución.

Los alimentos sólidos en forma de puré se tragan más fácilmente (ejemplo: puré de verduras con patata y pollo). Es importante enriquecer el puré con alimentos proteicos

(carne, pescado, huevos).

Puede utilizar purés deshidratados instantáneos o ya preparados, así como cereales en

polvo para adultos de venta en supermercados o farmacias (productos de alimentación

básica adaptada, ABA).(59)

Dificultades para tragar los alimentos líquidos

(disfagia a líquidos)

Se puede manifestar con tos o regurgitación nasal.

Evite tomar los líquidos (agua, leche, infusiones, caldo...) sin espesar.

Hay que asegurar una correcta hidratación (1 - 1,5 litros de agua). El agua se puede tomar

en forma de gelatinas o bien con espesantes comerciales de venta en farmacias.

Puede utilizar productos naturales para espesar la leche (maicena, cereales en polvo...), los

zumos (maicena), los caldos (tapioca, queso en polvo, puré de patatas...) o las cremas

(patata, tapioca, maicena...).

No mezcle alimentos de doble textura; por ejemplo: no tome caldos con arroz o pasta,

leche con magdalenas, etc.

Para comer, debe colocarse en la posición correcta: siéntese con los hombros hacia adelante, la cabeza inclinada ligeramente al frente y los pies apoyados en el suelo.(60)

Un paciente cuyo estado nutricional no esté comprometido tolera y responde mejor al tratamiento, además de sentirse más fuerte y menos fatigado, puede recibir todas las dosis programadas de tratamiento. También es más probable que presentemos efectos secundarios ,En definitiva un paciente bien nutrido tiene más probabilidades de tener una mejor calidad de vida que aquel que no lo esté. (60)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio pre-experimental, con un antes y después, con el objetivo de implementar un programa de intervención educativa en familias para el incremento de conocimientos sobre nutrición y salud en función del manejo nutricional de pacientes oncológicos pertenecientes al CMF#26 de Pedro Ballester en el municipio Primero de Enero de la provincial Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido de Enero 2020 a Julio 2022.

La intervención educativa diseñada dirigida a las familias contó con todos los componentes didácticos que se requieren para la confección de un programa donde fueron impartido tres temas sobre nutrición y salud con un enfoque grupal, a partir de temas generales, y personalizado, según las características de las enfermedades oncológicas de los pacientes diagnosticados. La misma tuvo una duración de cuatro meses y se desarrolló todos los terceros viernes de cada mes

Universo de estudio

El universo de estudio estuvo constituido por 187 familias del CMF#26 del Consejo Popular Pedro Ballester, municipio Primero de Enero. Mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional la muestra quedó conformada por 34 miembros de familias de pacientes diagnosticados con cáncer responsables del cuidado de la alimentación de estos representando el 73,3%. Además se tuvo en cuenta que respondieran a los siguientes criterios:

Criterio de inclusión:

- Miembros de Familias al cuidado de la alimentación de pacientes con diagnóstico de cáncer que dieron su consentimiento para participar en la investigación. (Anexo 1)

Criterios de exclusión:

- Miembros de familias al cuidado de la alimentación de pacientes diagnosticados con cáncer que sean inestables en la atención a dichos pacientes.
- Miembros de familias al cuidado de la alimentación de pacientes diagnosticados con cáncer que tengan alguna discapacidad mental..

Criterios de salida:

- Miembros de familias al cuidado en la alimentación de pacientes diagnosticados con cáncer que por voluntad propia abandonen el estudio.
- Miembros de familias al cuidado en la alimentación de pacientes diagnosticados con cáncer, que se les haga imposible colaborar con el cuidado de sus familiares por accidentes

Métodos científicos empleados:**Del nivel teórico:**

- **Analítico - Sintético:** Se empleó con el objetivo de diagnosticar conocimientos sobre nutrición y salud en las Familias de los pacientes diagnosticados con cáncer.
- **Histórico lógico:** Permitió analizar los sustentos teóricos de nutrición y salud para los pacientes con cáncer desde su surgimiento en el decursar del tiempo.
- **Enfoque de Sistema:** Se utilizó con el objetivo de seleccionar los contenidos que satisfagan las necesidades de aprendizaje por prioridades, de los miembros de la familia al cuidado de la alimentación de lo pacientes diagnosticados con cáncer.

Del nivel empírico:

- **Análisis de documentos:** Mediante las fichas familiares se logró identificar a las familias de los pacientes diagnosticados con cáncer y el responsable de la alimentación de estos. (Anexo 2).

- **Encuesta:** Con el objetivo de diagnosticar los conocimientos sobre nutrición y salud, en las familias de los pacientes diagnosticados con cáncer y su manejo nutricional (Anexo 3).

Para el procesamiento de la información se utilizó de la estadística descriptiva el cálculo porcentual representado en tablas. Dentro de las principales variables se definieron:

Variable independiente:

Programa de intervención educativa: Conjunto de acciones que se aplica a un grupo de personas, organizaciones sociales, servicios instituciones y agrupaciones todos estos actores viven en zona geográfica y comparten la misma organización, así como valores e intereses básicos en un momento determinado, según la organización panamericana de la salud, la participación comunitaria se refiere a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance (Anexo 4)

Variable dependiente: incremento de conocimientos en las familias sobre nutrición y salud en función del manejo nutricional de pacientes oncológicos

1. Miembros de las familias responsables de la alimentación del paciente oncológico

1.1- Grupos de edades (cuantitativa continua)

1.1.1- Menor de 18 años

1.1.2- De 19 a 29 años

1.1.3- De 30 a 39 años

1.1.4- De 40 a 49 años

1.1.5- De 50 a 59 años

1.1.6- De 60 años y más

1.2- Sexo (cualitativa nominal dicotómica)

1.2.1- femenino

1.2.2- masculino

1.3- Nivel de escolaridad

1.3.1- primaria terminada

1.3.2- secundaria terminada

1.3.3- bachiller terminado

1.3.4- universitario

1.4- Conocimientos sobre nutrición y salud (cualitativa nominal dicotómica)

1.4.1- Favorable

1.4.2- Poco favorable

1.4.3. Insuficiente

2- Impacto del programa de intervención educativa en el conocimiento de las familias de pacientes oncológicos (cualitativa nominal dicotómica)

2.1- positivo

2.2- negativo

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Las pacientes fueron informados de los fines de la investigación y formalizó mediante el consentimiento informado previamente a su incorporación al estudio, además la investigación se basó en los principios de respeto a la persona, la beneficencia, la no maleficencia y justicia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA No 1: Distribución de los miembros de la familia al cuidado de la alimentación de los pacientes diagnosticados con cáncer, según el grupos de edad, pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia # 26 del Consejo Popular Pedro Ballester, municipio Primero de Enero, durante el periodo comprendido de Enero 2020 a Julio 2022. (Tabla #1)

Miembros de la familia al cuidado de la alimentación de dichos pacientes diagnosticados con cáncer, por grupo de edades. (Tabla :1)

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO	%
De 19 a 29 años	2	5.88
30 - 39 años	3	8.82
40- 49 años	9	4.81

50- 59 años	11	5.88
60- 69 años	9	4.81
TOTAL	34	100

FUENTE: Historia Clínica Individual (DISPENZARIZACION).

El estudio arrojó como resultado que la mayor incidencia de las familias a cargo de la alimentación de los pacientes diagnosticados con cáncer, de acuerdo con la edad de 50-59 años es el grupo de mayor incidencia ,siendo el de 19-29 años el grupo de menor incidencia; y mostrando igualdad de cifras los grupos de 40- 49 años y de 60 - 69 años de forma correspondiente , observado este desglosamiento en las cifras de la investigación realizada en Coincidiendo con estudios realizados en España en los años 2015 presento alta incidencia en los grupos de edades de 50- 59 años, lo cual se corresponde con nuestra investigación. (1)

TABLA 1.2:

Total de miembros escogidos por las familias al cuidado de los pacientes con cáncer.	SEXO		SEXO	
	Femenino	%	Masculino	%
34	30	88.2	4	11.4

FUENTE: Predominó el sexo femenino sobre el masculino en cuanto el cuidado de la alimentación ,30 de ellos para un 88.2 % , y el sexo masculino aportó solamente a 4 miembros con un porciento 11.4% , lo que corresponde con el estudio realizado en Estados Unidos en el año 2017 presentando el sexo femenino como el más relevante de ambos.

TABLA 3: Distribución de los miembros de la familia según nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Cantidad	%
Primaria terminada	6	17.6
Secundaria terminada	4	11.7
Bachiller terminado	11	32.3
Universitario	13	38.2
Total	34	100

FUENTE: Predominó el universitario sobre bachiller en cuanto el cuidado de la alimentación, en 38.2% y 32.3% respectivamente, la secundaria terminada aportó solamente a 4 miembros con un porcentaje 11.7%, lo que corresponde con el estudio realizado en España en 2017 que aportó igual similitud de cifras, entre ellas las más destacadas el nivel universitario.

TABLA 4: Distribución de los miembros de la familia al cuidado de los pacientes con cáncer en cuanto a los conocimientos que presentan sobre la nutrición de los mismos.

Conocimientos de nutrición	Miembros de la familia	%
Favorable	2	5.88
Poco favorable.	10	29.4
Insuficiente.	22	64,7
TOTAL.	34	100

FUENTE: En la tabla número 2 se muestran la cantidad de miembros de las familias al cuidado de sus familiares con cáncer, comprobándose que la mayor cantidad de dichos miembros muestran niveles de conocimientos insuficiente para un 64.7% de ellos, tienen nivel poco favorable 10 de los miembros para un 29.4 % y favorables en dichos conocimientos solamente 2 de dichos miembros para un 5% del total. Lo que corresponde con el estudio realizado en México en 2015 que muestra similitud en sus cifras sobre todo en las de insuficiencia del cuidado nutricional de dichos pacientes oncológicos para ese mismo porcentaje de 64.7% .

CONCLUSIONES

En la investigación realizada se pudo corroborar la ineficacia de los conocimientos de nutrición de los miembros de la familia al cuidado de la alimentación de los pacientes con cáncer, lo que permitió una vez aplicada la intervención educativa elevar los conocimientos de dichos miembros en un 88.2% comparado con los anteriormente presentes antes de dicha intervención. Se mostró la eficacia del mismo, actualmente presentan un mejor manejo de las elaboraciones y propuestas de alimentos a ofrecerles a sus familiares con diagnóstico de cáncer.

RECOMENDACIONES

Introducir y generalizar la intervención educativa dirigida familias sobre nutrición en pacientes diagnosticados con cáncer para que sea implementada en los Consultorios del Médico de la Familia del municipio Primero de Enero.

ANEXO I

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____

Hago constar por este medio, mi disposición y consentimiento a participar en el estudio Titulado: Intervencion educativa sobre nutrición en las familias de pacientes diagnosticados con cáncer en el CMF 26 de Pedro Ballester, declaro que he sido informado del objetivo del estudio y de las ventajas de la misma. El equipo de investigación me ha explicado que mi participación en el estudio es voluntaria y mi no aceptación o el retiro del mismo cuando yo lo considere no afectará mis relaciones con el médico y la institución que me seguirán atendiendo según las normas del estado cubano, además los resultados que se obtengan con mi participación estarán amparados por la confidencialidad.

Doy mi consentimiento para que realice la encuesta de acuerdo a la valoración médica y criterios de inclusión para la admisión de esta investigación y para constancia de lo antes expuesto firmo este documento, en los ___ del mes de _____ del año 20__.

Firma del paciente: _____

Nombre y

firm a del m é d i c o : _____

ANEXO 2

GUÍA DE ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

Objetivo: Distribuir a los miembros de las familias escogidas al cuidado de la alimentación de los pacientes diagnosticados con cáncer en el CMF 26 de Pedro Ballester según diferentes variables.

Universo: Historias Clínicas

Tipo de documentos: Escritos oficiales

Categorías de análisis:

Total de miembros escogidos por las familias al cuidado de los pacientes con cáncer

1. Grupo de edad

- a) Menor de 18 años
- b) De 19 a 29 años
- c) De 30 a 39 años
- d) De 40 a 49 años
- e) De 50 a 59 años
- f) De 60 a 69 años.

1.1- De acuerdo al sexo .

- a) Femenino __ 30
- b) Masculino __ 4

ANEXO 2.

ENCUESTA: Para los miembros escogidos por las familias al cuidado de los pacientes con cáncer.

Objetivo: Implementar una Intervención educativa para familias sobre nutrición de pacientes diagnosticados con cáncer en el CMF# 26 de Pedro Ballester.

Consigna: Como alimentar a mi familiar con diagnóstico de cáncer.

Participar en esta investigación será muy útil para su conocimiento en cuanto al manejo de la alimentación de los pacientes con cáncer. Necesitamos por ello que respondas a las preguntas cuidadosamente. Marque con una X de acuerdo a las interrogantes planteadas

Qué edad tiene usted:

De 30 a 39 años ___

De 40 a 49 años ___

De 50 a 59 años ___

De 60 a 69 años ___

Es usted:

Femenina _____

Masculino _____

Que sabes de la Nutrición de los pacientes con cáncer. Señale con una X al respecto de lo conocido.

Mucho _____

Poco _____

Nada _____.

Es la primera vez que se enfrenta a la elaboración de alimentos de algún familiar con cáncer.

Sí _____

No _____.

Sabe exactamente que alimentos ofrecerle a su familiar con cáncer cuando este pierda el interés por los mismos, o cuando tenga alguna sintomatología que le impida una completa alimentación para poder seguir alimentándolo.

Si_____

No_____

A lo mejor_____

Ha elaborado alimentos en otras ocasiones para familiares, amigos o conocidos que hayan tenido o tengan el diagnóstico de cáncer.

Si_____

No_____

Algunas

ocasiones_____.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVO .

FUNDAMENTACION .

La presencia de tumores malignos es habitual en nuestra sociedad y ha ido creciendo de manera exponencial con la llegada de ciertos factores ligados a su prevalencia. Algunos de ellos están íntimamente relacionados con la dieta y su presencia o ausencia en la ingesta y en el día a día de las personas es en la actualidad motivo de estudio. Por ello, aunque gracias a la quimioterapia, radioterapia y cirugía los pacientes han aumentado su esperanza de vida, queremos con este Programa de Intervención educativa, dirigido a las familias encargadas del cuidado de pacientes diagnosticados con cáncer, promover la mejora de esta alimentación en el transcurso de la enfermedad y una vez se haya diagnosticado, intentar ayudar a la mejora de los síntomas que sufren y que merman su calidad de vida justo desde el momento del diagnóstico. El objetivo de este programa propuesto es que todos estos efectos secundarios que aparecen, motivados no sólo por los tratamientos sino también por el incorrecto manejo nutricional por parte de las familias a cargo del cuidado de estos pacientes, sean lo más adecuada posible en lo que a la alimentación se refiere, y así el momento de la comida no se convierta en otro problema más del proceso.

Por ello propusimos un Programa Integral Educativo en el que ayudamos a los pacientes y familiares a mejorar la alimentación durante el tiempo de estancia en los ciclos de tratamiento que recibían los enfermos así como beneficiarse gracias a implantar la mejora de sus hábitos alimenticios para revertir cualquier mala praxis, en el caso de que la misma existiera. El programa consistió en seleccionar pacientes que de manera voluntaria quisieron participar y que acudían a las consultas externas

También encontramos a la hora de valorar las ingestas que estos pacientes realizaban, estaban bastante desorganizadas y no cumplían con lo establecido en las

guías utilizadas como base de alimentación saludable, independientemente de que existiera enfermedad o no. Por lo que otro de los objetivos que nos marcamos era mejorar este parámetro así los pacientes se podían beneficiar de la utilización de este programa como base para el futuro a la hora de adquirir hábitos. Muchos de ellos de manera significativa, han ido incorporando ingestas con las que han conseguido no sólo mejorar su alimentación, sino que aumente la riqueza y variedad de su dieta.

Para finalizar señalar que es importante la implantación de algún programa de soporte nutricional en el paciente oncológico, como este que hemos propuesto que incorpora además la recomendación de ejercicio y de buenos hábitos.

Objetivo General:

Proporcionar a los miembros de la familia escogida al cuidado de la alimentación de los pacientes con cáncer un espacio teórico conceptual, para elevar el nivel de conocimiento de dichos miembros escogidos acerca de las correctas prácticas de nutrición para el manejo de los mismos.

Al finalizar este programa los miembros escogidos por las familias al cuidado de la alimentación de los pacientes enfermos serán capaces de:

1. Compartir información precisa y actualizada sobre los alimentos a ofrecer a sus familiares con diagnóstico de cáncer.
2. Demostrar la preparación que poseen para elaborar diferentes platos a dichos pacientes.
3. Describir los tipos de alimentos por sus vitaminas y minerales.
4. Dominar los alimentos a ofrecer de acuerdo a las sintomatologías presentes en el enfermo.
5. Demostrar las ventajas que ofrece los conocimientos nutricionales en el paciente oncológico.

Dirigido a: Los miembros escogidos por las familias al cuidado de la alimentación de los pacientes con cáncer del CMF # 26.

Duración de las actividades: 30 minutos ajustable a los recursos y el tiempo.

PLANES TEMATICOS

1- Generalidades del programa de Intervención Educativa.

2- Tipo de alimentos a consumir en el paciente con cáncer y las formas correctas de elaborar las propuestas, mediante imágenes.

3- Ventajas que ofrece la correcta nutrición para el paciente oncológico mediante historias vivenciales.

CLASE #1.

Objetivos:

1. Presentación de los coordinadores y miembros del grupo.
2. Brindar información a los participantes sobre los propósitos que perseguimos con este programa.
3. Diagnosticar el nivel de preparación existente antes del programa educativo.

Contenidos:

- Presentación del programa.
- Encuesta.
- Recoger el consentimiento informado de los miembros de los familiares al cuidado de la alimentación de los pacientes con cáncer.

Recursos:

Encuesta y lápices.

Recurso dinámico: Nuestras expectativas y técnica de la doble rueda.

Desarrollo:

CLASE # 2: Proyección de imágenes

Objetivo: Describir a través de imágenes los tipos de alimentos a consumir para los pacientes con cáncer y las formas correctas de elaborar las propuestas.

Materiales requeridos: Una laptop con un powerpoint con juegos de diapositivas, imágenes sobre la temática determinada

Número de participantes: 34 miembros escogidos al cuidado de la alimentación

Tiempo necesario: 30 minutos.

Descripción: La actividad consiste en proyectar una serie de diapositivas referentes a los tipos de alimentos, así como la forma correcta de preparar los alimentos explicando las diapositivas que se están proyectando. Una vez concluida la proyección, se le pide a dichos miembros explicar las diferentes vistas y explicaciones, que permitan generar discusión y reflexión relacionada con su realidad a través de la pregunta ¿cómo lo hago?

CLASE # 3

Título: Historia vivencial

Objetivo: Demostrar las ventajas que ofrece la correcta nutrición para el paciente oncológico.

Materiales requeridos: Murales, marcadores.

Número de participantes: 34 miembros

Tiempo necesario: 30 minutos.

Descripción: Se le solicita a los participante de mayor experiencia en la elaboración de alimentos para el paciente con cáncer que describa las ventajas que le ha permitido obtener en cuanto a alimentar a su familiar, realizan una comparación con los otros participantes y van marcando todas las ventajas que ofrece la correcta nutrición en el paciente oncológico. Asimismo durante el desarrollo de la actividad se procede al debate con los miembros de la familia al cuidado de la alimentación y las consecuencias que ha traído el poco conocimiento en el manejo de alimentos en aquellos miembros que no conocían dichas propuestas.

Para generar la polémica y el debate que posibilite la reflexión, se comparan los aspectos que interesan en este evento, entre la situación de antes y la actual

CLASE # 4

Título: La pelota preguntona

Objetivo: Valorar los preparación adquiridos sobre las ventajas y prácticas correctas de los alimentos para los pacientes con cáncer.

Materiales requeridos: Preguntas elaboradas. Una pelota de poco peso.

Número de participantes: 34 miembros

Tiempo necesario: 30 minutos

Descripción: Se escribe una serie de preguntas que se va evaluar de las actividades impartidas. Se les explica a los miembros que lanzará la pelota a una de ellas y el que la reciba responderá a la pregunta que se le plantee. Al ser respondida la pregunta, el mismo miembro de la familia lanzará la pelota a otro miembro, quien responderá una nueva pregunta, y así sucesivamente hasta agotar todas las preguntas elaboradas. Las preguntas deben ser explicadas claramente para que se pueda responder con facilidad. Pueden estar repetidas más de una vez, ya que eso permite desarrollar mayor capacidad de análisis y aprendizaje del tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1-Villegas Eguino A ; Fernández Sánchez B. García Álvarez, G ; García Sáenz J A .
Asociación Española Contra el Cáncer. Junta Nacional. Amador de los Ríos, 5 28010
Madrid.

2-Diccionario Médico (Free) versión 1.2

4- Bosch Martí .World Association for Cáncer Research.Conferencia en el congreso
del W A C R

http://www.youtube.com/watch?v=R33xhKQWwtE&feature=player_embedded

5- Bosch Martí.W orld; Muro A. F . Revista Discovery Salud. Entrevista publicada

6- Bosch Martí A. Artículos en la Revista Discovery Salud.

Disponible en: <http://www.fvff.es/dr-alberto-marti-bosch-enfoque-holistico>

7-Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002015000200004

8-Disponible

en:<https://www.aecc.es/SobreEICancer/CancerPorLocalizacion/cancerdepulmon/Paginas/cancerdepulmon.aspx>Cáncer en español - National

9-Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232016000400001&lng=es.

10-Cáncer de pulmón; [aprox. 3 pantallas] Localizado en ClínicaKeyGA: CDC;
[citado 7 Dic. 2017].

11-Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S0300289617302600>

12-Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/lung/index.htm>

13-temas_medicina_interna_tomo1_ Entrevista publicada en la en BVSitad 7 Dic.
2017]. quintaedicion/cap34.pdfLocalizado

Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/roca

14-Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/cirugia_toracica/cap12.pdf

- 15-[aprox. 21 pantallas]. Disponible en:
<http://www.cubadebate.cu/noticias/2016/08/02/cnn-los-investigadores-cubanos-luchancontra-el-cancer-de-pulmon.con-una-vacuna/#.WIrif5d77IU>
- 16-Disponible
en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 17-Disponible en:<https://www.clinicalkey.es#!/content/journal/1-s2.0-S0300289617302557>
- 18- Salvatierra Velázquez A;Algar Algar F J,;Madueño F C. Cáncer de pulmón. Actualización Revista Estadificación,.(pag46)
- 19- Instituto Nacional Americano del Cáncer. Pag 537
Disponible en: www.cancer.gov/espanol
- 20-ELF: Disponible en: www.europeanlung.org
- 21- Amador de los Ríos, 528010 Madrid. todocancer.org en INFOCÁNCER 900 1036,
- 22-Disponible en: www.europeanlung.org Octubre de 2016
- 23-American Cancer Society (Sociedad Americana contra el Cáncer) 1-800-227-2345
Disponible en: <http://www.cancer.org/docroot/home/index.asp>
- 24- Urdaneta Arto Elena.Nutricion en Paliativos.200.pd
- 25- RAPD Online 2009 V32 N4 07 pdf.
- 26- Recomendaciones dietéticas nutricionales 20% oncología. Pdf

- 27- Meridaje terapéutico nutricional . Nutrición Oncológica 02 articulo -1 .
- 28- Berrino F, Krogh V, Riboli E. Epidemiologystudiesondiet and cancer. Tumori 2003; 89:581-2.
- 29- Celaya S, Valero MA. Tratamiento nutricional en el paciente oncológico. NutrHosp 1999;14(2):43-52.
- 30- Sanz Ortiz J. ¿Qué es bueno para el enfermo? MedClin (Barc) 2002; 119(1):18-22.
- 31- Rodríguez CA, Reguero V. Nutrición en el paciente con cáncer avanzado. Formación Médica Continuada 2009. Oncología 4(10):15-28.
- 32- Jeejeebhoy KN. Nutritionalassessment. Nutrition. 2000; 16:585-90.
- 33- Ottery FD. Definition of standarizednutritionalassessment and interventionalpathways in oncology. Nutrition 1996;12:S15-19.
- 34- Gómez-Candela C, Luengo LM, Zamora P, et al. Algoritmos de evaluación y tratamiento nutricional en el paciente adulto con cáncer. En: Gómez Candela C, Sastre Gallego A, eds. Soporte nutricional en el paciente oncológico. 2ª ed. Madrid: SEOM; 2004. p. 265-284.
- 35- García de Lorenzo A, Álvarez-Hernández J, Planas M, et al. Multidisciplinaryconsensusontheapproachto hospital malnutrition in Spain. NutrHosp 2011;26(4):701-10.
- 36- Álvarez-Hernández J, Planas M, León-Sanz M, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalizedpatients; thePREdYCESSstudy. NutrHosp 2012;27(4):1049-59.

37- Wohlschlaeger A. Prevention and treatment of mucositis: a guide 15. for nurses. J of Pediatric Oncology Nursing 2004; 21:281-287.

38-Luque Clavijo S, Vaque C, Muns MD et al. Influencia del estado 16. nutricional en la evolución del paciente oncológico. NutrHosp 2004; 19:9.

39- Politi PM. Soporte nutricional en pacientes con cáncer. Equipo 17. interdisciplinario de Oncología, Bs. As. <http://www.cancerteam.com.ar/polit001.html>.

40-. en el paciente oncológico. Novartis Consumer Health Ed.2003. Glen T. Cameron and Muger V. Geana. Functional foods: delive

41-. ring information to the oncology nurse. The American Society for Nutritional Sciences J Nutr 2005; 135:1253-1255. Argilés JM. Nutrición y cáncer. 100 conceptos clave. Novartis Me

42-. dica Nutrition. Ed. Glosa. 2005. Q. Camarero E, Culebras J.M, Grau T et al. Evidencia científica

43- en Soporte nutricional especializado. Paciente quirúrgico, crítico, oncológico y respiratorio. Manual de actuación. Ministerio de Sanidad y Consumo. OMC. IM & C, SA. 2006.

44-Oria E, Petrina E, Zugasti A. Problemas agudos de la nutrición en 8. el paciente oncológico. Anales Sis San Navarra, 2004; 27:77-86. Koning Garlito MA, Del Olmo García D. Alimentación y cáncer.

45-En: Vázquez C, De Cos A.I, López-Nomdedeu C Eds. Alimentación y Nutrición. 46- Manual Teórico-Práctico. 2005.

47- Mulligan HD, Tisdale MJ. Metabolic substrate utilization by tumor 10. and host tissues in cancer cachexia. Biochem J 1991; 277:321-326.

49- Lelli G, Montanari M, Gilli G et al. Treatment of the cancer ano-11. rexia-cachexia syndrome: a critical reappraisal. J Chemother 2003; 15 (3):220-225. Tisdale MJ. Metabolic abnormalities in cachexia and anorexia.

50- Nutrition 2000; 16:1013-1014. Politi PM. Anorexia y caquexia asociada con cáncer: terapia far-13. macológica 2002.

- 51- Equipo interdisciplinario de Oncología, Bs. As.
<http://www.cancerteam.com.ar/poli001.html>. Pibernat i Tornabell A. Mucositis. En: Nutrición y dietética clínica.
- 52- Ed. Doyma S.A., 2000: 465-466. Wohlschlaeger A. Prevention and treatment of mucositis: a guide 15. for nurses. J of Pediatric Oncology Nursing 2004; 21:281-287.
- 53- Luque Clavijo S, Vaque C, Muns MD et al. Influencia del estado 16. nutricional en la evolución del paciente oncológico. NutrHosp 2004; 19:9.
- 54- Murphy, GERALD, Walter. Oncología Clínica, manual de la American Cancer Society, 1era Edic. Washington 1999.
- 55- Milena Rojas D. Apoyo nutricional para el paciente oncológico [Internet]. Centro colombiano de nutrición integral.com [citado 2 Mar 2016]
- 55- Consejos de alimentación. Enlace Público del NCI www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes
- 56- Delgadillo-Hernández, Alma Olga, & López-Coutiño, Berenice, & Cabral-Gallo, María del Consuelo, & Sánchez-Zubieta, Fernando Antonio (2012). Funcionamiento familiar de adolescentes con leucemia. Psicología Iberoamericana, 20(1), 48-62.
- 57- Grau, C. (2002). Impacto psicosocial del cáncer infantil en la familia. Educación, Desarrollo y Diversidad, 87-106.
- 58- (ASCO), A. s. (12 de 2018). Información al paciente, aprobado por el médico. Obtenido de <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-hablar-con-los-familiares/de-qu%C3%A9-mañera-el-c%C3%A1ncer-afecta-la-vida-familiar>.
- 59- Palacios, X., & Gonzalez, M. (2015). Las representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en la familia del paciente oncológico. Avances en Psicología Latinoamericana, 497-515.
- 60- Rhonda A. Faulkner, Maureen Davey. (2002) Children and Adolescents of Cancer Patients: The Impact of Cancer on the Family. The American Journal of Family Therapy 30:1, pages 63-72.

A P R O B A D O P O R :

Director de la Institución ejecutora:

Firma

y cuño:

Fecha: