

Monitorización del grado de satisfacción tras intervención nutricional en pacientes con cáncer

Monitoring satisfaction level after nutritional intervention in cancer patients

Rebeca CHULVI VEIGA¹, Ezequiel IBÁÑEZ CERRILLO², Sebastian L. OCHENDUSZKO¹, Carmen MOLINS PALAU¹, María DE JULIÁN CAMPAYO¹, Silvia VESES MARTÍN¹, Inmaculada MAESTU MAIQUES¹

1 Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO).

2 Hospital de Día de Oncología del Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO).

Recibido: 26/noviembre/2023. Aceptado: 13/enero/2024.

RESUMEN

Introducción: La identificación temprana de la angustia psicosocial y el impacto de la caquexia permiten intervenciones oportunas para mejorar los síntomas.

Los PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) aportan valor a pacientes y organizaciones sanitarias. El poder real de los mismos se encuentra en la posibilidad de cruzarlos con datos clínicos. Esto permite identificar puntos críticos y áreas de mejora de la calidad asistencial de los procesos.

La intervención nutricional en pacientes seleccionados brinda un beneficio significativo para algunos aspectos como el funcionamiento emocional, la disnea, la pérdida de apetito y el estado de salud global.

Por ello, se propone evaluar el grado de satisfacción de los pacientes en los que se ha realizado una intervención nutricional durante el tratamiento oncológico activo.

Metodología: Estudio retrospectivo, exploratorio, del grado de satisfacción, en referencia a la intervención nutricional, en pacientes tratados por cáncer en el Hospital de Día de Oncología del hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, entre enero de 2022 y enero de 2023.

Resultados: Se incluyeron un total de 93 pacientes. Se elaboró un cuestionario de 15 preguntas que se ofreció a los 50 últimos pacientes incluidos. Respondieron de forma voluntaria y anónima 28 (56%). En el 95% de los casos la intervención nutricional se valoró de forma satisfactoria.

Conclusiones: La identificación temprana de la desnutrición y la intervención oportuna tienen un impacto favorable en el grado de satisfacción del paciente.

PALABRAS CLAVE

PREM (*Patient-Reported Experience Measures*), cáncer, desnutrición, caquexia.

ABSTRACT

Introduction: Early identification of psychosocial distress and the impact of cachexia allows for timely interventions to improve symptoms. Patient-Reported Experience Measures (PREMs) add value to patients and healthcare organizations. Their true power lies in the ability to cross-reference them with clinical data. This enables the identification of critical points and areas for improving the quality of care processes.

Nutritional intervention in selected cancer patients provides significant benefits for aspects such as emotional functioning, dyspnea, loss of appetite, and overall health status.

Therefore, we propose to evaluate the satisfaction level of patients who have undergone nutritional intervention during active oncological treatment.

Correspondencia:
Rebeca Chulvi Veiga
rebecachulvi@gmail.com

Methodology: Retrospective exploratory study of satisfaction levels regarding nutritional intervention in cancer patients treated at the Oncology Day Hospital of the University Hospital Doctor Peset in Valencia, between January 2022 and January 2023.

Results: A total of 93 patients were included. A questionnaire consisting of 15 questions was developed and offered to the last 50 included patients. Twenty-eight (56%) responded voluntarily and anonymously. In 95% of cases, nutritional intervention was evaluated satisfactorily.

Conclusions: Early identification of malnutrition and timely intervention have a favorable impact on patient satisfaction levels.

WORD KEYS

PREM (Patient Reported Experience Measures), cancer, malnutrition, cachexia.

ABREVIATURAS

PROM: Patient-Reported Outcomes Measures.

PREM: Patient-Reported Experience Measures.

CROM: Clinician-Reported Outcomes Measures.

GLIM: Global Leadership Initiative in Malnutrition.

SNO: Suplemento de nutrición enteral.

INTRODUCCIÓN

La identificación temprana de la angustia psicosocial y el impacto de la caquexia permiten intervenciones oportunas para mejorar los síntomas y el grado de satisfacción del paciente.

Cuando hablamos de experiencia del paciente es importante familiarizarse con el concepto de valor socio-terapéutico. La experiencia del paciente se compone de varios planos¹: el físico, el asistencial, el psicológico, el social y el simbólico.

Los resultados clínicos abarcan solamente el primer plano. Con los PROM (Patient-Reported Outcomes Measures) podemos abordar muy bien el plano asistencial; el psicológico de forma satisfactoria, escasamente el social y nulamente el simbólico (donde residen los motivadores y barreras a la adherencia terapéutica).

Los PREM² (Patient-Reported Experience Measures) aportan valor a pacientes y organizaciones sanitarias. Más allá del análisis de PREM, el poder real de los mismos se encuentra en la posibilidad de cruzarlos con los PROM e incluso con datos clínicos. De este modo podemos correlacionar conductas (lo que miden los PREM) con resultados en salud (lo que miden los PROM) y los resultados clínicos (Clinician-Reported Outcomes Measures o CROM).

La mayoría de PREM actuales recogen satisfacción, gestión de tiempos y comunicación; en definitiva, los resultados de calidad percibida.

Esto permite identificar puntos críticos y áreas de mejora de la calidad asistencial de los procesos.

En los últimos años se ha introducido el concepto de medicina basada en valor. Esto hace referencia a la medición de resultados con una concepción holística que integre la perspectiva de los pacientes y los indicadores clínicos. Ello permite la mejora continua; sitúa al paciente en el centro de los procesos asistenciales; identifica lo que aporta valor y favorece el aporte de este valor al paciente y su familia.

El concepto de "calidad de vida" ha sido definido como "la evaluación subjetiva de la vida en su conjunto" y como "la aceptación y grado de satisfacción de los pacientes acerca de su capacidad funcional en relación con la que perciben como posible o ideal". Ambas definiciones hacen hincapié en la naturaleza subjetiva del concepto^{3,4}.

En la actualidad las enfermedades crónicas, como el cáncer, tienen una gran influencia a nivel multidimensional (funcionamiento físico, síntomas en relación con la enfermedad y su tratamiento, repercusión psicológica y funcionamiento social, etc.).

Además, estos pacientes, cuando están en situación de enfermedad avanzada, tienen riesgo de desnutrición y mayor riesgo de toxicidad relacionada con los tratamientos. Todo ello a su vez, da como resultado tiempos de tratamiento más cortos, menor intensidad de dosis, menores tasas de respuesta, mayores complicaciones quirúrgicas y mayor mortalidad⁵.

Es sabido que la intervención nutricional en pacientes seleccionados brinda un beneficio significativo para algunos aspectos como el funcionamiento emocional, la disnea, la pérdida de apetito y calidad de vida global.

Aunque se utiliza desde el siglo XIX, se ha propuesto un número desconcertante de definiciones para el término "desnutrición". Para evitar confusiones, se recomienda seguir la reciente sugerencia de la Global Leadership Initiative in Malnutrition (GLIM)⁶ que define la desnutrición por la presencia de una prueba de detección positiva (criterios etiológicos) asociados a un criterio fenotípico.

Se utilizan criterios etiológicos para diferenciar la desnutrición por inanición de la caquexia, caracterizada por una descomposición acelerada de las proteínas y el sello distintivo de la pérdida de masa muscular impulsada por cambios metabólicos, sobre todo la inflamación sistémica^{7,8,9}.

La caquexia, un estado hipercatabólico definido como pérdida acelerada de músculo esquelético en el contexto de una respuesta inflamatoria crónica, ocurre con frecuencia en el paciente con cáncer.

La ingesta oral insuficiente se superpone a aberraciones metabólicas complejas (hiperglucemia, hipertrigliceridemia y una respuesta exagerada de la insulina) que conducen a un aumento en el gasto de energía basal y culminan en una pérdida de masa corporal magra por atrofia muscular esquelética¹⁰.

La pérdida de peso y la caquexia se asocian con angustia psicosocial tanto para los pacientes como para la familia y también se asocian con un mal pronóstico.

La medida objetiva de la caquexia más comúnmente utilizada es la medición en serie del peso corporal, pero la valoración de la ingesta dietética y el uso de otras herramientas de evaluación de la desnutrición son necesarios. Por ejemplo, el *índice CONUT*¹¹ que utiliza dos parámetros bioquímicos (albúmina sérica y colesterol) y uno inmunológico (linfocitos totales) (**Tabla 1**).

La albúmina sérica se utiliza como indicador de las reservas proteicas, el colesterol se emplea como parámetro de la evaluación del aspecto calórico de la desnutrición y, por último, los linfocitos totales se utilizan como parámetro relacionado con la depleción proteica y la expresión del sistema inmunitario.

Intuitivamente, parecería que la reposición calórica, ya sea por vía enteral o parenteral, sería el enfoque óptimo para el tratamiento de la pérdida de peso asociada con el cáncer, sin embargo, no se recomienda el uso rutinario de soporte nutricional enteral o parenteral en pacientes con cáncer incurable¹².

El apoyo nutricional puede mejorar los resultados en pacientes seleccionados si cumplen con los dos criterios siguientes:

- Están notablemente desnutridos o corren el riesgo de estarlo durante el tratamiento del cáncer.
- Tienen una enfermedad potencialmente curable o se espera una expectativa de vida a medio plazo.

En este sentido al menos cuatro revisiones sistemáticas han abordado el papel del soporte nutricional enteral/oral en pacientes con cáncer^{13,14,15,16}.

El más reciente de estos incluyó 13 ensayos aleatorios de intervención nutricional oral (consejos dietéticos, suplementos nutricionales orales o ambos) con un total de 1414 participantes con distintos de tipos de cáncer. La intervención nutricional brindó un beneficio significativo para algunos aspectos como el funcionamiento emocional, la disnea, la pérdida de apetito y calidad de vida global, pero la monitorización de dichos aspectos es complicada y costosa en la práctica clínica habitual.

En resumen, sabemos cómo diagnosticar la desnutrición y qué tipo de intervención realizar en función de cada caso y así analizar los resultados alcanzados. Pero, lo más interesante, con todo lo mencionado anteriormente sería conocer si dicha intervención es satisfactoria para el paciente y aporta valor en su proceso.

La experiencia de una persona es un fenómeno subjetivo y emocional muy determinado por el entorno y la cultura, lo que dificulta la exploración y valoración externa de la misma. En este sentido las ciencias epidemiológicas han desarrollado herramientas para cuantificar variables cualitativas. Una de las más extendidas es el uso de cuestionarios con escalas Likert/Guttman y scores de puntuación.

De forma paralela a los cuestionarios de calidad de vida, aunque con un desarrollo menor y más retrasado, se están elaborando métodos y herramientas para cuantificar la experiencia subjetiva de los pacientes, basados en los mecanismos usados en las empresas, consistentes en el análisis de la experiencia del cliente, denominados *PREM (Patient-Reported Experience Measures)*.

Actualmente la implementación y medición de la experiencia del paciente en los hospitales mediante PREM, es una excelente herramienta para incorporar, ya que redonda

Tabla 1. Índice CONUT desnutrición

Parámetro	Normal	Bajo	moderado	severo
Albumina en suero (g/dl)	3,5-4,5	3,0-3,49	2,5-2,9	<2,5
Puntuación	0	2	4	6
Linfocitos (/mm3)	>1.600	1.200-1.599	800-1.199	<800
Puntuación	0	1	2	3
Colesterol total (mg/dl)	>180	140-180	100-139	<100
Puntuación	0	1	2	3
Puntuación total de cribaje	0 - 1	2 - 4	5 - 8	9 - 12

en el bienestar del paciente que es, sin duda, el objetivo principal, y además permite conocer el impacto de los resultados en salud que tiene su experiencia¹⁷. De hecho, cada vez más en la literatura encontramos recomendaciones para incorporar la experiencia del paciente a las guías^{18,19} y a la gestión clínica^{20,21,22}.

Por todo ello se propone evaluar el grado de satisfacción de los pacientes en los que se había realizado una intervención nutricional durante el tratamiento oncológico activo. Se empleó el cuestionario de satisfacción validado out-PATSAT35²³ en relación con la administración de quimioterapia. Al tiempo se pasó un formulario de 15 preguntas (no validado) para evaluar, concretamente, el grado de satisfacción en referencia a la intervención nutricional en Hospital de Día.

En este sentido, se propone como objetivo primario, conocer si la intervención nutricional en los pacientes tratados en nuestro medio hospitalario tiene una repercusión positiva en el grado de satisfacción de estos. Como objetivos secundarios se pretende identificar los distintos factores de riesgo de desnutrición, relacionar esos factores con la evolución de la enfermedad y la adaptación a la intervención nutricional en función de la cumplimentación de las pautas indicadas.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, exploratorio, del grado de satisfacción en pacientes diagnosticados y tratados por cáncer que, además, hubiesen sido sometidos a intervención nutricional en el Hospital de Día de Oncología del hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, entre enero de 2022 y enero de 2023.

Fueron incluidos todos aquellos pacientes oncológicos en tratamiento antineoplásico activo que necesitaron intervención nutricional durante el mismo. Se excluyeron aquellos pacientes oncológicos sin tratamiento activo.

Los datos clínicos y analíticos básicos se obtuvieron del sistema de información clínico-asistencial del centro (Orion Clinic®) y del programa de gestión terapéutica y farmacoterapéutica oncológica (Farmis_OncoFarm®).

Para ello se recogen las siguientes variables relacionadas con el paciente: sexo, edad al diagnóstico, IMC previo al inicio de tratamiento oncológico activo, performance estatus (PS), diagnóstico oncológico (origen primario del tumor), estadiaje tumoral según AJCC (8ª Ed), líneas de tratamiento oncológico recibidas, grado de desnutrición según criterios *GLIM* e *índice CONUT* y el tipo de intervención nutricional (diario dietético con o sin pauta de suplementos de nutrición enteral). Durante el periodo de tiempo en el que los pacientes estaban en tratamiento activo se pasó el cuestionario de satisfacción (administración de quimioterapia) validado out-PATSAT35.

En vista de la dificultad para medir el grado de satisfacción con relación a la intervención nutricional, debido a las diferencias respecto a la situación clínica de los pacientes incluidos, la duración de los tratamientos administrados, el estadio de la enfermedad y el pronóstico de esta se pensó en la posibilidad de evaluarlo a través de un formulario de 15 preguntas (no validado) durante el periodo temporal correspondiente a los 50 últimos pacientes incluidos.

Las encuestas de satisfacción estaban disponibles en el mostrador del personal administrativo y la cumplimentación de estas se realizó de forma voluntaria y anónima por lo que no se requirió consentimiento informado.

Las posibles respuestas a dichas preguntas fueron: Mal, regular, bien, muy bien y excelente. En definitiva, respondieron al cuestionario 28 pacientes (56%).

Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo de los datos, todo ello permitió no sólo la descripción de la muestra sino también la detección de posibles valores anómalos, patrones, tendencias o asociaciones en los datos.

Se evaluó la correlación entre la edad y el estado nutricional por criterios GLIM, entre el estadio tumoral y el estado nutricional por criterios GLIM y entre el performance status diferenciado PS 0-1 y PS 2-3 y el estado nutricional por criterios GLIM.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el CEIm del Hospital Univ. Dr. Peset de Valencia, autorizándose la exención de consentimiento informado por las características del estudio.

El estudio se realizó de acuerdo con:

- La práctica clínica habitual.
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustaba a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y a al Reglamento (UE) 2016/679 de Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 93 pacientes, las características clínicas y demográficas basales se muestran en la **tabla 2**.

El diagnóstico más frecuente fue el de tumor gastroesofágico seguido de la neoplasia de páncreas (**Fig. 1**).

Tabla 2. Características clínicas y demográficas

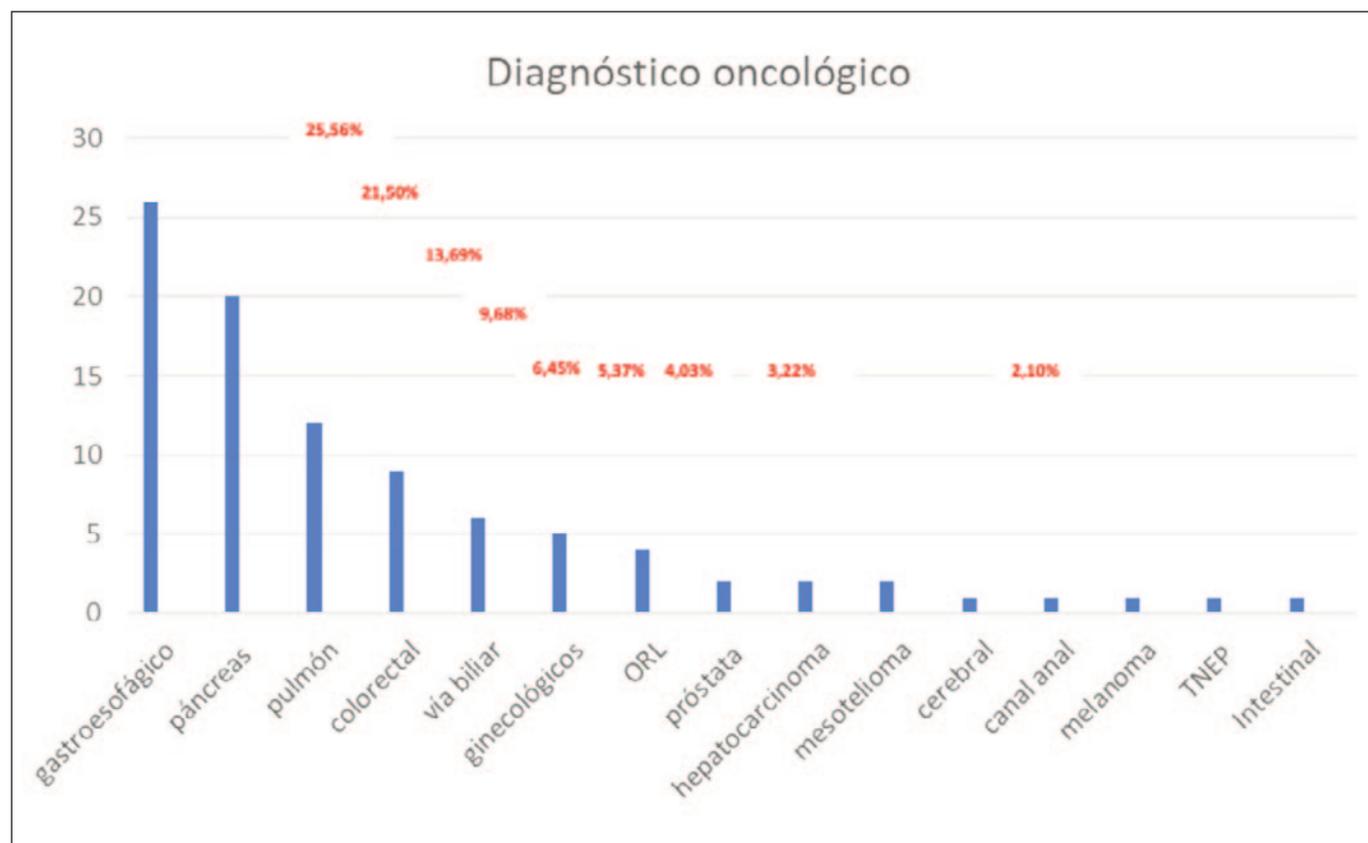
Edad	Media 67,2	Rango (36-86)
Sexo – n (%)		
Mujeres	61 (65.6)	
Hombres	32 (34.4)	
PS (%)		
0	10 (10.8)	
1	59 (63.4)	
2	21 (22.6)	
3	3 (3.2)	
Estadio tumoral (%)		
II	7 (7.5)	
III	44 (47.3)	
IV	42 (45.2)	

La mayoría de los pacientes recibió una media de 2 líneas de tratamiento distintas. En el momento del análisis de resultados 46 pacientes (49,5 %) habían fallecido.

Al estudiar el IMC basal, observamos en 3 pacientes (3,2%) un IMC por debajo de 18,5 kg/m² y, por tanto, cifras de bajo peso; sin embargo, 24 pacientes (25,8 %) tenían sobrepeso (IMC entre 25 y 29,9 kg/m²) y, 11 pacientes (11,8 %) obesidad con un IMC superior a 30 kg/m². En 55 pacientes (59,1 %) el IMC resultó estar dentro de los parámetros normales (IMC: 18,5-24,9 kg/m²).

En referencia a los valores analíticos de los pacientes en la primera visita tras el diagnóstico (índice CONUT), respecto a las cifras de albúmina observamos que 84 pacientes (90,3 %) no tenían desnutrición (valores de albúmina > 3,5 g/dl), frente a 9 (9,7 %) que sí la tenían; en los siguientes grados: desnutrición leve; 6 pacientes (albúmina: 3-3,5 g/dl) y desnutrición moderada; 3 pacientes (albúmina entre 2,5 y 3 g/dl). En ninguno de los casos se objetivó desnutrición grave (albúmina < 2,5 g/dl).

Analizamos también el porcentaje de desnutrición según las cifras de colesterol y linfocitos con los siguientes resultados: 2 pacientes (1,9 %) con colesterol por debajo de 100 mg/dl y, por tanto, en el rango de desnutrición grave; 19 pacientes (20,4 %) con colesterol entre 100-139 mg/dl,

**Fig. 1.** Diagnósticos tumorales

correspondiente a desnutrición moderada y 29 pacientes (31,2 %) con cifras entre 140 y 180 mg/dl indicativos de desnutrición leve. Por último 43 de los casos (46,2 %) tenía cifras basales en rango normal (> de 180 mg/dl).

Respecto a los valores de linfocitos, obtuvimos que 51 pacientes (54,8 %) tenían valores en el rango de la normalidad (>1600 linfocitos/mm³); 23 pacientes (24,7 %) tenían desnutrición leve con valores entre 1200 y 1599 linfocitos /mm³, 17 casos (18,3 %) tenían cifras de desnutrición moderada con linfocitos de 800 a 1200/mm³ y sólo 2 pacientes (2,2 %) presentaban datos de desnutrición grave (< 800 linfocitos/mm³) (Fig. 2).

En el momento de la valoración nutricional había 55 pacientes (59,1%) con diagnóstico de desnutrición por criterios GLIM. De ellos, 28 pacientes (30,1%) cumplían el criterio fenotípico de pérdida de peso, 27 pacientes (20,03%) tenían un bajo IMC (kg/m²) y 10 pacientes (10,75%) cumplían ambos criterios.

Se realizó dinamometría en 42 pacientes (45,16%). De ellos, 10 pacientes (10,75%) obtuvieron un resultado anómalo.

En cuanto a la asociación entre variables se observó que no existía correlación entre la edad y GLIM (Wilcoxon rank; p-value = 0.6981), ni entre el PS y GLIM (Spearman's rank; p-value = 0.5401).

En cambio, sí la había entre el estadio tumoral y GLIM, (Spearman's rank; p-value = 0.01833), de manera que una situación de enfermedad más avanzada suponía un peor estado nutricional en el paciente. (Fig. 3).

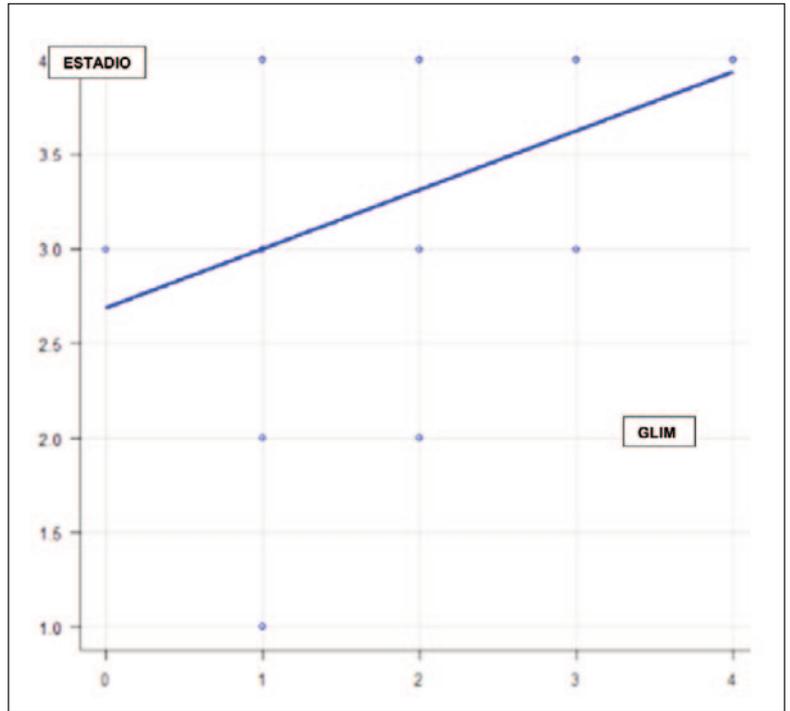


Fig. 3. Correlación entre el estadio tumoral y GLIM

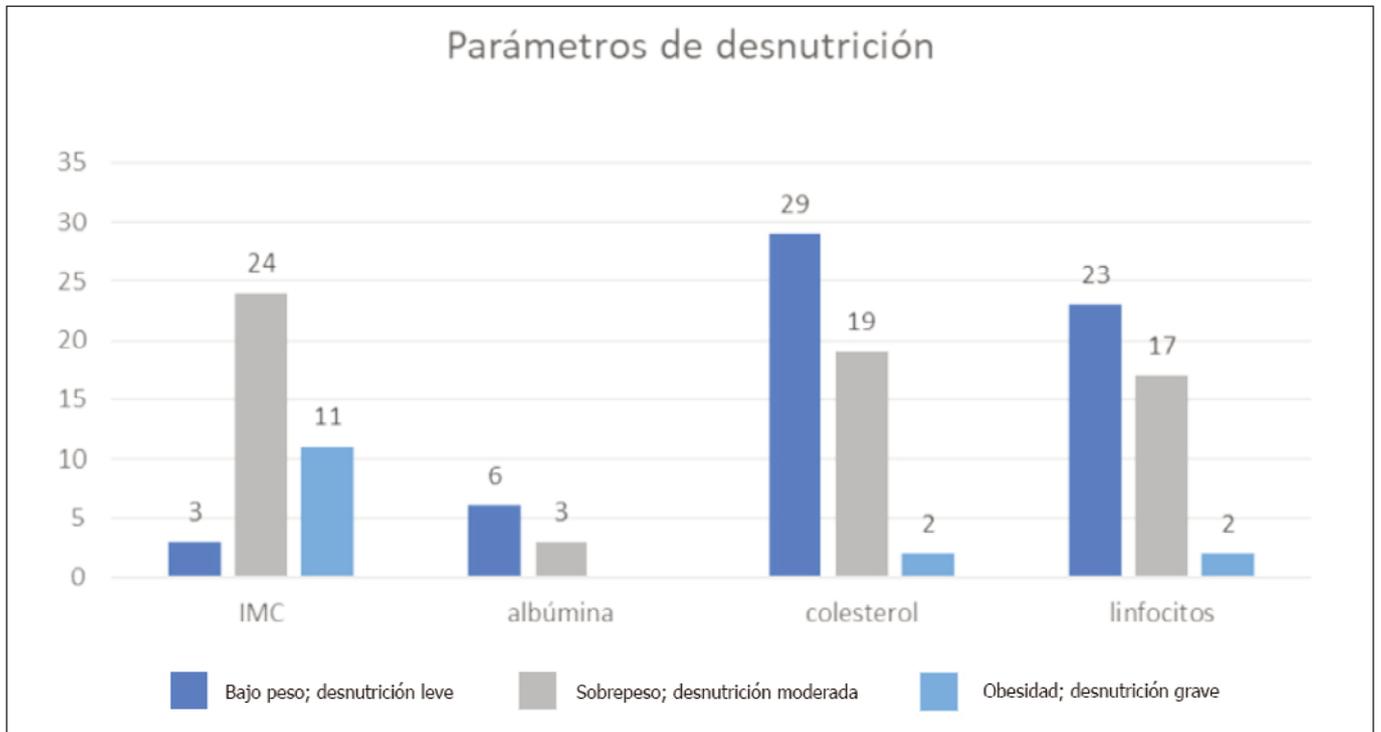


Fig. 2. Parámetros de desnutrición

Se llevó a cabo intervención nutricional en todos los pacientes evaluados en forma de recomendaciones generales para asegurar la ingesta adecuada de energía y nutrientes²⁴.

Si bien el gasto energético en reposo puede aumentar en la caquexia, el gasto de energía total suele ser normal (25-30 kcal/kg/día) debido a las reducciones correspondientes en la actividad física, pero puede ser impredeciblemente bajo o alto en algunos pacientes²⁵. Incluso una mayor ingesta de energía y proteínas puede no ser capaz de atenuar la pérdida de peso en todos los casos. Dada la presencia de resistencia anabólica en sujetos mayores y en enfermedades crónicas, se pueden requerir cantidades de proteína superiores a las normales (al menos 1,2 y posiblemente hasta 2 g/kg/día) para equilibrar la síntesis de estas^{26,27,28}.

La utilización de grasas en pacientes con cáncer que están perdiendo peso es muy eficiente y puede cubrir una parte importante del gasto energético en reposo²⁹. Mientras que la utilización de carbohidratos se ve afectada en presencia de inflamación sistémica y resistencia a la insulina. Además, las grasas son ricas en energía y permiten la alimentación de volúmenes más pequeños.

Los suplementos de nutrición enteral (SNO) son una mezcla equilibrada de macro y micronutrientes disponibles como alimentos líquidos, pudines y formulaciones en polvo reconstituidas con leche o agua. Se emplean como complemento de una dieta terapéutica adaptados a las necesidades de cada paciente. De los pacientes sometidos a intervención nutricional recibieron SNO 57 pacientes (61,29%).

Del global de pacientes la adaptación a la intervención nutricional en forma de cumplimentación de la pauta fue adecuada en 85 de los 93 casos (91,39%).

De los últimos 50 pacientes evaluados respondieron a la encuesta de satisfacción de forma voluntaria y anónima 28 (56%).

A continuación, se presentan los 15 ítems que conformaban el cuestionario, los 10 primeros relacionados directamente con la intervención nutricional, los 3 siguientes relacionados con el funcionamiento y los 2 últimos hacían referencia a la valoración global de la intervención.

A las primeras 10 preguntas, el 76,9% de los pacientes, respondió muy bien / excelente.

Al segundo bloque de preguntas respondió muy bien / excelente sólo el 41% de los casos, siendo el ítem peor valorado la facilidad para contactar por teléfono. Por último, el tercer bloque fue valorado muy bien/excelente por el 79,6% de los pacientes.

El resultado se representa en el diagrama sectorial, donde se agrupa el porcentaje global de respuestas en mal/regular, bien y muy bien/excelente. En el 95% de los casos la intervención nutricional se evaluó de forma satisfactoria.

Mayoritariamente los pacientes consideraron la experiencia muy buena o excelente, independientemente del grado de desnutrición o de lo avanzada que estuviese su enfermedad oncológica. (Fig.4).

DISCUSIÓN

Se incluyeron un total de 93 pacientes. Se elaboró un cuestionario no validado de 15 preguntas que se ofreció a los 50 últimos pacientes incluidos. Respondieron de forma voluntaria y anónima 28 (56%). En el 95% de los casos la intervención nutricional se valoró de forma satisfactoria. Por tanto, se alcanza el objetivo primario del estudio que consideramos de suma importancia, ya que hasta donde sabemos no se han publicado otros trabajos de características similares (evaluación del grado de satisfacción en el paciente oncológico ambulatorio en referencia a la intervención nutricional). En presencia de síntomas relacionados con la caquexia, como la anorexia y la fatiga, los pacientes y sus familias experimentan cambios estresantes en los hábitos alimentarios y en las interacciones sociales³⁰.

En general los pacientes desean comer de forma normal, pero en situación de caquexia no pueden hacerlo por aversión a la comida. Ello puede generar tensión en la unidad paciente-familia. Además, la pérdida continua de peso y función altera la apariencia del paciente con consecuencias en su autoimagen y autoestima³¹.

En nuestro caso la intervención nutricional ha supuesto una experiencia positiva en los pacientes, por ello consideramos que es un recurso necesario en el proceso asistencial al aportar un mejor grado de calidad percibida.

Como limitaciones, entendemos que se trata de un estudio piloto, con una sola cohorte en un único departamento de salud y de carácter exploratorio. No obstante, los resultados han permitido explorar la factibilidad y el grado de satisfacción proporcionado, al tiempo que detectar necesidades con el fin de valorar la dotación de recursos para realizar estudios más amplios de intervención nutricional en pacientes con cáncer y tratamiento oncológico activo.

CONCLUSIONES

La identificación temprana de la angustia psicosocial y el impacto de la caquexia permiten intervenciones oportunas para mejorar los síntomas y el grado de satisfacción del paciente.

En términos generales el resultado ha sido satisfactorio para la mayoría de los pacientes y al tiempo ha permitido identificar puntos críticos y áreas de mejora de la calidad asistencial del proceso, lo que denominamos medicina basada en valor.

En conclusión, con los datos obtenidos podemos elaborar una guía de actuación para optimizar la intervención nutricional y así promover mejoras en la experiencia del paciente.

Ítems
El conocimiento sobre sus necesidades nutricionales
El soporte y el seguimiento nutricional que le ofrecieron
El interés que mostró por usted personalmente
El bienestar y el apoyo que le brindó
La información que le dieron sobre su alimentación
El tiempo de espera para su atención en consulta
El tiempo que le dedicaron durante las consultas
Sus cualidades humanas (educación, respeto, sensibilidad, amabilidad, paciencia, etc.)
La coordinación entre su oncólogo y la especialista en nutrición
La atención telefónica que ha recibido, si ha sido necesaria
La facilidad para contactar por teléfono
El tiempo de espera antes de obtener una cita con la nutricionista
¿Cubre sus expectativas el seguimiento programado? visitas, frecuencia, etc...
¿Qué puntuación global le daría al programa nutricional?
¿Recomendaría el programa nutricional a otros pacientes?

■ Muy bien o excelente ■ Bien ■ Mal o regular

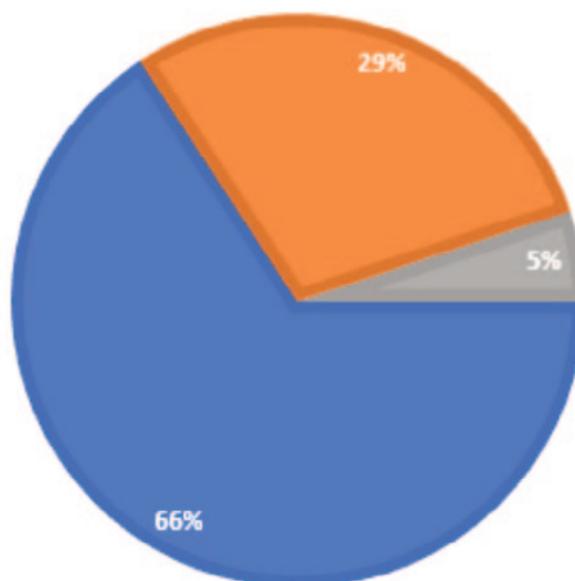


Fig. 4. Evaluación de satisfacción de la intervención nutricional

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peralta Fernández Galo. Experiencias en gestión de la innovación en salud. Published online 2021.
2. Guía para el diseño, implementación y medición de la experiencia del paciente en hospitales mediante PREM (Patient-Reported Experience Measures). Asociación Madrileña de Calidad Asistencial (AMCA).
3. Á. Pinto, M. César, G. Raposo, M. González Barón, Evaluación de la calidad de vida en el tratamiento de los pacientes oncológicos con patología neurológica tumoral severa., in: Guía SEOM Uso Los Fármacos Antiepilépticos En Oncol., Sociedad Española de Oncología Médica, Madrid, 2006: p. 196.
4. R. Sosnowski, M. Kulpa, U. Ziętaiewicz, J.K. Wolski, R. Nowakowski, R. Bakula, T. Demkow, Basic issues concerning health-related qual-

- ity of life, *Cent. Eur. J. Urol.* 206 (2017) 206–211. <https://doi.org/10.5173/cej.2017.923>.
5. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr.* 2017; 36: 11–48
 6. Cederholm T, Jensen G-L, Correia M, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition. A consensus report from the global clinical nutrition community.
 7. Fearon K, Strasser F, Anker S-D, et al. Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *Lancet Oncol.* 2011; 12: 489–495.
 8. Arends J. Mangelernährung bei Tumorpatienten. *Onkologe.* 2008; 14: 9–14.
 9. Jensen G-L, Mirtallo J, Compher C, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *Clin Nutr.* 2010; 29: 151–153.
 10. Tisdale MJ. Cachexia in cancer patients. *Nat Rev Cancer* 2002; 2:862.
 11. Ulíbarri JI, González-Madroño A, De Villar NGP, González P, González B, Mancha A, et al. COCONUT: A tool for Controlling Nutritional Status. First Validation in a hospital population. *Nutr Hosp* 2005; 20: 38–4
 12. Roeland EJ, Bohlke K, Baracos VE, et al. Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *J Clin Oncol* 2020; 38:2438.
 13. Koretz RL, Avenell A, Lipman TO, et al. Does enteral nutrition affect clinical outcome? A systematic review of the randomized trials. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:412.
 14. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104:371.
 15. Elia M, Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Garvey J, et al. Enteral (oral or tube administration) nutritional support and eicosapentaenoic acid in patients with cancer: a systematic review. *Int J Oncol* 2006; 28:5.
 16. Halfdanarson TR, Thordardottir E, West CP, Jatoi A. Does dietary counseling improve quality of life in cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *J Support Oncol* 2008; 6:234.
 17. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open.* 2013;3(1). doi:10.1136/bmjopen-2012-001570.
 18. Roddis JK, Liversedge HL, Ryder I, Woodhouse M. Incorporating the patient experience into clinical guidelines: recommendations for researchers and guideline developers. *BMJ Evid Based Med.* Published online September 18, 2018: bmjebm-2018-111015. doi:10.1136/bmjebm-2018-111015.
 19. Staniszewska S, Boardman F, Gunn L, et al. The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care.* 2014; 26(2):151–57. doi:10.1093/intqhc/mzu003.
 20. Patient experience scores drive clinical quality | Deloitte US. Accessed May 1, 2022. <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-and-health-care/articles/patient-centered-care-and-experience-scores.html>.
 21. Prang KH, Canaway R, Bismark M, Dunt D, Kelaher M. Associations between patient experiences and clinical outcomes: a cross-sectional data linkage study of the Australian private healthcare sector. *BMJ Open Quality.* 2019;8(3): e000637. doi:10.1136/BMJQ-2019-000637.
 22. Battard N, Liarte S. Including Patient's Experience in the Organisation of Care: The Case of Diabetes. *Journal of Innovation Economics & Management.* 2019; n° 30(3):39–57. doi: 10.3917/JIE.PR1.0054
 23. Arraras, J.I., Illarramendi, J.J., Viudez, A. et al. The cancer outpatient satisfaction with care questionnaire for chemotherapy, OUT-PATSAT35 CT: a validation study for Spanish patients. *Support Care Cancer* 20, 3269–3278 (2012).
 24. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. Guía ESPEN sobre nutrición en pacientes con cáncer. *Clin Nutr.* 2017; 36: 11–48.
 25. Purcell S-A, Elliott S-A, Walter P-J, et al. Total energy expenditure in patients with colorectal cancer: associations with body composition, physical activity, and energy recommendations. *Am J Clin Nutr.* 2019; 110: 367–376.
 26. Bozzetti F, Bozzetti V. Is the intravenous supplementation of amino acid to cancer patients adequate? A critical appraisal of literature. *Clin Nutr.* 2013; 32: 142–146
 27. Winter A, MacAdams J, Chevalier S. Normal protein anabolic response to hyperaminoacidemia in insulin-resistant patients with lung cancer cachexia. *Clin Nutr.* 2012; 31: 765–773.
 28. Wolfe R-R. The 2017 Sir David P Cuthbertson lecture. Amino acids and muscle protein metabolism in critical care. *Clin Nutr.* 2018; 37: 1093–1100.
 29. Cao D-X, Wu G-H, Zhang B, et al. Resting energy expenditure and body composition in patients with newly detected cancer. *Clin Nutr.* 2010; 29: 72–77.
 30. Oberholzer R, Hopkinson J-B, Baumann K, et al. Psychosocial effects of cancer cachexia: a systematic literature search and qualitative analysis. *J Pain Symptom Manage.* 2013; 46: 77–95.
 31. Reid J, McKenna H, Fitzsimons D, et al. The experience of cancer cachexia: a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46: 606–616.