nutritionDay WORLDWIDE

Hoja 1_oncología

Código del Centro[2] ☐☐☐☐☐

Código de la Unidad[3] ☐☐☐☐☐

¿Dispone de una historia clínica electrónica en su hospital?[9]	◯ Sí ◯ No
¿Forma parte la terapia nutricional del tratamiento de los pacientes oncológicos?[9]	◯ Sí ◯ No
Si la respuesta es si, ¿de qué modo forma parte del tratamiento global?[38]	
se considera rutinariamente	☐
cuando lo pide el paciente	☐
cuando la pérdida de peso es > 10 %	☐
durante la fase de cuidados paliativos	☐
otros, descríbalo por favor	
Si la respuesta es no, porque....[10]	
falta evidencia	☐
faltan conocimientos en este campo	☐
falta de reembolso	☐
alimenta el tumor	☐
otros, descríbalo por favor	☐
¿Qué terapia nutricional se utiliza para los pacientes oncológicos?[10]	
Nutrición según el plan nutricional	☐
Cálculo de necesidades energéticas	☐
Monitorización de la ingesta de los pacientes y uso de suplementos nutricionales orales cuando es necesario	☐
ninguno	☐
otros	☐
Si la respuesta es negativa, por favor indique las razones principales[10]	
falta de evidencia	☐
falta de experiencia	☐
falta de reembolso	☐
falta de dietistas	☐
falta de otros expertos	☐
otros	☐

Con qué frecuencia evalúa lo siguientes parámetros en pacientes oncológicos y qué métodos utiliza?[39]

	regularmente	con cada ciclo de quimoterapia	cuando es necesario	nunca	?
composición corporal					
peso corporal	◯	◯	◯	◯	◯
Antrpometria (circunferencia)	◯	◯	◯	◯	◯
BIA	◯	◯	◯	◯	◯
CT scan	◯	◯	◯	◯	◯
DEXA	◯	◯	◯	◯	◯
otros	◯	◯	◯	◯	◯
función corporal					
fuerza del puño	◯	◯	◯	◯	◯
prueba de andar 6 minutos	◯	◯	◯	◯	◯
otros	◯	◯	◯	◯	◯
requerimientos nutricionales, calculado	◯	◯	◯	◯	◯
ingesta nutricional					
cada comida	◯	◯	◯	◯	◯
1 comida al día	◯	◯	◯	◯	◯
2 comidas al día	◯	◯	◯	◯	◯
recuerdo de 24 h	◯	◯	◯	◯	◯
otros	◯	◯	◯	◯	◯

¿Quién rellenó este cuestionario (Hoja_1 oncología)?[11]

◯ dietista ◯ enfermera ◯ médico ◯ nutricionista ◯ otros

Cada exponente corresponde a los números en las explicaciones

© nutritionDay grupo de oncología - para el nutritionDay mundial
nutritionDay worldwide - una auditoría multinacional de corte transversal

Hoja 2_oncología Hoja N° [18] ☐☐ Código del Centro [2] ☐☐☐☐☐ Código de la Unidad [3] ☐☐☐☐☐

"Unidad todos los pacientes oncológicos"

nutritionDay WORLDWIDE

Hoja 2 oncol

Iniciales (paciente (4 iniciales) ☐☐☐☐ [4])	N° (Número de historia clínica [5])	a/h (Ambulatorio/ hospitalización [40])	c/p/t (Objetivo Terapéutico [41])	1-6 (Motivo de ingreso [42])	1-17 (Diagnóstico del cáncer actual [43])	1-6 (Tiempo desde el diagnóstico de cáncer [44])	0-IV (Estadio del cáncer [45])	1-8 (Tiempo desde el comienzo del primer tratamiento del diagnóstico de cáncer actual [46])	1-10 (Situación terapéutica [47])	1-3 (Infecciones [48])	mg/dL ◯ mg/L ◯ (Parámetro de Laboratorio (CRP) sólo si el dato está ya evaluado [49])	g/L ◯ g/dL ◯ (Parámetro de Laboratorio (Albúmina) sólo si el dato está ya evaluado [50])	1-10 (Tratamiento nutricional [51])

OBJETIVO TERAPÉUTICO
- **c=** curativo
- **p=** paliativos
- **t=** terminales

MOTIVO DE INGRESO
- **1=** diagnóstico clínico
- **2=** tratamiento
- **3=** relacionado con la cirugía
- **4=** complicaciones del tratamiento
- **5=** mal estado de salud
- **6=** dificultad para el cuidado independiente

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER ACTUAL
- **1=** mama
- **2=** colon, recto
- **3=** próstata
- **4=** pulmón
- **5=** piel
- **6=** riñón/vejiga
- **7=** gástrico/esófago
- **8=** páncreas
- **9=** linfoma
- **10=** ORL
- **11=** leucemia
- **12=** tracto genital
- **13=** hígado
- **14=** sarcoma
- **15=** cerebro
- **16=** testículo
- **17=** otro

TIEMPO DESDE EL DIAGNÓSTICO
- **1=** 0-2 meses
- **2=** 3-5 meses
- **3=** 6-12 meses
- **4=** 1-2 años
- **5=** 2-4 años
- **6=** > 4 años

ESTADIO DEL CÁNCER
- **0=** carcinoma in situ
- **I=** localizado
- **II=** localmente avanzado inicial
- **III=** localmente avanzado tardío
- **IV=** Metastatizado

TIEMPO DESDE EL COMIENZO DEL PRIMER TRATAMIENTO
- **1=** no tratamiento
- **2=** estadío/diagnóstico del tumor
- **3=** 0-2 meses
- **4=** 3-5 meses
- **5=** 6-12 meses
- **6=** 1-2 años
- **7=** 2-4 años
- **8=** > 4 años

SITUACIÓN TERAPÉUTICA
- **1=** Diagnóstico
- **2=** Primera línea de Quimioterapia
- **3=** Quimioterapia de primera línea avanzada
- **4=** Radioterapia
- **5=** Terapia diana
- **6=**Terapia hormonal
- **7=** paliativo
- **8=** cirugía
- **9** = complicaciones relacionadas con el tumor
- **10=** Complicaciones relacionadas con la terapia

INFECCIONES
- **1=** ninguna
- **2=** local
- **3=** general

TRATAMIENTO NUTRICIONAL
- **1=** ninguna dieta especial
- **2=** plan dietético individualizado
- **3=** Suplementos Nutricionales Orales (SNO) ricos en energia/ricos en proteínas
- **4=** nutrición enteral (vía SNG/PEG)
- **5=** nutrición parenteral
- **6=** SNO enriquecidos con nutrieintes especiales
- **7=** nutrientes especiales (EPA, aminoácidos ramificados, glutamina, arginina, carnitina)
- **8** = preferencias personales
- **9** = consejo
- **10=** otro

Cada componente corresponde a los números en las explicaciones

©nutritionDay oncology group - for nutritionDay worldwide

nutritionDay WORLDWIDE

Hoja 3_paciente oncología

Fecha [1] _ _ / _ _ / _ _ _ _

Patiente número [5] ☐☐

Estimado paciente,
Nos gustaría que hoy completara este cuestionario para mejorar nuestro tratamiento nutricional en esta unidad. Nos gustaría sabe cómo se encuentra y qué tal está de actividad física.

Por favor señale ⊗ **o rellene** m **MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA!**

Iniciales del paciente: [4] las 2 primeras letras de su nombre ☐☐ las 2 primeras letras de su apellido ☐☐

Su peso habitual antes de ponerse enfermo [52] ☐☐☐ **kg** ○ No sé

Peso actual [52] ☐☐☐ **kg** ○ No sé

¿Su cambio de peso ha sido de forma voluntaria o involuntaria? [54]

○ voluntaria ○ involuntaria ○ el peso es estable

Por favor marque lo que mejor se aplique a Ud durante la semana pasada: [55]

	en absoluto	un poco	bastante	muchísimo
¿Ha tenido dolor?	○	○	○	○
¿Necesitó parar para descansar?	○	○	○	○
¿Se ha sentido débil?	○	○	○	○
¿Se sintió deprimido/a?	○	○	○	○
¿Estuvo cansado/a?	○	○	○	○
¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	○	○	○	○
¿Le ha faltado el apetito?	○	○	○	○

Por favor marque lo que mejor se aplique a Ud en estos momentos: [55]

	en absoluto	un poco	bastante	muchísimo
¿Tiene dolor?	○	○	○	○
¿Neceista descansar?	○	○	○	○
¿Se siente débil?	○	○	○	○
¿Se siente deprimido?	○	○	○	○
¿Está cansado?	○	○	○	○
¿Interfiere el dolor en sus actividades diarias?	○	○	○	○
¿Tiene falta de apetito?	○	○	○	○

Si su apetito o su consumo de alimentos ha cambiado, por favor indique por qué? [10]

☐ náuseas/vómitos ☐ estreñimiento ☐ saciedad precoz/pérdida de apetito
☐ inflamación de la boca ☐ diarrea ☐ otros
☐ dolor ☐ cambio de gusto/olfato

¿Cuál de las siguientes actividades puede Usted realizar al máximo? (escoja sólo una opción) [56]

○ capaz de hacer deporte ○ capaz de cuidado personal
○ totalmente activo ○ capaz de cuidado personal limitado
○ capaz de hacer actividades ligeras ○ confinado en cama o sillón

¿Qué toma sin la prescripción de un médico? [10]

☐ nada ☐ multivitamínco
☐ té de hierbas ☐ otra medicación
☐ suplementos nutricionales ☐ otros

¿Cuál de las siguientes actividades realiza? [10]

☐ nada ☐ Meditación ☐ otros
☐ Psicoterapia ☐ relajación muscular progresiva
☐ Yoga ☐ Qigong

¿Es difícil cumplir el tratamiento? [9] ○ Sí ○ No ○ No sé

¿Le ha ayudado alguien a completar el cuestionario? [9] ○ Sí ○ No ○ No sé

¿Piensa Usted que incluir la nutritición en el plan terapéutico de su cáncer podría porporcionar un beneficio relevante para Usted? [9] ○ Sí ○ No ○ No sé

Cada exponente corresponde a los números en las explicaciones

© **nutritionDay grupo de oncología -** para el nutritionDay mundial
nutritionDay worldwide - una auditoría multinacional de corte transversal