

**Opiniones y experiencias de
profesionales sanitarios en el
manejo nutricional del paciente
oncológico: estudio ONA**

**Opinions and experiences of
healthcare professionals in the
nutritional management of
oncology patients: the ONA study**

10.20960/nh.03914

06/17/2022

Opiniones y experiencias de profesionales sanitarios en el manejo nutricional del paciente oncológico: estudio ONA

Opinions and experiences of healthcare professionals in the nutritional management of oncology patients: the ONA study

Emilia Cancer¹, Itxaso Orúe², María Ana Estornell³, Eduardo Sánchez-Sánchez^{4,5}, Juan Antonio Guerra⁶, Begoña Barragán⁷, Mercedes Blanco⁸, Hector D de Paz⁹, Grupo de Trabajo ONA

¹Sección de Endocrinología y Nutrición y ⁶Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

²Centro de Salud Santutxu-Solokoetxe. Bilbao. ³Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Valencia. ⁴Unidad de Medicina Interna y Cuidados Paliativos. Hospital Punta Europa. Algeciras, Cádiz. ⁵Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INiBICA). Hospital Universitario Puerta del Mar. Universidad de Cádiz. Cádiz. ⁷Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC). Madrid. ⁸Departamento Médico. Nestlé Health Science. Barcelona. ⁹Outcomes'10, S.L. Castellón de la Plana, Castellón

Recibido: 20/10/2021

Aceptado: 28/12/2021

Correspondencia: Hector D de Paz. Universitat Jaume I. Parque Tecnológico y Empresarial ESPAITEC. Ed. Espaitec 2, 3.ª Planta. Avda. Sos Baynat s/n. 12071 Castellón de la Plana
e-mail: hdepaz@outcomes10.com

Agradecimientos: agradecemos a todas las personas que colaboraron con este proyecto a través de su participación, así como a todas las

sociedades científicas, por la difusión del cuestionario y el aval institucional y/o social para la realización del presente estudio.

Fuente de financiación: el presente estudio ha contado con el apoyo y la financiación de Nestlé Health Science.

Conflictos de interés: Emilia Cancer ha recibido honorarios por ponencias y trabajado en proyectos de investigación de Fresenius Kabi, Abbott Nutrition, Nestlé Health Science, Vegenat, Adventia, Nutricia, Novo Nordisk, Lilly y Boehringer fuera del trabajo presentado. Mercedes Blanco es trabajadora de Nestlé Health Science. Héctor D. de Paz trabaja para una asesoría científica independiente (Outcomes'10) que ha recibido honorarios por su contribución en el desarrollo y coordinación del proyecto, así como la redacción del presente manuscrito. El resto de los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESUMEN

Objetivos: un abordaje inadecuado de la desnutrición en el paciente con cáncer puede conducir a un empeoramiento de su calidad de vida y una respuesta deficiente al tratamiento. El estudio ONA (Oncología, Nutrición y Adherencia) tiene como objetivo describir el manejo nutricional del paciente con cáncer en la práctica clínica, así como las opiniones de los profesionales sanitarios involucrados en el mismo.

Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal dirigido a profesionales sanitarios españoles. El cuestionario *online* fue diseñado a partir de una revisión bibliográfica, un grupo focal de pacientes (n = 6) y un comité científico multidisciplinar (n = 5), y distribuido por las sociedades científicas que avalan el estudio.

Resultados: de los 461 profesionales sanitarios participantes, el 95,0 % consideraron fundamental la figura del profesional sanitario con formación específica en nutrición, pero el 22,8 % no tenían acceso a ella y solo el 49,0 % habían recibido formación. El 58,4 % afirmaron realizar el cribado nutricional o derivar al paciente para

este fin. El 86,6 % de los participantes indicaron que se informa al paciente sobre aspectos nutricionales y consideraron que este estaba moderadamente satisfecho con la información recibida. En caso de detectarse desnutrición o riesgo de desnutrición, los profesionales afirmaron realizar una evaluación nutricional completa (73,1 %) y, de necesitarse soporte nutricional, este se prescribiría/recomendaría (87,4 %), evaluándose la adherencia al mismo (86,8 %).

Conclusiones: a pesar de que la desnutrición es un problema común en el paciente con cáncer, casi la mitad de los profesionales no realizan un cribado nutricional. Además, el proceso de información y evaluación de la adherencia nutricional es subóptimo.

Palabras clave: Cáncer. Neoplasia. Estado nutricional. Tratamiento nutricional. Soporte nutricional. Comunicación sobre salud. Trabajadores sanitarios. Adherencia.

ABSTRACT

Objectives: an inadequate approach to prevent malnutrition in cancer patients may worsen their quality of life and reduce their response to treatment. This study aims to describe the nutritional management of cancer patients in clinical practice, as well as the opinions of the healthcare professionals (HCPs) involved.

Methods: this was an observational, descriptive, cross-sectional study addressed to HCPs in the Spanish healthcare setting. The online questionnaire was designed based on a literature review, one focus group of patients (n = 6), and the experience of the multidisciplinary scientific committee (n = 5), and was distributed by the scientific societies endorsing the study.

Results: a total of 461 HCPs answered the survey. Most of them considered that a nutrition expert (95.0 %) is essential for the nutritional management of patients. However, 22.8 % of HCPs did not have access to this expert, and only 49.0 % had received training.

Nutritional screening or patient referral for screening was performed by 58.4 % of HCPs. Of the total of HCPs, 86.6 % stated that nutritional information is provided to patients and considered them moderately satisfied with the information received. In malnourished patients or in those at risk of malnutrition, a complete nutritional assessment was performed by HCPs (73.1 %). Most HCPs (87.4 %) reported prescribing or recommending nutritional support if needed, and assessing adherence (86.8 %).

Conclusions: despite malnutrition being a common problem in cancer patients, almost half of professionals do not perform any nutritional screening. In addition, patient information and assessment of nutritional adherence appear to be suboptimal.

Keywords: Cancer. Neoplasm. Nutritional status. Nutritional therapy. Nutritional support. Health communication. Health workers. Adherence.

INTRODUCCIÓN

Las dificultades para realizar una alimentación correcta y los problemas nutricionales son una complicación habitual en el paciente con cáncer. Estas complicaciones pueden aparecer como consecuencia de la propia enfermedad y los tratamientos, por el impacto en su estado emocional y estilo de vida, así como la falta de planificación nutricional por parte de los profesionales sanitarios (1-3). Se estima que al menos la mitad de los pacientes con cáncer están desnutridos o en riesgo de desnutrición en el momento del diagnóstico y que el 64% sufren una reducción de peso en los 6 meses posteriores (4). Con la progresión de la enfermedad, la prevalencia de la desnutrición es incluso superior, llegando al 80 % en algunos tipos de cáncer, como el esofágico (5, 6).

La desnutrición se correlaciona con una respuesta deficiente al tratamiento y un incremento de la toxicidad. En consecuencia, se produce un empeoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud, y un incremento de la morbimortalidad, de la estancia hospitalaria y de los costes (7-9). Por este motivo, la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) recomiendan la identificación, prevención y tratamiento de los aspectos reversibles de la desnutrición en el paciente con cáncer (10,11).

Los problemas nutricionales en el paciente con cáncer son a menudo subestimados, infradiagnosticados e infratratados. Cerca de la mitad de los pacientes no recibe ningún tipo de asesoramiento nutricional (12-14). En los pacientes desnutridos la intervención temprana con consejos dietéticos y/o suplementos nutricionales orales (SNO) es fundamental para mantener, e incluso mejorar, su estado nutricional. Sin embargo, diversos estudios han puesto de manifiesto la baja adherencia a las recomendaciones nutricionales y en concreto a los SNO, especialmente en los pacientes jóvenes (15). Sin embargo, a pesar de que la correcta adherencia es crucial para el éxito de dichas intervenciones, raramente se evalúa (16). Por este motivo se recomienda la implementación de estrategias que permitan evaluar y promover la adherencia del paciente a las pautas nutricionales realizadas por su profesional sanitario (17).

Conocer la perspectiva y la práctica clínica habitual de los profesionales sanitarios involucrados en el manejo nutricional del paciente con cáncer es fundamental para identificar barreras y definir las estrategias adecuadas para optimizar su manejo. El estudio ONA (oncología, nutrición y adherencia) describe el manejo nutricional del paciente oncológico en práctica clínica desde la perspectiva del profesional sanitario.

MÉTODOS

Diseño del estudio y participantes

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el ámbito sanitario público español, mediante un cuestionario dirigido a profesionales sanitarios involucrados en el manejo nutricional del paciente con cáncer y que ejercen su profesión en el ámbito sanitario español.

Cuestionario

El cuestionario se diseñó a partir de una revisión de la literatura y un grupo focal de pacientes, que permitieron identificar aspectos relevantes en el manejo nutricional del paciente con cáncer y determinar las necesidades percibidas. El grupo focal estuvo compuesto por 6 pacientes con distintos perfiles en función de su edad, sexo, tipo de cáncer y soporte nutricional recibido. Tras presentarse el contexto y objetivo del proyecto, se abordaron distintos aspectos relacionados con el estado nutricional del paciente incluyendo, su valoración y seguimiento, la información recibida, las intervenciones nutricionales prescritas, y posibles barreras para la correcta adherencia al soporte nutricional. Cada uno de los puntos fue dinamizado a partir de un guion semiestructurado.

Un comité científico compuesto por 5 profesionales sanitarios [AP, EyN, OR, OM y ENF] y 2 representantes de pacientes del Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC), participaron en la elaboración del cuestionario electrónico y proporcionaron asesoramiento en las distintas fases del estudio.

El cuestionario constó de 34 preguntas divididas en 6 secciones: 1) variables sociodemográficas y laborales; 2) percepción del manejo nutricional del paciente con cáncer: relevancia de la figura del experto en nutrición, tipo de seguimiento, formación profesional, información al paciente y satisfacción del paciente; 3) evaluación nutricional en práctica clínica: realización del cribado/evaluación nutricional completa, momento de realización/derivación y herramientas utilizadas; 4) información nutricional proporcionada al

paciente: proceso de información, momento de realización y temas tratados; 5) intervención nutricional en práctica clínica: prescripción/recomendación de soporte nutricional, consideración de las preferencias del paciente, control de adherencia y estrategias para mejorar la adherencia; 6) percepción sobre las barreras existentes para la correcta adherencia del soporte nutricional y estrategias de mejora (Anexo I)

La encuesta incluyó cuestiones cerradas (dicotómicas, multirrespuesta, escalas de tipo Likert de 4 puntos y escalas numéricas ordinales de 0 a 10) (n = 32) y cuestiones abiertas (n = 2). Las cuestiones con respuestas dicotómicas se incluyeron cuando existían dos alternativas (sí/no, hombre/mujer, atención primaria/especializada), mientras que las multirrespuestas se incluyeron cuando existían varias. Las escalas de tipo Likert y numéricas ordinales se utilizaron para establecer gradaciones de respuesta (grado de satisfacción, utilidad, dificultad o mejoría, sobre una cuestión dada). Por último, las cuestiones abiertas se establecieron para valores numéricos como la edad y los años de experiencia.

Recopilación de datos

El cuestionario fue creado en una plataforma on-line, accesible a través de un enlace. Para responder fue necesario un registro previo, asegurándose una única respuesta por encuestado. Los profesionales fueron invitados a participar en la encuesta *online* por las diferentes sociedades científicas que avalan el estudio: Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE), Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR). Los integrantes del comité y el promotor del estudio participaron en su difusión. Cada sociedad difundió el enlace de la

encuesta por sus medios habituales (*newsletters*, anuncios en las páginas web de las sociedades, correo electrónico y redes sociales). Las respuestas al cuestionario se recogieron entre enero y abril de 2020.

Análisis estadísticos

Las variables cualitativas se representan de forma descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas son expresadas por la media y la desviación estándar o dispersión. Los resultados se describen como valores absolutos y/o frecuencias, agregados y por subgrupos, de acuerdo con los siguientes colectivos: AP, EyN, OM, OR, HH, ENF y DN fueron invitados a participar en la encuesta; sin embargo, los datos de los DN no se muestran de manera desagregada debido a su baja participación (n = 8 sobre un total de 461), sino que se incluyen en el grupo “otros” junto a profesionales de farmacia hospitalaria, urgencias, cuidados paliativos, cirugía y geriatría, entre otros.

Aspectos éticos

El estudio fue presentado al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Puerta del Hierro, quien consideró que debido a la baja carga ética no existía ningún impedimento ético o legal para su realización. El estudio siguió las recomendaciones éticas internacional contenidas en la Declaración de Helsinki. La participación fue voluntaria cumpliéndose con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de Datos de Carácter Personal y garantía de derechos digitales.

RESULTADOS

Características de los participantes

En el estudio participaron un total de 461 profesionales procedentes de todas las comunidades autónomas. Las principales

especialidades/profesiones sanitarias involucradas en el manejo nutricional del paciente con cáncer estuvieron representadas: AP (41,0 %), OM (10,2 %), OR (4,1 %), EyN (15,6 %), hematología y hemoterapia (HH) (9,5 %) y ENF (8,0 %). El 63,1 % eran mujeres y la experiencia profesional media fue de 16,3 años. El 48,2 % habían recibido formación nutricional específica. Por su parte, el 33,8 % indicaron que su servicio contaba con protocolos nutricionales específicos para el manejo del paciente con cáncer (48,6 % en centros de atención especializada y 16,8 % en centros de AP), siendo el modelo de interconsulta el tipo de derivación principal (73,1 %). Las características sociodemográficas y laborales se describen en la tabla I.

Percepción sobre el manejo nutricional en el paciente con cáncer

El 95,0 % de los profesionales consideró fundamental la figura del profesional sanitario con formación específica en nutrición, siendo deseable un seguimiento multidisciplinar y coordinado por el experto para más del 90,0 %, en todas las especialidades.

La evaluación y el tratamiento nutricional del paciente con cáncer fueron consideradas como aspectos mejorables, obteniéndose una puntuación media de 5,2 (DE: 2,0) y 5,4 (DE: 1,9), respectivamente, en una escala de 0 a 10. Así mismo, el 96,7 % consideró que una correcta formación del profesional en nutrición para el paciente oncológico optimizaría mucho o bastante el manejo del paciente. Sin embargo, solo el 49,2 % habían recibido formación, observándose diferencias entre las distintas especialidades. Así, la mayoría de los especialistas en EyN (98,6 %), OR (89,5 %) y OM (74,5 %) indicaron haber recibido formación específica, proporción muy inferior en otras especialidades como ENF (54,1 %), HH (25,0 %) y AP (20,2 %).

Evaluación nutricional en práctica clínica

Cribado nutricional

El 58,4 % de los profesionales afirmaron realizar el cribado nutricional del paciente o su derivación al experto en nutrición para su valoración, siendo las especialidades en EyN (78,0 %), OM (72,4 %) y OR (89,5 %) las más sensibilizadas con el cribado (Tabla II). Según el tipo de centro, el cribado se realiza en mayor medida por los profesionales de centros de atención especializada (66,4 %) y con protocolos específicos para el manejo nutricional (82,7 %) que en centros de AP (50,0 %) y sin protocolos (45,9 %).

Los profesionales que declararon realizar el cribado nutricional (46,0 %) indicaron que la determinación tenía lugar esencialmente al inicio del tratamiento (53,3 %) o durante el mismo (52,8 %). Así mismo, los instrumentos de medida más utilizados son la pérdida de peso voluntaria (76,4 %), el IMC (72,2 %) y la reducción de la ingesta en las últimas semanas (72,2 %).

Evaluación nutrición completa

En pacientes con desnutrición o en riesgo nutricional, el 73,1 % de los participantes afirmaron realizar una evaluación nutricional completa, bien ellos mismos o derivándolos al experto en nutrición, siendo los profesionales de ENF los que tendrían un rol menos activo (48,6 %) (Tabla II). Dicha evaluación se realiza por un mayor número de profesionales de centros de atención especializada (78,1 %) y con protocolos para el manejo nutricional del paciente oncológico (91,0 %) que aquellos que ejercen en centros de AP (67,4 %) o sin protocolos específicos (63,9 %).

Entre aquellos que la realizaban (50,5 %), los instrumentos de medida más empleados son los parámetros analíticos específicos (83,7 %) y el control del peso (77,7 %).

Información nutricional facilitada al paciente

El 86,6 % de los profesionales afirmaron proporcionar información nutricional al paciente, bien personalmente o a través de algún

miembro de su equipo, no observándose diferencias entre las distintas especialidades (Tabla III). El 89,1 % y 83,6 % de los profesionales de centros de especialidades y AP, respectivamente, indicaron proporcionar información nutricional. Así mismo, el 96,8 % de los profesionales cuyos centros cuentan con protocolos nutricionales específicos proporcionan esta información, frente al 81,3 % cuyos centros carecen de protocolos nutricionales.

La información se proporciona principalmente antes del tratamiento (52,9 %) o durante el mismo (78,9 %) (Tabla III), a diferencia del grado de información tras la finalización del tratamiento, que fue bajo (36,1 %).

Los principales temas tratados con el paciente son la importancia de una alimentación saludable (80,2 %), cómo afectan la enfermedad y/o el tratamiento al estado nutricional (79,7%) y los tipos de alimentos a consumir/evitar (77,2 %). Asimismo, los profesionales consideraron que sus pacientes estaban moderadamente satisfechos con la información recibida (media: 6,5; DE: 1,9; escala 0-10).

También se valoraron otros medios para reforzar los consejos nutricionales, considerándose que las asociaciones de pacientes (media: 6,4; DE: 2,3) y las plataformas webs o aplicaciones móviles con contenidos validados por expertos en nutrición para el paciente oncológico (media: 7,9; DE: 1,7) podrían ayudar en el proceso de información.

Intervención nutricional en práctica clínica

El 87,4 % de los profesionales sanitarios indicaron que prescribían o recomendaban soporte nutricional a los pacientes con cáncer que lo necesitaban (Tabla IV). De estos, el 91,1 % consideraron que tenían en cuenta las preferencias de los pacientes siempre o a menudo y el 86,8 % manifestaron evaluar la adherencia al soporte nutricional, directamente por ellos o por alguien de su equipo. La entrevista clínica fue la principal herramienta empleada para el control de la adherencia (94,6 %). Dicho control fue similar entre profesionales de

centros de atención especializada (88,5 %) y centros de atención primaria (84,9 %). Por su lado, el 95,3 % de los profesionales cuyos centros cuentan con protocolos específicos indicaron controlar la adherencia nutricional, mientras que en los centros sin protocolos esta fue informada por el 83,3 %.

En el caso de detectar una baja adherencia al tratamiento, el 95,1 % de los profesionales que prescriben soporte nutricional indicaron poner en marcha estrategias para mejorar la adherencia, siendo la implicación directa de un familiar/cuidador la más utilizada 86,3 %, seguida del aumento de la frecuencia de las visitas (40,9 %). Por el contrario, el empleo de los sistemas de recuerdo como llamadas, SMS o correos, y la implicación del farmacéutico hospitalario fue residual (10,0 % y 6,6 %, respectivamente).

Entre los sanitarios que no realizan un seguimiento o control para evaluar la adherencia (13,2 %), la falta de formación (54,7 %), recursos específicos (52,8 %) y tiempo (49,4 %) fueron las principales razones señaladas.

Percepción de las barreras existentes para la correcta adherencia al soporte nutricional y estrategias de mejora del manejo nutricional

En relación con las barreras para la correcta adherencia del paciente al soporte nutricional, el malestar general, la apatía o depresión del paciente, la dificultad de acceso al suplemento nutricional, los problemas de tolerancia y la falta de motivación del paciente, fueron percibidos por más del 75,0 % de los profesionales como aspectos que influyen mucho o bastante en la correcta adherencia (Fig. 1).

En cuanto a las estrategias presentadas, los sanitarios consideraron que facilitar el acceso a personal de apoyo con conocimiento nutricional, fomentar el cribado nutricional en la práctica clínica y establecer protocolos de actuación específicos de evaluación, intervención y consejo nutricional optimizarían en gran medida el manejo nutricional del paciente con cáncer (Tabla V).

DISCUSIÓN

Actualmente, en España, la información disponible sobre el abordaje nutricional del paciente con cáncer en la práctica clínica es escasa. El presente estudio describe las opiniones y experiencias de los profesionales sanitarios sobre el manejo nutricional del paciente con cáncer, observándose un manejo nutricional subóptimo.

Una de las figuras clave para el manejo nutricional de estos pacientes es la del experto en nutrición. Este rol puede recaer fundamentalmente en endocrinólogos, enfermeros de nutrición y otros profesionales con formación específica, como los dietistas-nutricionistas, en función de cada centro. De acuerdo con los participantes en nuestro estudio, el experto en nutrición se considera esencial, siendo deseable un seguimiento multidisciplinar y coordinado con el resto de las especialidades. Sin embargo, en la práctica clínica, uno de cada cuatro profesionales no tiene acceso a esta figura. En línea con lo observado en nuestro entorno, en otros países europeos, el acceso a esta figura parece similar. Así, en un estudio realizado en Alemania, el 30 % de los médicos indicaron que en su entorno no existía la figura del experto en nutrición, tratándose en la mayoría de los casos de un dietista o un médico con formación específica en nutrición (21).

Los profesionales que participaron en nuestro estudio coinciden en que la formación nutricional de los profesionales sanitarios puede optimizar la detección y con ello promover el tratamiento precoz de los problemas nutricionales en el paciente con cáncer. Esta formación cobra especial relevancia en los centros donde el paciente no puede ser atendido por un experto en nutrición. Sin embargo, la mitad de ellos no habían recibido formación en nutrición para el paciente oncológico. Otros estudios europeos arrojan resultados heterogéneos, en parte debido al tipo de cáncer en el que se centra y/o a las especialidades incluidas. Así, en una encuesta nacional realizada en Francia, el 71 % de los profesionales, en su mayoría hepato-

gastroenterólogos y oncólogos, indicaron haber recibido formación en nutrición para el paciente oncológico (22). Por el contrario, acorde con otra encuesta realizada a neumólogos y cirujanos del mismo país en el contexto del cáncer de pulmón, solo el 3,4 % la habían recibido (23). Así pues, parecen existir diferencias formativas sustanciales entre las especialidades sanitarias, del mismo modo que se ha observado en nuestro estudio.

Debido a su trascendencia, las principales guías clínicas que abordan el manejo nutricional del paciente con cáncer recomiendan evaluar su estado nutricional al hacer el diagnóstico de la enfermedad y de forma continuada (10,11). De hecho, se ha demostrado que, cuanto mayor es la frecuencia de las visitas para evaluar/tratar aspectos nutricionales, mayor es la ingesta calórica y menor es la pérdida de peso del paciente (24). Pese a ello, nuestros resultados evidencian que más del 40 % de los profesionales españoles involucrados en el manejo del paciente con cáncer no realizan un cribado nutricional ni lo derivan al experto en nutrición, y un 30 % no realizan una evaluación más completa en caso de detectar que el paciente está desnutrido o en riesgo de desnutrición.

El cribado nutricional se realiza principalmente durante el tratamiento oncológico, siendo mucho menos frecuente en el diagnóstico o tras el tratamiento. En este sentido, Caccialanza y cols. y Corbaux y cols. describen que la evaluación nutricional o la derivación al experto en nutrición no es proactiva, teniendo lugar principalmente cuando existe una pérdida de peso importante, que en muchos casos es informada por el propio paciente (23,25). De manera similar a nuestro estudio, una prueba piloto realizada para la implementación de un modelo de atención nutricional en pacientes con cáncer de cabeza-cuello reveló que, antes de su implantación, la evaluación nutricional era escasa tras el tratamiento (< 15 %), realizándose principalmente a su inicio o durante el mismo (26).

En relación con las herramientas utilizadas para el cribado/evaluación nutricional, las medidas antropométricas, como la pérdida/el control

del peso y el IMC son las más extendidas (> 70 %). Por el contrario, el uso de cuestionarios específicos es escaso (en torno al 20 % en el cribado y al 40 % en la evaluación nutricional). Esta tendencia es similar a la publicada en estudios realizados en otros países. En Francia, Corbaux y cols. observaron que, en los pacientes con cáncer de pulmón, las medidas antropométricas eran las más utilizadas, mientras que el uso de cuestionarios específicos era inferior al 25 % (23). De manera similar, en Italia, casi el 80 % de los oncólogos utilizaban escalas antropométricas, mientras que apenas un 16 % utilizaban cuestionarios específicos (25). En Australia, el uso de instrumentos validados para realizar el screening nutricional en pacientes con cáncer de cabeza-cuello se ha estimado en un 14 % (26). Asimismo, una encuesta internacional realizada por la *American Society of Clinical Oncology* reveló que más del 70 % de los profesionales sanitarios miden el IMC antes y después de completar el tratamiento, no reportándose datos sobre el uso de cuestionarios específicos (27). En este sentido cabe señalar que algunos de estos cuestionarios de cribado nutricional son tan sencillos que serían especialmente útiles como herramientas para la implementación de un cribado sistemático en el paciente con cáncer.

El empoderamiento del paciente es un aspecto fundamental para poder optimizar el cuidado del mismo, sustentándose este sobre la base de una correcta información y formación (28). Sin embargo, numerosos estudios sugieren que a lo largo de su enfermedad, entre el 40 % y el 70 % de los pacientes con cáncer no cubren sus necesidades con la información nutricional recibida (29-31). El grado de información aportada a los pacientes observado en nuestro estudio sería mayor al descrito en la literatura (> 75 %), siendo los oncólogos y los EyN más participativos en el proceso, especialmente durante el tratamiento. No obstante, hay que señalar que estos datos provienen de la perspectiva de los profesionales, que no tiene por qué coincidir con la de los pacientes. En cuanto a la fuente principal de información, nuestros resultados concuerdan con los observados por

van Veen y cols., que describen, según los pacientes, que los profesionales sanitarios con experiencia en nutrición y el equipo oncológico son la principal fuente de información, esencialmente durante el tratamiento (32). Trabajos previos han señalado que, cuando los pacientes reciben información nutricional de al menos 3 profesionales diferentes, las convicciones sobre la importancia de la nutrición en los resultados del tratamiento son más fuertes (33), sugiriendo la conveniencia de reforzar, de manera multidisciplinar, la necesidad de una correcta nutrición a lo largo de la enfermedad.

Otro de los aspectos básicos en el abordaje nutricional del paciente con cáncer es la prescripción de SNO a aquellos pacientes que lo necesiten. En este sentido, diferentes estudios sugieren que estos SNO se prescriben a menos del 40 % de los pacientes que los requieren (14,34,35), entre otros motivos porque la ingesta de comida suele sobreestimarse, en especial en los pacientes ancianos (35). En el presente estudio, la mayoría de los profesionales (> 75 %) indicaron que, de necesitarse, prescribían o recomendaban soporte nutricional. Un aspecto fundamental para que los SNO sean eficaces es la correcta adherencia a ellos por parte del paciente, que en muchos casos es pobre (15). Por ello, evaluar la adherencia al SNO, especialmente en pacientes con desnutrición moderada-grave, es clave para abordar estrategias que mejoren el cumplimiento del paciente. En nuestro estudio, la mayoría de los participantes indicaron que evaluaban la adherencia al suplemento y consideraban que las principales barreras para el correcto cumplimiento de las recomendaciones pautadas están relacionadas con el propio paciente (apatía, depresión, motivación, etc.). En el caso de detectar una baja adherencia, distintas estrategias para mejorarla fueron valoradas positivamente por los profesionales, siendo la implicación directa de un familiar/cuidador la más destacada.

Por todo lo descrito anteriormente, los participantes consideraron que la evaluación y el tratamiento nutricional del paciente con cáncer distan mucho de ser óptimos, existiendo pues oportunidades de

mejora. En línea con las estrategias propuestas en otros sistemas europeos (36), las más valoradas por los profesionales que participaron en la encuesta incluyen: la definición de protocolos o vías de actuación que proporcionen un marco general para la atención nutricional y con capacidad de adaptación a estructuras específicas de los servicios sanitarios, así como formación en nutrición para el paciente oncológico y/o el apoyo de los especialistas.

Nuestro estudio presenta una serie de limitaciones. Primero, la mayoría de las preguntas incluidas en el cuestionario fueron preguntas cerradas, lo que puede dificultar la interpretación de las percepciones de los participantes. Pese a ello, es importante tener en cuenta que un comité científico compuesto por profesionales sanitarios involucrados en el manejo del paciente con cáncer y por representantes de pacientes revisó el cuestionario. Segundo, la baja participación de dietistas-nutricionistas no ha permitido analizar la opinión y percepción de ese grupo de profesionales. Además, los subgrupos establecidos por especialidad/profesión sanitaria están desequilibrados, siendo en su mayoría profesionales de AP y EyN, lo que impide establecer comparaciones entre otras especialidades y entre profesionales con formación en nutrición. Tercero, debido a que la encuesta estuvo dirigida a todos los profesionales de las sociedades científicas que avalan el estudio, es probable que los participantes representen a aquellos con mayor sensibilidad frente a los aspectos nutricionales de la enfermedad y, por lo tanto, las “buenas prácticas” podrían estar sobreestimadas. A pesar de ello, los resultados de este estudio describen el escenario actual y las deficiencias del manejo nutricional del paciente con cáncer percibidas por los profesionales sanitarios.

En conclusión, a pesar de que la desnutrición es un problema común en el paciente con cáncer, su manejo nutricional en la práctica clínica es subóptimo de acuerdo con la percepción de los profesionales sanitarios involucrados en su cuidado. El acceso desigual a un experto en nutrición, la falta de conocimientos nutricionales especializados, la

falta de un cribado nutricional sistemático y la falta de protocolos de actuación adaptados a las características del centro son vistos por los profesionales como puntos de mejora en el manejo nutricional de estos pacientes.



ANEXO I	<p>Si realiza el cribado nutricional [3.1 = Sí]</p> <p>¿Cuándo se realiza el cribado nutricional? Puede elegir más de una opción.</p> <p>En el momento del diagnóstico</p> <p>Antes de iniciar el tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y/o cirugía)</p>	
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES	<p>Durante el tratamiento</p> <p>En la primera visita una vez finalizado el tratamiento</p>	
1. PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL SOBRE LA NUTRICIÓN Edad: _____ años	<p>Durante el seguimiento tras finalizar el tratamiento</p>	
<p>¿Cómo de importante considera que, en general, se evalúa el estado nutricional del paciente oncológico (siendo 0 = de forma nada importante y 10 = de forma completamente importante)?</p> <p>Comunidad: _____</p>	<p>Si deriva el cribado nutricional [3.1 = No, pero los derivo al experto en nutrición]</p> <p>¿Cuándo los deriva? Puede elegir más de una opción.</p>	<p>los derivo al</p>
<p>Especialidad/profesión sanitaria (desplegable)</p> <p>¿Considera fundamental la figura del experto en nutrición para la atención y el seguimiento nutricional del paciente oncológico?</p> <p>- Oncología médica</p> <p>- Oncología radioterápica</p> <p>- Hematología y hemoterapia</p> <p>- Endocrinología y Nutrición</p> <p>- Cirugía</p> <p>- Medicina familiar y comunitaria</p> <p>- Nutrición humana y dietética (grado/diplomatura)</p> <p>- Enfermería en departamento/planta/unidad</p>	<p>En el momento del diagnóstico</p> <p>Antes de iniciar el tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y/o cirugía)</p> <p>Durante el tratamiento</p>	<p>En el momento del diagnóstico</p> <p>Antes de iniciar el tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y/o cirugía)</p> <p>Durante el tratamiento</p>
<p>En general, ¿cómo considera que debería realizarse el manejo nutricional del paciente oncológico?</p> <p>Años de experiencia en la atención del paciente oncológico:</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusivamente por el experto en nutrición</p>	<p>Como se realiza en su institución</p> <p>¿Cómo realiza el cribado nutricional de los pacientes con cáncer?</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusivamente por el experto en nutrición</p>	<p>con cáncer?</p> <p>su experiencia</p>
<p>Tipo de atención en la que ejerce la mayor parte de su actividad:</p> <p>Primaria</p> <p>IMC</p> <p><input type="checkbox"/> Exclusivamente por los profesionales sanitarios encargados del manejo clínico del paciente oncológico</p>	<p>Coordinado por el experto en nutrición pero compartido con otros profesionales</p> <p>Reducción de la ingesta en las últimas semanas</p>	
<p>¿El servicio en el que trabaja cuenta con protocolos nutricionales específicos para el manejo del paciente oncológico?</p>	<p>Otros (especificar): _____</p>	<p>MST...)</p>
<p>2. EVALUACIÓN NUTRICIONAL</p>	<p>¿Realiza usted una evaluación nutricional más completa en aquellos pacientes identificados como con malnutrición o en riesgo nutricional tras el cribado?</p>	<p>o en riesgo</p>
<p>La derivación del paciente oncológico al experto en nutrición se realiza generalmente mediante:</p> <p>Modelo de interconsulta</p> <p>Comité multidisciplinar</p> <p>No hay posibilidad de derivación</p> <p>No existe esa figura</p>	<p>No</p> <p>No, pero los derivo al experto en nutrición</p> <p>Si realiza evaluación nutricional completa [3.5 = Sí]</p> <p>¿Cómo realiza la evaluación nutricional? Puede elegir más de una opción.</p> <p>Mediante el control del peso</p>	<p>o en riesgo</p>
<p>¿Ha recibido formación nutricional específica para el manejo nutricional del paciente oncológico?</p> <p>Sí</p> <p>No</p>	<p>Mediante el control del IMC</p> <p>Validando la masa muscular</p> <p>Mediante registro dietético</p>	
<p>¿En qué medida considera que recibir formación sobre el manejo nutricional del paciente oncológico podría optimizar el manejo nutricional de dicho paciente oncológico?</p> <p>Likert 4 puntos (1 = nada; 2 = algo; 3 = bastante; 4 = mucho)</p>	<p>Evaluando parámetros analíticos específicos (PCR, albúmina, prealbúmina)</p> <p>A través de cuestionarios específicos</p> <p>Evaluando la capacidad funcional</p> <p>Otros (especificar): _____</p>	<p>prealbúmina)</p>

1. INFORMACIÓN NUTRICIONAL QUE PROPORCIONA

En general, ¿proporciona usted información nutricional a los pacientes oncológicos?

Sí, yo mismo

No, pero lo realiza alguien de mi equipo

No

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Cutsem E, Arends J. The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9(Suppl 2):S51-63. DOI: 10.1016/j.ejon.2005.09.007
2. Guo ZQ, Yu JM, Li W, Fu ZM, Lin Y, Shi YY, et al. Survey and analysis of the nutritional status in hospitalized patients with malignant gastric tumors and its influence on the quality of life. *Support Care Cancer* 2020;28(1):373-80. DOI: 10.1007/s00520-019-04803-3
3. Zhang X, Pang L, Sharma SV, Li R, Nyitray AG, Edwards BJ. Prevalence and factors associated with malnutrition in older patients with cancer. *J Geriatr Oncol* 2019;10(5):763-9. DOI: 10.1016/j.jgo.2019.01.021
4. Muscaritoli M, Lucia S, Farcomeni A, Lorusso V, Saracino V, Barone C, et al. Prevalence of malnutrition in patients at first medical oncology visit: the PreMiO study. *Oncotarget* 2017;8(45):79884-96. DOI: 10.18632/oncotarget.20168
5. Escortell Sanchez R, Reig Garcia-Galbis M. Enteral Nutrition on the Nutritional Status of Cancer. *Nutr Hosp* 2015;32(4):1408-16. DOI: 10.3305/nh.2015.32.4.9227
6. Capra S, Ferguson M, Ried K. Cancer: impact of nutrition intervention outcome--nutrition issues for patients. *Nutrition* 2001;17(9):769-72. DOI: 10.1016/s0899-9007(01)00632-3
7. Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. Impact of nutritional risk screening in hospitalized patients on management, outcome and costs: A retrospective study. *Clin Nutr* 2016;35(6):1340-6. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.02.012
8. Rinninella E, Fagotti A, Cintoni M, Raoul P, Scaletta G, Quagliozzi L, et al. Nutritional Interventions to Improve Clinical Outcomes in Ovarian Cancer: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Nutrients* 2019;11(6). DOI: 10.3390/nu11061404

9. Zhang X, Tang T, Pang L, Sharma SV, Li R, Nyitray AG, et al. Malnutrition and overall survival in older adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Geriatr Oncol* 2019;10(6):874-83. DOI: 10.1016/j.jgo.2019.03.002
10. Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017;36(1):11-48. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015
11. de Las Penas R, Majem M, Perez-Altozano J, Virizuela JA, Cancer E, Diz P, et al. SEOM clinical guidelines on nutrition in cancer patients (2018). *Clin Transl Oncol* 2019;21(1):87-93. DOI: 10.1007/s12094-018-02009-3
12. Caccialanza R, Goldwasser F, Marschal O, Ottery F, Schiefke I, Tilleul P, et al. Unmet needs in clinical nutrition in oncology: a multinational analysis of real-world evidence. *Ther Adv Med Oncol* 2020;12:1758835919899852. DOI: 10.1177/1758835919899852
13. Maschke J, Kruk U, Kastrati K, Kleeberg J, Buchholz D, Erickson N, et al. Nutritional care of cancer patients: a survey on patients' needs and medical care in reality. *Int J Clin Oncol* 2017;22(1):200-6. DOI: 10.1007/s10147-016-1025-6
14. Ginzburg Y, Shmilovitz I, Monastyrsky N, Endevelt R, Shahar DR. Barriers for nutritional care in the transition from hospital to the community among older patients. *Clin Nutr ESPEN* 2018;25:56-62. DOI: 10.1016/j.clnesp.2018.04.004
15. Urzola C. What can be done to achieve therapeutic adherence to nutritional supplements?. *Nutr Hosp* 2018;35(Spec no 2):44-51. DOI: 10.20960/nh.1960
16. de Oliveira Faria S, Alvim Moravia R, Howell D, Eluf Neto J. Adherence to nutritional interventions in head and neck cancer patients: a systematic scoping review of the literature. *J Hum Nutr Diet* 2020. DOI: 10.1111/jhn.12848

17. Duran-Poveda M, Jimenez-Fonseca P, Sirvent-Ochando M, Garcia-Luna PP, Pereira-Cunill JL, Lema-Marques B, et al. Integral nutritional approach to the care of cancer patients: results from a Delphi panel. Clin Transl Oncol 2018;20(9):1202-11. DOI: 10.1007/s12094-018-1846-z
18. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos. España 2018-2030. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019.
19. SNS Sdid. Principales datos del Sistema Nacional de Salud: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Available from: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/portada/docs/DATOS_SNS_DESCARGAR.pdf.
20. (INE) INdE. Dietistas Nutricionistas colegiados por año y sexo. INEbase 2018. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p416/serie/l0/&file=s12001.px>.
21. Erickson N, Paradies K, Buchholz D, Huebner J. Nutrition care of cancer patients-A survey among physicians and nurses. Eur J Cancer Care (Engl) 2018;27(4):e12855. DOI: 10.1111/ecc.12855
22. Hilmi M, Pellat A, Benoit O, Foucaut AM, Mino JC, Kauffmann A, et al. Nutrition and physical activity professional education in gastrointestinal oncology: a national multidisciplinary survey. BMJ Support Palliat Care 2020;10(3):324-30. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002342
23. Corbaux P, Fontaine-Delaruelle C, Souquet PJ, Couraud S, Morel H, Tronc F, et al. Is Nutritional Screening of Patients with Lung Cancer Optimal? An Expert Opinion Survey of French Physicians and Surgeons. Nutr Cancer 2019;71(6):971-80. DOI: 10.1080/01635581.2019.1595051
24. Yang YC, Lee MS, Cheng HL, Chou HY, Chan LC. More Frequent Nutrition Counseling Limits Weight Loss and Improves

- Energy Intake During Oncology Management: A Longitudinal Inpatient Study in Taiwan. *Nutr Cancer* 2019;71(3):452-60. DOI: 10.1080/01635581.2018.1516791
25. Caccialanza R, Cereda E, Pinto C, Cotogni P, Farina G, Gavazzi C, et al. Awareness and consideration of malnutrition among oncologists: Insights from an exploratory survey. *Nutrition* 2016;32(9):1028-32. DOI: 10.1016/j.nut.2016.02.005
 26. Findlay M, Rankin NM, Shaw T, White K, Boyer M, Milross C, et al. Best Evidence to Best Practice: Implementing an Innovative Model of Nutrition Care for Patients with Head and Neck Cancer Improves Outcomes. *Nutrients* 2020;12(5). DOI: 10.3390/nu12051465
 27. Ligibel JA, Jones LW, Brewster AM, Clinton SK, Korde LA, Oeffinger KC, et al. Oncologists' Attitudes and Practice of Addressing Diet, Physical Activity, and Weight Management With Patients With Cancer: Findings of an ASCO Survey of the Oncology Workforce. *J Oncol Pract* 2019;15(6):e520-e8. DOI: 10.1200/JOP.19.00124
 28. March Cerda JC. Empowered patients for greater confidence in the health system. *Rev Calid Asist* 2015;30(1):1-3. DOI: 10.1016/j.cali.2015.01.001
 29. Nagler RH, Gray SW, Romantan A, Kelly BJ, DeMichele A, Armstrong K, et al. Differences in information seeking among breast, prostate, and colorectal cancer patients: results from a population-based survey. *Patient Educ Couns* 2010;81(Suppl):S54-62. DOI: 10.1016/j.pec.2010.09.010
 30. Beckjord EB, Arora NK, McLaughlin W, Oakley-Girvan I, Hamilton AS, Hesse BW. Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: implications for cancer care. *J Cancer Surviv* 2008;2(3):179-89. DOI: 10.1007/s11764-008-0055-0
 31. Choi KH, Park JH, Park SM. Cancer patients' informational needs on health promotion and related factors: a multi-

- institutional, cross-sectional study in Korea. Support Care Cancer 2011;19(10):1495-504. DOI: 10.1007/s00520-010-0973-Z
32. van Veen MR, Winkels RM, Janssen SHM, Kampman E, Beijer S. Nutritional Information Provision to Cancer Patients and Their Relatives Can Promote Dietary Behavior Changes Independent of Nutritional Information Needs Nutr Cancer 2018;70(3):483-9. DOI: 10.1080/01635581.2018.1446092
 33. van Veen MR, Mols F, Smeets L, Kampman E, Beijer S. Colorectal cancer survivors' beliefs on nutrition and cancer; correlates with nutritional information provision. Support Care Cancer 2020;28(3):1255-63. DOI: 10.1007/s00520-019-04934-7
 34. Qato DM, Alexander GC, Guadamuz JS, Lindau ST. Prevalence of Dietary Supplement Use in US Children and Adolescents, 2003-2014. JAMA Pediatr 2018;172(8):780-2. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2018.1008
 35. Lacau St Guily J, Bouvard E, Raynard B, Goldwasser F, Maget B, Prevost A, et al. NutriCancer: A French observational multicentre cross-sectional study of malnutrition in elderly patients with cancer. J Geriatr Oncol 2018;9(1):74-80. DOI: 10.1016/j.jgo.2017.08.003
 36. Kiss N, Bauer J, Boltong A, Brown T, Isenring L, Loeliger J, et al. Awareness, perceptions and practices regarding cancer-related malnutrition and sarcopenia: a survey of cancer clinicians. Support Care Cancer 2020;28(11):5263-70. DOI: 10.1007/s00520-020-05371-7

Tabla I. Características sociodemográficas y laborales de los participantes

Variable	Participantes (n = 461)
Edad, años (DE)	46,3 (11,1)
Mujer, % (n)	63,1 (291)

<i>Comunidad autónoma, % (n)</i>	
Madrid	18,0 (83)
Andalucía	15,0 (69)
Comunidad Valenciana	10,0 (46)
Castilla y León	9,3 (43)
Cataluña	9,1 (42)
Aragón	6,3 (29)
País Vasco	5,4 (25)
Asturias	4,8 (22)
Murcia	4,8 (22)
Canarias	4,3 (20)
Galicia	3,9 (18)
Castilla La Mancha	2,8 (13)
Cantabria	1,3 (6)
Extremadura	1,3 (6)
Baleares	1,1 (5)
La Rioja	1,1 (5)
Navarra	1,1 (5)
Melilla	0,4 (2)
<i>Especialidad, % (n)</i>	
Medicina familiar y comunitaria (AP)	41,0 (189)
Endocrinología y nutrición (EyN)	15,6 (72)
Oncología médica (OM)	10,2 (47)
Oncología radioterápica (OM)	4,1 (19)
Hematología y hemoterapia (HH)	9,5 (44)
Enfermería (ENF)	8,0 (37)
Otras*	9,8 (45)
Experiencia, años (DE)	16,3 (10,2)
<i>Tipo de atención principal, % (n)</i>	
Primaria	46,4 (214)
Especializada	53,6 (247)
Formación nutricional específica, % (n)	48,2 (222)
Servicio con protocolos nutricionales específicos, % (n)	33,8 (156)
<i>Tipo de derivación al experto en nutrición, % (n)</i>	
Modelo de interconsulta	73,1 (337)
Comité multidisciplinar	4,1 (19)
No hay posibilidad de derivación	9,1 (42)
No existe esa figura	13,7 (63)

DE: desviación estándar. *Atención domiciliaria (n = 10), farmacia hospitalaria (n = 9), nutrición humana y dietética (n = 8), urgencias (n = 6), cuidados paliativos (n = 5), cirugía (n = 4), geriatría (n = 3), otras (n = 7).

Tabla II. Cribado y evaluación nutricional completa

	Total	AP	EyN	OM	OR	HH	ENF
<i>Cribado nutricional o derivación</i>	<i>n = 461</i>	<i>n = 198</i>	<i>n = 72</i>	<i>n = 47</i>	<i>n = 19</i>	<i>n = 44</i>	<i>n = 37</i>
Sí (%)	58,4	49,5	77,8 %	72,3	89,4	52,3	35,1
<i>Momento del cribado*</i>	<i>n = 212</i>	<i>n = 73</i>	<i>n = 56</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 16</i>	<i>n = 11</i>	<i>n = 12</i>
Diagnóstico (%)	39,2	41,1	33,9	50,0	12,5	36,3	25,0
Inicio del tratamiento (%)	53,3	39,7	53,6	76,9	93,7	63,6	25,0
Durante el tratamiento (%)	52,8	54,8	57,1	53,8	25,0	45,4	25,0
1.ª visita tras el tratamiento (%)	16,5	19,2	12,5	7,7	12,5	18,1	25,0
Durante el seguimiento (%)	25,9	32,9	16,1	23,0	6,2	18,1	41,6
<i>Herramientas de cribado utilizadas*</i>	<i>n = 212</i>	<i>n = 73</i>	<i>n = 56</i>	<i>n = 26</i>	<i>n = 16</i>	<i>n = 11</i>	<i>n = 12</i>
% de pérdida de peso involuntaria (%)	76,4	68,5	91,1	84,6	68,7	45,4	58,3
IMC (%)	72,2	76,7	80,4	61,5	62,5	54,5	41,6
Reducción de la ingesta (%)	72,2	65,8	82,1	69,2	62,5	63,5	66,6
Cuestionarios específicos (%)	19,3	4,1	25,0	26,9	56,2	18,2	0
<i>Evaluación nutricional completa o derivación</i>	<i>n = 461</i>	<i>n = 198</i>	<i>n = 70</i>	<i>n = 47</i>	<i>n = 19</i>	<i>n = 44</i>	<i>n = 37</i>
Sí (%)	73,1	67,2	97,2	76,6	100	70,4	48,6
<i>Instrumentos de evaluación nutricional utilizados*</i>	<i>n = 233</i>	<i>n = 97</i>	<i>n = 68</i>	<i>n = 14</i>	<i>n = 13</i>	<i>n = 7</i>	<i>n = 14</i>
Control del peso (%)	77,7	76,3	94,2	71,4	76,9	57,1	64,3
Control del IMC (%)	62,2	66,0	71,0	28,5	61,5	28,5	64,3
Masa muscular (%)	40,3	34,0	55,1	14,2	53,8	0	28,6
Registro dietético (%)	53,6	38,1	87,0	28,5	38,4	14,3	42,8
Parámetros analíticos específicos (%)	83,7	85,6	89,9	71,4	92,3	100	57,1
Cuestionarios específicos (%)	42,1	33,0	46,4	28,5	69,2	14,3	71,4
Capacidad funcional	41,2	34,0	50,7	35,7	46,1	0	50,0

(%)							
-----	--	--	--	--	--	--	--

AP: medicina familiar y comunitaria; EyN: endocrinología y nutrición; OM: oncología médica; OR: oncología radioterápica; HH: hematología y hemoterapia; ENF: enfermería; IMC: índice de masa corporal. *Solo los profesionales que indicaron realizarlo ellos mismos o alguien de su equipo (no derivaciones).



Tabla III. Información proporcionada al paciente

	Total	AP	EyN	OM	OR	HH	ENF
<i>Informan al paciente sobre aspectos nutricionales</i>	<i>n = 461</i>	<i>n = 198</i>	<i>n = 72</i>	<i>n = 47</i>	<i>n = 19</i>	<i>n = 44</i>	<i>n = 37</i>
Sí (%)	86,6	82,3	98,6	97,7	94,7	74,9	89,1
<i>Momento de la información</i>	<i>n = 399</i>	<i>n = 163</i>	<i>n = 71</i>	<i>n = 46</i>	<i>n = 18</i>	<i>n = 29</i>	<i>n = 33</i>
Diagnóstico (%)	31,1	28,8	35,2	41,3	16,6	34,5	15,1
Inicio del tratamiento (%)	52,9	37,4	59,2	78,2	94,4	86,2	42,4
Durante el tratamiento (%)	78,9	78,5	87,3	78,2	72,2	82,7	78,8
1.ª visita tras el tratamiento (%)	15,0	16,0	14,1	13,0	27,7	10,3	15,1
Durante el seguimiento (%)	36,1	43,6	31,0	30,4	44,4	13,8	39,4
<i>Temas tratados</i>	<i>n = 399</i>	<i>n = 163</i>	<i>n = 71</i>	<i>n = 46</i>	<i>n = 18</i>	<i>n = 29</i>	<i>n = 33</i>
Alimentos a consumir/evitar (%)	77,2	71,2	78,9	80,4	83,3	93,1	60,6
Importancia de la alimentación saludable (%)	80,2	83,4	83,1	78,2	94,4	82,7	84,8
Enfermedad/tratamiento y estado nutricional (%)	79,7	79,1	91,5	67,4	94,4	79,3	60,6
Prevención/tratamiento de efectos secundarios (%)	72,4	66,3	90,1	76,1	83,3	62,0	72,7
Disponibilidad de suplementos nutricionales (%)	68,2	62,6	94,4	69,5	83,3	34,5	51,5
Otros (%)	2,8	0,6	8,5	4,3	0	0	0

AP: medicina familiar y comunitaria; EyN: endocrinología y nutrición; OM: oncología médica; OR: oncología radioterápica; HH: hematología y hemoterapia; ENF: enfermería.

Tabla IV. Intervención nutricional y adherencia

	Total	AP	EyN	OM	OR	HH	ENF
Prescripción/recomendación de suplementos nutricionales	<i>n</i> = 461	<i>n</i> = 198	<i>n</i> = 72	<i>n</i> = 47	<i>n</i> = 19	<i>n</i> = 44	<i>n</i> = 37
Sí (%)	87,4	87,4	100	100	94,7	88,6	56,7
Control de la adherencia	<i>n</i> = 403	<i>n</i> = 173	<i>n</i> = 72	<i>n</i> = 47	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 39	<i>n</i> = 21
Sí (%)	86,8	86,1	100	93,6	100	64,0	76,2
Instrumentos de control de la adherencia utilizados	<i>n</i> = 350	<i>n</i> = 149	<i>n</i> = 72	<i>n</i> = 44	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 25	<i>n</i> = 16
Entrevista clínica (%)	94,6	94,6	97,2	90,9	100	100	93,7
Cuestionarios específicos (%)	15,4	15,4	13,9	15,9	20,0	4,0	0,0
Recuento de unidades sobrantes (%)	9,4	9,4	2,8	6,8	0,0	0,0	6,2
Registros de dispensación (%)	29,1	29,1	19,4	18,1	11,1	16,0	12,5
Estrategias para mejorar la adherencia	<i>n</i> = 350	<i>n</i> = 149	<i>n</i> = 72	<i>n</i> = 44	<i>n</i> = 18	<i>n</i> = 25	<i>n</i> = 16
Aumento de visitas en consultas (%)	40,9	39,6	59,7	27,3	55,5	4,0	37,5
Sistemas de recuerdos: llamadas, sms, correo, etc. (%)	10,0	11,4	4,2	4,5	16,6	4,0	6,2
Implicación directa de un familiar/cuidador (%)	86,3	95,3	77,8	86,3	88,8	64,0	68,7
Implicación del farmacéutico hospitalario (%)	6,6	5,4	6,9	0,0	5,5	12,0	6,2
Otras (%)	13,1	6,0	31,9	6,8	16,6	8,0	12,5

AP: medicina familiar y comunitaria; EyN: endocrinología y nutrición; OM: oncología médica; OR: oncología radioterápica; HH: hematología y hemoterapia; ENF: enfermería; IMC: índice de masa corporal.

Tabla V. Valoración de las estrategias de mejora para optimizar el manejo del paciente con cáncer

Estrategias	Media	DE
Promover acciones para reforzar la formación y concienciación de los profesionales sanitarios involucrados en la asistencia oncológica sobre nutrición clínica	8,66	1,38
Incluir el cribado nutricional en la rutina de los cuidados del paciente con cáncer	8,85	1,28
Disponer de personal de soporte con conocimiento nutricional	8,92	1,34
Establecer protocolos de seguimiento nutricional, multidisciplinar y adaptado a las características del centro	8,82	1,31
Incluir el consejo nutricional en los protocolos de actuación, junto con la evaluación y la intervención nutricional	8,87	1,17
Programar más consultas de nutrición especializada durante todo el proceso oncológico	8,34	1,65
Incorporar las guías nutricionales en el plan de cuidados y tratamientos del paciente con cáncer	8,74	1,28
Fomentar el seguimiento de los pacientes con nutrición enteral domiciliaria	8,51	1,55
Disponer de materiales de apoyo (folletos, libros, app, webs, etc.) para ofrecerle al paciente información nutricional personalizada	8,27	1,57

DE: desviación estándar. Escala de 0 a 10: 0 = mejoraría en nada; 10 = mejoraría mucho.

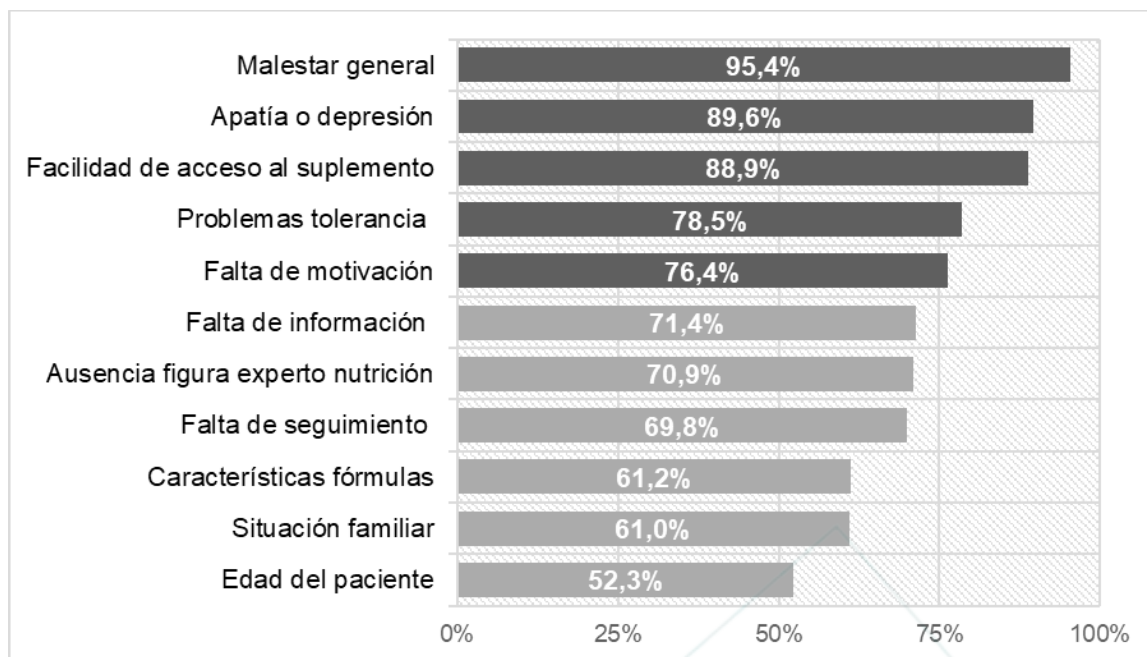


Fig. 1. Profesionales que consideran que las siguientes barreras dificultan mucho o bastante la correcta adherencia al soporte nutricional.