

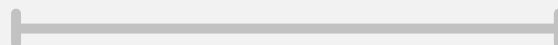
Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Agustina Sodor

**SÍNTOMAS, SIGNOS Y CALIDAD DE VIDA DEL
PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO
Y SU FAMILIA**

2025

Tutora: Dra. María Constanza Rossi



Citar como: Sodor A. Síntomas, signos y calidad de vida del paciente oncológico pediátrico y su familia. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2025. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/880>

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá y mi papá por, el amor incondicional que me brindan, por su felicidad por cada logro conseguido a lo largo de la carrera, por darme todo y más para llegar a cumplir mi sueño y saber que en todo momento van a seguir a mi lado. Los amo y voy a amar toda la vida.

A mi hermana que es mi compañera, mi otra mitad, sin ella no soy nada. Me enseña a dar todo de mí y ser perseverante con lo que uno quiere.

A mi perra Lila que es la luz de mi vida.

A mi abuela Elida, que no hay día que no piense en ella y en lo feliz que estaría por mí.

A mi abuela Ana maría, que, gracias a ella -aunque no lo pudo saber- encontré el área de nutrición que es mi vocación para un futuro. Siempre va a estar a mi lado.

A mi abuelo que me demuestra cómo sobreponerse a todo y más, por su apoyo y su cariño de toda la vida.

A mi madrina Laura, que sin sus palabras y su amor no sería quien soy.

A mis primos Nico y Santi, por cuidarme toda la vida, los quiero.

A mi tía Adela, por demostrarme su amor siempre.

A mis primas Noelia, Karen y Barbi, por todo el cariño que me dan, por su interés en todos estos años, sé que mis logros también son suyos.

A Dante, que siempre me da un motivo para reír y su cariño me hace feliz.

A mis tíos Oscar y Silvia, gracias por estar ahí siempre en cada momento, por más mínimo que sea.

A mis tíos Guillermo y Ely, por su cariño y su interés en mis estudios a lo largo de los años.

A toda mi familia, que es muy grande, pero los quiero a todos, con todo mi corazón.

A mis amigas de la vida, que siempre me entendieron y acompañaron todos estos años, las amo.

A mis amigos Sonia y Joaquín, que, sin ellos, mi experiencia y mi vida hoy, no sería lo que es. Agradezco a la vida por habernos puesto en el camino del otro. Gracias y los amo por siempre.

A mis amigos de la facultad, por su acompañamiento estos años y su cariño.

A mi tutora de la Dra. María Constanza Rossi, que me ayudo a hacer esto posible, siempre con su cariño y predisposición como docente, para lograr lo que este estudio es hoy.

A la Universidad Isalud, al personal docente y no docente, por permitir que este recorrido sea posible.

Tabla de contenido

ABSTRACT	4
MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	5
Oncología	5
Etapa infantil	7
Cáncer infantil	8
Tipos de Neoplasias	8
Calidad de vida	11
Prevalencia	12
Epidemiología	14
Estado nutricional	15
Desnutrición y Caquexia	17
Tratamiento Clínico	18
Efectos adversos al tratamiento clínico	22
Tratamiento Nutricional	25
PREGUNTA DE INVESTIGACION	28
OBJETIVO GENERAL	28
OBJETIVOS ESPECIFICOS	28
JUSTIFICACION	28
HIPOTESIS	29
VARIABLES	30
MATERIAL Y METÓDOS	33
RESULTADOS	34
DISCUSION	80
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAFIA	91
ANEXO	93

Introducción: El cáncer infantil es una enfermedad que afecta mundialmente a niños, niñas y adolescentes. Esta enfermedad presenta diversos síntomas y signos, que influyen en el estado general del paciente. Esto incide en la familia que acompañan el tratamiento, ya que es una situación muy demandante. **Objetivo:** Analizar si la calidad de vida del paciente y su familia se encuentra afectada por los síntomas del tratamiento oncológico. **Material y Método:** El diseño fue descriptivo transversal, se analizó bibliografía y estudios de investigación. Se realizó un formulario virtual, con un cuestionario validado (EORTC QLQ-C30 versión 3.0) y demás preguntas de carácter propio. **Resultados:** Se realizó una muestra a 14 pacientes oncológicos pediátricos. Las preguntas fueron respondidas por los adultos responsables de los niños. La neoplasia más prevalente en la muestra fue Tumores sólidos (71,4%). El tratamiento clínico de prevalencia fue, Quimioterapia (69,2%). El síntoma más prevalente como consecuencia de la enfermedad y el tratamiento fueron las Nauseas (36,7%) y el signo más frecuente fue la Neutropenia y la Alopecia (14,2%). La ingesta alimentaria fue Disminuida (64,29%) en más de la mitad de la muestra. La vida familiar se vio afectada en gran medida (92,3%). La calidad de vida del paciente pediátrico oncológico no se vio afectada en su totalidad, con una buena percepción de su estado global de salud (38,9%) **Discusión:** La presencia de síntomas y signos, refleja una alteración en la ingesta del paciente, siendo que se encuentra disminuida. Esto afecta la calidad de vida en una frecuencia menor de la que se creía anteriormente. **Conclusión:** Se observó que por más prevalente que era la sintomatología en el paciente, en base a la enfermedad oncológica, la calidad de vida no se vio afectada en su mayoría.

Palabras claves: Oncología, Cáncer infantil, Estado nutricional, Calidad de vida, Síntomas.

ABSTRACT

Introduction: Childhood cancer is a disease that affects children and adolescents worldwide. This disease presents various symptoms and signs that influence the general condition of the patient. It also impacts the family that accompanies the treatment, as it is a very demanding situation.

Objective: To analyze whether the quality of life of the patient and their family is affected by the symptoms of oncological treatment.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional design was used. Bibliographic material and research studies were analyzed. A virtual form was created, which included a validated questionnaire (EORTC QLQ-C30 version 3.0) and additional self-developed questions.

Results: A sample of 14 pediatric oncology patients was studied. The questions were answered by the children's legal guardians. The most prevalent neoplasm in the sample was solid tumors (71.4%). The most common clinical treatment was chemotherapy (69.2%). The most prevalent symptom as a consequence of the disease and treatment was nausea (36.7%), and the most frequent signs were neutropenia and alopecia (14.2%). Food intake was reduced (64.29%) in more than half of the sample. Family life was greatly affected (92.3%). The quality of life of the pediatric oncology patient was not entirely affected, with a good perception of their overall health status (38.9%).

Discussion: The presence of symptoms and signs reflects an alteration in the patient's food intake, which was found to be decreased. This affects quality of life to a lesser extent than previously believed.

Conclusion: It was observed that despite the high prevalence of symptoms in patients due to oncological disease, the quality of life was not significantly affected in most cases.

Keywords: Oncology, Childhood cancer, Nutritional status, Quality of life, Malnutrition, Symptoms, Treatment.

MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

Oncología

La oncología, se encarga de estudiar los procesos que se caracterizan por la proliferación anómala de las células del organismo que da lugar a enfermedades hemato-oncológicas, tumores sólidos y linfomas, entre otros. La proliferación anómala es cuando las células del cuerpo comienzan a dividirse y se diseminan a los tejidos que están alrededor, se considera como una consecuencia de mutaciones genéticas que ocurren en el interior de la célula que prolifera y da lugar a las células anormales que forman los tumores, pudiendo ser cancerosos o no cancerosos (benignos) (1) (2).

Según Antonino Pilar, una diferencia importante que hay entre las células normales y las cancerosas, es que las últimas son menos especializadas, no maduran con funciones específicas como lo hacen las células normales, por eso las células cancerosas siguen dividiéndose sin detenerse, ya que ignoran las señales que reciben las células para una muerte celular programada y que así el cuerpo pueda deshacerse de las células que no son necesarias, cosa que en el estado de enfermedad no sucede (2).

El cáncer que se fue diseminando del órgano de inicio, se lo conoce como cáncer metastásico, quiere decir que el cáncer migró de un lugar a otro, por acción de las células malignas que generan la metástasis. Estos tipos de tumores pueden ocasionar daños mucho más graves que aquellos que no generan metástasis.

El “Instituto nacional del cáncer” en el año 2021, escribió un artículo donde reconoce al mismo como una enfermedad genética, se alteran los genes que controlan el funcionamiento de las células, sobre todo la manera en que se forman y multiplican estas células. Los cambios genéticos se producen por varios motivos, algún error en la multiplicación de la célula, daño en el ADN por acción de sustancias que son perjudiciales en el ambiente, o por herencia de padres/madres a hijos (3).

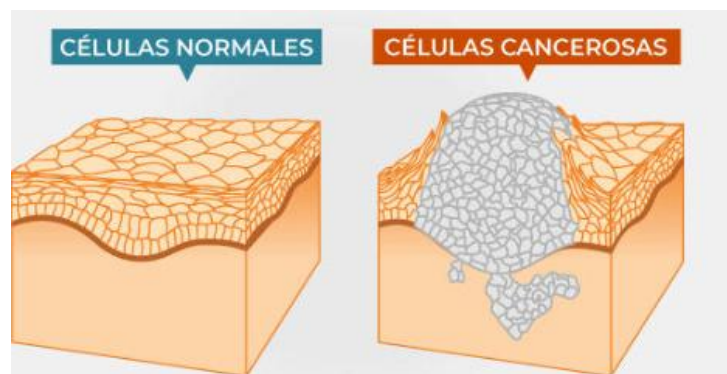


Imagen histológica representativa de los tejidos de las células del instituto nacional del cáncer.

El origen del cáncer puede darse en cualquier tipo de célula y en cualquier tejido del cuerpo, no es una enfermedad única sino un conjunto de las mismas que se clasifican en función del tejido y célula de origen (4).

Los principales subtipos de enfermedad oncológica o cáncer como se lo menciona de manera cotidiana, son los sarcomas de tejido conectivo (huesos, cartílagos, vasos sanguíneos, músculo, nervios y tejido adiposo), están los carcinomas de tejido epitelial en la piel de la persona o los epitelios que tapizan cavidades y órganos, también los tejidos glándulas de la mama y próstata, por último esta la leucemia y/o linfomas que incluyen los cánceres de tejidos formadores de células sanguíneas, generando inflamación de ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, por sobreproducción de células blancas (1) (4).

Un artículo realizado por “Aldeas Infantiles” de Colombia en el año 2022, describe a la infancia como un periodo con diferentes etapas de la vida de los niños, abarcando sus condiciones biológicas, físicas, sociales, culturales y la calidad de vida, que son de importancia para el crecimiento del niño (5). La infancia, se va a dividir en diferentes etapas.

Etapa infantil

La **etapa infantil** comprende diferentes periodos, desde el nacimiento hasta los 18 años, que es cuando llega a la mayoría de edad. La primera etapa es la del recién nacido, va desde el nacimiento hasta los 2 años.

De los 2 años hasta los 5 años, es la etapa preescolar, se caracteriza por una desaceleración del crecimiento, entre el primer y segundo año de vida el cuerpo del niño sufre de grandes cambios. A los 12 meses ya se mantiene erguido sin ayuda y da sus primeros pasos, a los dos en etapa preescolar camina con más firmeza y rapidez, aprende a subir y bajar escaleras. Esto da una disminución de la grasa corporal, incrementa la masa muscular y la masa ósea, hay mayor incremento de la talla sobre el peso. Hay un recambio óseo durante los primeros 4 años de vida, hasta los 5 años hay mayor acumulación de tejido adiposo subcutáneo en las extremidades que en el tronco.

Sigue la etapa escolar que abarca desde los 6 años hasta los 10 años en las niñas y 12 en los niños. Es un periodo de crecimiento latente, hasta los 10 años aumenta 2,3 kg de peso por año, la talla incrementa 5 cm por año. Mientras aumenta de edad hay más diferencias según el sexo del paciente en el crecimiento pondoestatural, ya que las niñas a los 11 años tienen el periodo de mayor velocidad de crecimiento y los niños a los 13 años.

La etapa de la adolescencia es el periodo de aparición de caracteres sexuales secundarios y finaliza con el cese del crecimiento físico, comienza a los 10 años de las niñas y 12 de los niños, hasta los 18 años en ambos sexos. Es la transición de niño a adulto, hay una diferenciación sexual, cambios en los órganos reproductivos, modificación de composición corporal y crecimiento lineal, que es el máximo que puede llegar alcanzar en la etapa adulta (6).

Estas diferentes etapas, muestran cambios en el desarrollo y crecimiento del niño, que puede verse afectado por el padecimiento de una enfermedad oncológica o “cáncer”, como se lo menciona de manera cotidiana, donde su efecto es distinto en el niño que, en el adulto, debido al este período de crecimiento latente que se atraviesa en las infancias.

Cáncer infantil

En nuestro trabajo de investigación hablamos de los procesos oncológicos centrados en la parte pediátrica, se lo conoce como **cáncer infantil**. Son los tumores malignos diagnosticados antes de los 18-21 años de edad, su aparición es en una época de pleno crecimiento por alteración de los mecanismos de reproducción, crecimiento y diferenciación de las células, formando tejidos que logran alterar la evolución normal en el desarrollo del niño (1).

En este crecimiento las células enfermas ocupan el lugar de las sanas, destruyéndolas. Esta situación puede afectar a múltiples órganos del cuerpo. Las presencias de tumores en los niños distan de ser iguales a los de los adultos, ya que los tumores en la edad pediátrica son embrionarios teniendo un crecimiento mucho más rápido y agresivo, que afecta a las células del sistema hematopoyético y a los tejidos de soporte (7)

Tipos de Neoplasias

En pediatría hay dos grandes grupos de neoplasias: las hematológicas (leucemias y linfomas) y los tumores sólidos (1).

La **leucemia** es una enfermedad neoplásica que se da en la sangre, siendo su origen la médula ósea. Consiste en una proliferación de linfoblastos, que son células precursoras linfoides inmaduras de glóbulos blancos, que se acumulan en la médula ósea y desplazan a las células sanas de la medula ósea ocasionando una disminución de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas (2) (7). Existen varios tipos de leucemias, leucemia linfocítica aguda (LLA), leucemia mieloide aguda y leucemia mieloide crónica, siendo la LLA la más frecuente en los/os niños/as.

En la **Leucemia Linfocítica Aguda** los síntomas pueden ser infecciones, anemia, hemorragias, hematomas, dolor en los huesos y/o articulaciones, protuberancias indoloras en el cuello, axilas, estómago o la ingle, pérdida del apetito y sensación de saciedad por hepatoesplenomegalia, debilidad, trombocitopenia y neutropenia. En la **Leucemia Mieloide Aguda** la clínica es anemia, trombocitopenia, neutropenia, fiebre, pérdida de peso y apetito, hepatoesplenomegalia en menor medida que la LLA, hipertrofia de encías, etc (8).

El tratamiento también se basa en la combinación de fármacos antineoplásicos pero la indicación del Trasplante de Médula Ósea es mayor en este tipo de leucemia (1).

Los **Linfomas** son tumores que se desarrollan en el sistema linfático, está presente en diferentes órganos como el bazo, médula ósea, timo, ganglios, intestino delgado, estómago y la piel, por ende, su desarrollo puede darse en cualquiera de estos órganos. Se clasifican en **Linfoma de Hodgkin y**

Linfoma no Hodgkin, siendo este último el más frecuente en niños. La clínica en estos pacientes es disnea, disfagia, hinchazón de cuello o cara, compromiso del tejido linfático intestinal, del brazo y la médula ósea. También puede presentar fiebre, pérdida de peso y sudores nocturnos (8).

El tratamiento se basa en la administración de poliquimioterapia y si progresa, se sugiere trasplante de médula ósea (8).

Los **Tumores Sólidos** representan la neoplasia sólida más común en la infancia.

Los **tumores del Sistema Nervioso Central**, son el más frecuente en los niños después de las leucemias, se clasifica según el tejido del SNC en el que se encuentre. Pueden causar cefaleas intensas, irritabilidad, cambios en la conducta, somnolencia, vómitos, convulsiones, problemas de aprendizaje, dificultad para el lenguaje y el habla (2) (1).

Su tratamiento depende de la edad del paciente y el tipo de tumor, si los niños son menores de tres años se sugiere la quimioterapia como primera opción, en cambio a niños mayores de tres años se sugiere la radioterapia porque los tumores son más sensibles a este tratamiento por la barrera hematoencefálica (8).

Los **Neuroblastoma** tiene lugar en el sistema nervioso simpático, se localiza en abdomen, tórax o pelvis, se extiende en forma de ganglios por todo el cuerpo pudiendo causar dolor abdominal, dolor de huesos y diarrea. su tratamiento combina quimioterapia y cirugía, más radioterapia y auto trasplante de médula ósea (ATMO) en los estadios avanzados (8).

Además de estos, otros tumores sólidos también presentes, aunque con menos frecuencia son: Tumor de Wilms, retinoblastoma, osteosarcoma, sarcoma de Ewing (2).

En el año 2005 “Silvana Fourgeax” realizó un estudio en el Hospital Materno Infantil de la Ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, allí plasmó cual era el tipo de cáncer que más prevalencia en esta etapa (8).

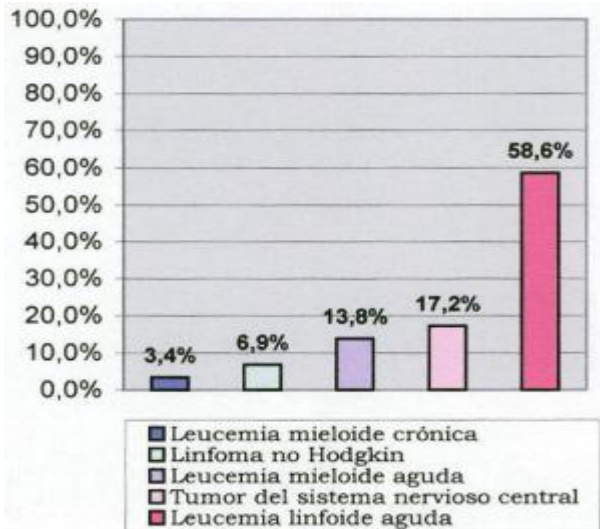


Gráfico de Estadística de Oncología en el Hospital Materno infantil extraído de Trabajo final de “Silvana Fourgeax”

Estos datos se obtuvieron de 29 niños que quedaron seleccionados como parte de la muestra, inicialmente eran 35 niños, pero el número disminuye por mortalidad o dejar el tratamiento clínico. El cáncer más prevalente fue la Leucemia Linfoide Aguda en un 58,6%, mientras que el menos prevalente fue la Leucemia Mieloide Crónica 3,4% del total de la muestra (8).

Calidad de vida

En los pacientes y su familia, la situación de enfermedad va a afectar la calidad de vida que tenían previamente, debido a que el niño que padece de cáncer requiere de mayores cuidados, atención, disponibilidad, entre otras cosas que uno como familia debe ir adaptándose a medida que avance el proceso.

Es un concepto que relaciona el bienestar social y la satisfacción de las necesidades humanas como, derechos positivos, libertad, estilo de vida, trabajo, accesibilidad a servicios sociales y condiciones ecológicas en el ámbito de vivienda. Hay varios instrumentos o escalas que permiten medir la calidad de vida del paciente teniendo en cuenta el estado funcional, que va a ser reflejado en su salud física, mental y social.

El tipo de Instrumento para medir la Calidad de Vida que nos compete es el específico que tiene dimensiones de una patología determinada que uno desea evaluar. Permite conocer el impacto de los síntomas y cómo afecta la calidad de vida del paciente y su alrededor (9).

En Europa se conoció a la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer “EORTC”, es un organismo internacional que cuenta con la presencia y el trabajo de investigadores de diferentes países de todo el mundo, que desempeñan sus funciones en el área oncológica. El organismo tiene muchas divisiones que se encargan de diferentes tareas, una es la de tratamientos, que con un grupo de estudio evalúan la Calidad de Vida de pacientes oncológicos.

Este grupo creó un sistema modular de medida de Calidad de Vida, un cuestionario con una parte que recoge áreas comunes del cáncer y su tratamiento, pero que luego se complementa con módulos determinados según el tipo de tumor o tratamiento que tiene el paciente, estos miden aspectos más específicos. Este sistema permite comparar los resultados de diferentes trabajos y dar una respuesta a las preguntas que puede plantear cada estudio (10).

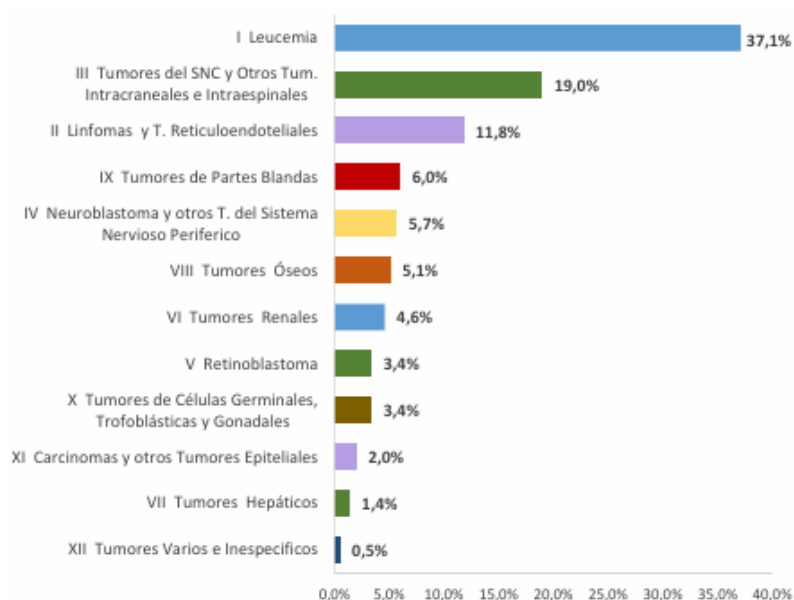
El cuestionario tiene tres versiones, la tercera (EORTC QLQ-C30 versión 3.0), es la que se usa actualmente. Para la mayoría de las preguntas, se emplea un formato de respuesta de cuatro puntos, excepto en la escala global que tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convierten en una puntuación de 0 a 100 (10).

Cinco escalas funcionales : funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo.
Tres escalas de síntomas : fatiga, dolor, y náusea/vómitos.
Una escala global de salud/calidad de vida.
Ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero.

Prevalencia

En Argentina, según el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), en el período de 2000-2016 hubo un registro de 22.450 niños menores de 15 años con cáncer. Esto equivale a una incidencia anual de 129,9 casos, aproximadamente, por millón de niños, lo que significa un promedio anual de 1320 niños con patología oncológica por año. El cáncer infantil más frecuente, en nuestro país, es la leucemia, de los 1320 casos de cáncer pediátrico por año entre 450 y 520 son leucemias (11).

Gráfico de Distribución de casos según la Clasificación Internacional de Cáncer Pediátrico (ICCC) 2000-2016. Argentina, n: 22.450.

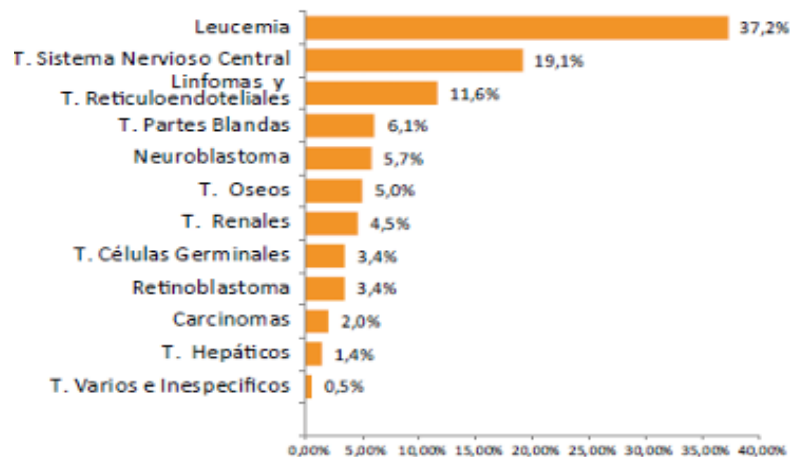


Fuente: Registro Oncopediátrico Argentina

En el año 2019, el Registro Oncopediátrico Argentina “ROHA” obtuvo información sobre los casos de cáncer infantil en la población argentina, junto con información obtenida de censos poblacionales, para conocer la tasa de incidencia anual de tipo de cáncer y cual era más prevalente en los niños. Esta tasa se expresa en casos por millón de niños, se realizó en niños de 0 a 15 años (12).

Los datos obtenidos por ROHA, fueron comparados con datos publicados en la tercera edición de “Incidencia Internacional de Cáncer Pediátrico”. Se aplicó una tasa promedio de registros de la edición mencionada de 140 casos por millón de niños menores de 15 años de la república Argentina, el número anual de casos resultó ser de 1.471 casos nuevos por año, siendo el promedio anual que registró ROHA entre 2000 y 2019 de 1.351 casos, es el 92% de casos esperados en el país (12).

**Distribución de casos según la Clasificación
Internacional de Cáncer Pediátrico (ICCC)
2000 - 2019 n: 27016**



Fuente Registro Oncopediatrico Argentina

Como se puede observar, hubo cambios en la tasa de incidencia con respecto a los datos obtenidos en el año 2016. La tasa de Leucemia aumentó siendo del 37,2% por millón de niños, los Tumores del Sistema Nervioso Central tuvieron aumento de 0,1 siendo del 19,1%. En los Linfomas y los Tumores Retículo Endoteliales la incidencia fue menor por una caída de 0,3, igual que los Tumores de Partes de blandas que disminuyó de 6,1% a 6,0% de niños por millón., en los Tumores Óseos la incidencia cayó un 0,1% de 5,1% que era en 2016, igual que en los Tumores renales. Los demás tipos de cáncer se mantuvieron desde el año 2016 al 2019 (12).

Epidemiología

En la etapa **epidemiológica** las neoplasias obedecen a una causa multifactorial, son el resultado de interacción de variables de dos terminantes como lo genético y lo ambiental. Los factores ambientales son grandes responsables del desarrollo de esta enfermedad, al estar expuesto a radiaciones UV, humos tóxicos, agua con presencia de metales pesados, fumigaciones. Lo ambiental junto con lo genético para el desarrollo de la enfermedad, es más factible que se de en periodos críticos del desarrollo del niño, ya que se encuentra en un periodo de crecimiento (13).

En los años 2012-2013, Ethel Noemí Bajú realizó un estudio epidemiológico en familias de niños que asistían al Hospital “Dr. Prof. Juan P. Garrahan” de Parque patricios, C.A.B.A, por diagnóstico de Leucemia Aguda o Linfoma con diagnóstico entre los años 2007-2013. La encuesta se realizó a 144 familias, esto permitió obtener una gran cantidad de datos sobre lo ambiental (13).

De 52 viviendas, 14 tuvieron control sobre la calidad de agua, sin precisar control microbiológico o químico, el resto de las viviendas con agua de pozo tenían poco o ningún control, donde más de la mitad de los niños tomaban de esta agua sin hervir previamente (13).

Como mencionamos, los humos tóxicos, como el del cigarrillo son predisponentes de enfermedades, en la encuesta el 40% de las madres reconocieron que fumaron más de 100 cigarrillos a lo largo de sus vidas, un 40% del total siguió fumando durante el embarazo y un 70% hasta cuatros meses antes del diagnóstico de embarazo, y desde el nacimiento hasta los tres primeros años de vida el 70% había personas que fumaban a su alrededor (13).

Al ser un periodo de crecimiento, se puede constatar que el 67% de los niños fueron administrados con hierro durante sus dos primeros años de vida, al 37% se le administró vitaminas durante dos años de vida, indicado por el médico (13).

La exposición prolongada los rayos UV es un factor cancerígeno, que es más susceptible en edades tempranas, al momento de la encuesta el 4,8% de las familias afirmaron que el niño presentó quemadura solar con ampollas, el 95,2% de los encuestados tomaron precauciones con el niño ante la exposición solar. Del 100% de la muestra, el 93% no se expuso a la radiación solar entre las 10 y 15 hs entre los meses de septiembre y abril, el 53,1% utilizaron pantallas protectoras con factor de 50 o más UVB, como última medida el 91% utilizaron otros tipos de cuidados como gorros, ropa adecuada y sombrillas (13).

Todos los factores ambientales mencionados en grandes medidas pueden afectar el estado de salud del niño, ya que es una edad y etapa vulnerable, de mayor susceptibilidad celular y tisular frente a

estos factores, por la inmadurez fisiológica, menor actividad y tiempo de reparación del ADN y mayor capacidad de proliferación clonal (7). Sabiendo todo esto si no se toman los cuidados necesarios los factores más la presencia de la enfermedad y el estado inmaduro del niño genera un estado nutricional deficiente o poco óptimo.

Estado nutricional

El **estado nutricional** es resultado de la correlación entre los nutrientes que recibe el organismo y lo demanda, que es lo que necesita para la correcta utilización de los nutrientes, mantener reservas energéticas y compensar las posibles pérdidas. Un estado nutricional óptimo debe favorecer el crecimiento y desarrollo del niño y proteger al cuerpo de enfermedades o infecciones, situación que es probable en niños con un estado nutricional deficiente por la presencia de neoplasias malignas. Es de suma importancia el aporte extra de nutrientes que puedan darse a los niños para que el tratamiento y la enfermedad pueda llevarse de la mejor manera posible, debido a que ambos repercuten en el estado del niño ya que altera el apetito, el gusto, el olfato, la capacidad de comer y absorber los nutrientes necesarios (14).

Para conocer el estado del paciente se debe valorar nutricionalmente, los objetivos de la valoración son, conocer el estado de nutrición, el rendimiento, identificar aquellos individuos en riesgo de malnutrición, prevenir la malnutrición, conocer la alimentación, monitoreo y vigilancia de las intervenciones nutricionales (14).

En el tratamiento para el cáncer, la quimioterapia, radiación y cirugía pueden generar mala tolerancia a la ingesta oral de a los alimentos, predisponiendo un estado nutricional deficiente y desnutrición (15).

Un estado nutricional deficiente puede llegar a convertirse en una mal nutrición, un estudio que se realizó en el año 2021 por Hardenson Rodríguez Gonzales y otros autores en la Universidad de Antioquia en Colombia, evaluó la malnutrición en pacientes pediátricos con cáncer, Leucemia y Linfoma, revisando los registros clínicos de pacientes menores de 18 años que iniciaron y terminaron tratamiento entre los años 2013 y 2020 (16).

El estudio fue retrospectivo con una muestra de 191 niños diagnosticados con cáncer, con un seguimiento de 24 meses para ver cómo evolucionó o no el estado nutricional. Se conoció que el 55,5% de la muestra eran de sexo masculino, 83,7% de los niños tenían un estado nutricional adecuado al momento del diagnóstico, el 9,4 tenía una malnutrición por exceso y el 6,8% tenía malnutrición por déficit, del 100% de los pacientes, casi la totalidad de los niños tuvo

complicaciones infecciosas, una al menos en el 83,8% de los casos, mientras que durante el seguimiento de los 24 meses un 47,1% tuvo más de complicaciones infecciosas, que ascendió hasta el 69,2% por malnutrición por déficit. Hubo mortalidad de un 18,3%, se ajustaron los datos y se proporcionó el dato de que el 57,1% padecía de Leucemia Mieloide Aguda y malnutrición por déficit en el 30,7% de los casos (16).

En el año 2023 La revista Colombiana de Hematología y Oncología, evaluó que tan factible era el rendimiento operativo de una escala de tamizaje nutricional para niños con cáncer “SCAN-SP”. La población que fue parte de la muestra eran 96 niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad que tenían permanencia hospitalaria en el Centro de Cáncer Infantil de la Fundación Hospital Pediátrico la Misericordia en Bogotá, Colombia (17).

Esta escala es utilizada para conocer el riesgo de desnutrición que hay en estos pacientes, siendo el puntaje total de 3 de mayor riesgo nutricional. Como resultado se obtuvo que el 82,3% de los pacientes tenían riesgo de desnutrición por el método SCAN-SP y el 69,8% estaban con desnutrición. Por ende, la escala tiene un buen rendimiento, con una sensibilidad del 100% (17).

Ambos estudios u investigaciones corroboran que la malnutrición por déficit o desnutrición tiene una tasa de incidencia elevada en paciente onco-pediátricos. El diagnóstico precoz debe ser de importancia para comprender que situaciones además de la enfermedad y el tratamiento pueden predisponer la desnutrición en estos pacientes con un alto riesgo de caquexia

Desnutrición y Caquexia

La **desnutrición** es un estado patológico que se caracteriza por aporte insuficiente de energía y nutrientes, es una consecuencia secundaria a la enfermedad que predomina en muchos pacientes oncopediátricos (1).

Algunas causas se refieren a un aumento del requerimiento y gasto energético, alteraciones gastrointestinales, mecánicas o funcionales, disminución de la ingesta de alimentos por efecto del tratamiento antineoplásico. También la presencia de factores psicosociales como depresión, ansiedad y temor contribuyen a una falta de ingesta de alimentos (2).

En los pacientes de etapa infantil con cáncer, la desnutrición produce una disminución de masa muscular, pérdida de fuerza que repercute sobre el estado funcional y afecta la calidad de vida del paciente. Su deterioro ocasiona una menor respuesta a los tratamientos o mala tolerancia al mismo, la cicatrización será deficiente y hay mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas de infecciones. Las neoplasias generan alteraciones metabólicas en el organismo que contribuyen a una pérdida progresiva de peso que es involuntaria, esto genera un balance negativo en el cual la ingesta de alimento es menor en comparación con el gasto de energía. La expresión máxima de desnutrición en el cáncer es la caquexia tumoral, que será responsable directa o indirecta de la muerte en un tercio de los pacientes con cáncer (1).

La **Caquexia** es una desnutrición más profunda, dando pérdida de peso, grasa y músculo. En los pacientes oncológicos la sintomatología se manifiesta por desgaste, anorexia, astenia, anemia, hipoalbuminemia, hipoglucemia, acidosis láctica, hiperlipidemia, alteración de la función hepática, intolerancia a la glucosa, gluconeogénesis elevada, atrofia muscular y/o visceral, ya que el organismo no se puede adaptar metabólicamente. Su origen es de carácter multifactorial, existen factores psicológicos y del sistema nervioso que dan una reducción de la ingesta generando la anorexia y saciedad precoz (8).

Tratamiento Clínico

Una vez que se diagnostica el tipo de neoplasia, se determina cual es la línea de tratamiento a seguir en el paciente. Actualmente hay tres tipos de tratamiento en las enfermedades hemato-oncológicas, administración de fármacos antineoplásicos o quimioterapia, radioterapia, cirugía y trasplante de médula ósea, pueden darse de manera individual o combinadas entre ellas según la evolución de la enfermedad.

El tratamiento, sea cual sea, puede dar desnutrición en el paciente, sobre todo en aquellos casos en que se administran varios tratamientos para la curación del cáncer (1).

Quimioterapia

Es la administración de sustancias químicas. Los medicamentos antineoplásicos pueden contribuir a la malnutrición del paciente. Se encarga de destruir a las células cancerosas que se dividen y se reproducen de manera activa (4). Puede expandir su efecto a tejidos malignos, pero también a tejidos sanos a diferencia de la radioterapia, esto va a depender del tipo de droga, dosis, duración de tratamiento y susceptibilidad del paciente (8).

Se puede administrar de manera continua o discontinua, con un solo fármaco o combinación de varios. La citotoxicidad es menor cuando se administra de forma discontinua, porque permite la recuperación de células sanas (1).

Existen diferentes tipos de quimioterapia

- Poliquimioterapia: se asocian varios citotóxicos con diferentes mecanismos de acción, para disminuir la dosis de cada fármaco y aumentar la potencia terapéutica.
- Quimioterapia adyuvante: se administra después de una cirugía para disminuir la incidencia de diseminación
- Quimioterapia neoadyudante: se indica antes de cualquier otro tratamiento para disminuir el estado tumoral y mejorar resultados de tratamientos próximos.
- Radio quimioterapia concomitante: se administra quimioterapia y radioterapia en conjunto para potenciar el efecto (8).

El tratamiento tiene ciertos efectos secundarios de diferentes tiempos de aparición:

Precoces: dentro de los primeros tres días luego del tratamiento aparece diarrea, náuseas, vómitos, malestar general, agitación, exantemas.

- Tanto las náuseas como los vómitos repercuten física y emocionalmente en estos pacientes, afectando la calidad de vida porque altera el estado hidroelectrolítico, daña el aparato gastrointestinal y da desnutrición (18).

Inmediatos: entre 7 y 21 días de tratamiento, mucositis, mielosupresión, neutropenia, plaquetopenia, anemia, infecciones por herpes simples o cándida, hemorragias y xerostomía

Tardío: meses después de haber recibido el tratamiento se presenta alopecia, inmunosupresión, neurotoxicidad, miocardiopatías, toxicidad local (4).

También se afecta la función de motilidad intestinal, habrá vaciado gástrico enlentecido, aumento de secreciones gastrointestinales y flujo sanguíneo esplácnico. La presencia de determinados alimentos o suplementos dietarios puede interferir en la absorción del medicamento y por ende la absorción de nutrientes (8).

La quimioterapia puede administrarse de diversas maneras, oralmente mediante comprimidos o jarabes, intravenosa o intrarectal, inyectada en el espacio que rodea a la médula ósea (7). El fin es poder conseguir la remisión de la enfermedad, prolongar la esperanza de vida o paliar síntomas en estadios muy avanzados (1).

Rosana Elizabeth Maidana publicó en el año 2023, un estudio que realizó en la Provincia de Córdoba, realizó una valoración del estado nutricional antes y después del tratamiento de quimioterapia en fase de inducción, en niños y adolescentes con leucemia que fueron atendidos en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba durante los años 2013 a 2016 (19).

El estudio fue descriptivo, retrospectivo y longitudinal, se recolectaron datos de 40 historias clínicas de los niños y/o adolescentes que asistieron al hospital en el periodo mencionado por diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda y Leucemia Mieloide Aguda (19).

Los datos que se extrajeron de las historias clínicas fueron, datos antropométricos como peso, talla e índice de masa corporal además de los parámetros bioquímicos de albúmina y hemoglobina en sangre, tanto en el momento del diagnóstico oncológico y tras la fase de inducción. Como dato adicional se tuvo en cuenta la presencia o ausencia de síntomas digestivos durante la fase de inducción (19).

Los resultados obtenidos del estudio fue que las leucemias prevalecieron en el sexo masculino 55% y la edad media fue en edad de preescolar 57,5% del total, mientras que la presencia de Leucemia Linfoblástica Aguda fue del 90%. Antes de la fase de inducción el estado nutricional por antropometría era Normal en el 65% de los niños, el 17,5% presenta emaciación que es una

desnutrición aguda grave, el 7,5% desmedro donde la talla no correlaciona con su edad por ser inferior y un 7% malnutrición por exceso como sobrepeso u obesidad. Según los datos bioquímicos el 95% tenía disminuida la hemoglobina y el 39,3% la albúmina antes de la fase de inducción. Una vez que se inició el tratamiento de quimioterapia el 72,5% de la muestra ganó peso y el 22,5% lo disminuyó, la concentración de hemoglobina fue menor en un 90% y de albúmina en un 35,7% post inducción (19).

Radioterapia

Emplea radiaciones ionizantes para eliminar las células tumorales, es un tratamiento local por lo que no ataca a tejidos sanos en mayor medida. Actúa sobre el tumor destruyendo la célula e impidiendo su crecimiento (8). Afecta principalmente a células con alto índice de reproducción como las del sistema digestivo o médula ósea (1).

Se aplica solo o combinado con cirugía o quimioterapia, en general es indicado antes de la cirugía para poder disminuir el tamaño del tumor y eliminar células malignas. Al momento de aplicar los rayos es indolora, pero puede generar efectos secundarios luego de la aplicación (8).

Hay diferentes tipos de aplicación:

Hiperfraccionada: quiere decir que se administra una vez al día, la dosis se calcula según el tumor y su ubicación. La dosis diaria se divide en dosis más pequeñas que se pueden administrar más de una vez al día.

Intraoperatoria: combina la cirugía y la radioterapia. Se extrae el tumor y se aplica una dosis alta de radiación local y alrededores para evitar la disipación (8).

Los efectos adversos dependen de la zona tratada, de la edad del paciente, de la dosis recibida. Hay dos grandes tipos de efectos secundarios a la radioterapia. Los generales son efectos que aparecen por una dosis determinada, anorexia, astenia, malestar general, náuseas, vómitos y cefaleas. Los específicos se dan según la zona que será irradiada y los órganos afectados (1).

- **Cabeza y cuello,** ocasiona mucositis, sequedad bucal, disfagia, alteración del gusto, dolor de oído. Si hay afectación de las glándulas salivales se presenta xerostomía, alteración de la deglución todo esto genera una alteración de la flora bacteriana predisponiendo la presencia de caries.
- **Mucosa del tracto digestivo,** se genera dolor oral y faríngeo, úlceras y hemorragias, se lesionan las células gustativas alteración la percepción del gusto (amargo y ácido) o ageusia

completa. Una vez pasado 4 meses de la última radiación se revierte la ageusia en la mayoría de los casos, puede extender hasta un año.

- **Tórax**, se evidencia la presencia de esofagitis y tos con náuseas y vómitos si es más hacia la parte superior o diarrea si es la parte inferior.
- **Pelvis**, dolor de estómago, acidez, náuseas y vómitos, diarrea, dolor y ardor al orinar, irritación y picazón vaginal en las mujeres.
- **Mucosa intestinal**, genera mal absorción y trastornos hidroelectrolíticos. La radiación ocasiona una enteritis aguda intestinal que desaparece luego del tratamiento en general.

Los síntomas afectan la capacidad y las ganas de ingerir alimentos en el paciente, lo predispone a una mayor malnutrición (8).

Cirugía

La cirugía es otro tipo de terapia, puede combinarse con quimioterapia y radioterapia, se demostró una mejor supervivencia del niño que presenta tumores sólidos (8). Pretende la extirpación del tumor, la mayor cantidad posible siendo lo menos mutilante posible (1).

Se utiliza una técnica laparoscópica que es poco invasiva, se visualiza el tumor para ver su extensión y constatar la presencia o no de metástasis (8).

La cirugía puede afectar la alimentación y el estado nutricional del paciente, ya que, si el tumor está presente en la zona del tracto gastrointestinal, se altera la masticación y la deglución con un riesgo de aspiración. Si se realiza una resección en el esófago o el estómago puede provocar estasis gástrica o un síndrome de vaciado rápido. Las secuelas de resecciones intestinales dependen de la localización y magnitud de la resección (8).

Trasplante de Médula Ósea

El trasplante de médula ósea es la administración endovenosa mediante catéter central de células madres. El objetivo es restablecer la función hematopoyética (1), sustituyendo las células enfermas o destruidas de la médula ósea por células sanas, ya sea del propio paciente o por un donante compatible (4).

Se requiere que antes del trasplante el paciente esté en una unidad de aislamiento, recibe dosis de quimioterapia para una inmunosupresión para eliminar células tumorales residuales. Puede administrarse soporte nutricional (1). El niño está en riesgo de contraer infecciones y hemorragias, luego de 30 días del trasplante es cuando la médula trasplantada debe generar nuevas células, hasta entonces el niño debe permanecer aislado (4).

Efectos adversos al tratamiento clínico.

Mucositis, lesión que aparece poco después de iniciado el tratamiento clínico de quimioterapia o radioterapia. Es una inflamación de la mucosa del tubo digestivo por la toxicidad de la terapia, en general se afecta la mucosa bucal, si se daña puede generar úlceras dolorosas que afectan la ingesta de alimentos. Incrementa el riesgo de sufrir infecciones (4).

Eritema, trastorno de la piel, son lesiones circulares de color rojizo, se da en piernas, brazos, palmas, manos, pies y la boca. Es consecuente a determinadas drogas usadas en la quimioterapia y la radioterapia. Genera comezón, fiebre, malestar, dolor de articulaciones, problemas de visión (4).

Disgeusia, alteración del gusto como respuesta a la radioterapia, puede proceder de la mucositis, genera sensación de ardor bucal. Los pacientes con quimioterapia pueden sentir un sabor desagradable de ciertos alimentos, secundario al fármaco. Puede revertirse una vez terminada la radioterapia en la mayoría de los casos (4).

Ageusia, pérdida total del gusto de los alimentos (4).

Xerostomía, sequedad bucal por mal funcionamiento de las glándulas salivales, da dolor y boca muy seca. El flujo salival disminuye de manera continua meses después de la radioterapia, su recuperación se puede dar entre 6 y 12 meses después de finalizado el tratamiento (4).

Neutropenia, disminución de las células que combaten las infecciones que son los neutrófilos. Predispone y aumenta el riesgo de sufrir infecciones en los pacientes durante el tratamiento (8).

Náuseas y vómitos, sensación de tener urgencia de vomitar y expulsión forzada de los contenidos del estómago, hacia el esófago y fuerza de la boca (8).

Diarrea, presencia acuosas, poco compactas y frecuentes, es crónica cuando se presenta durante más de cuatro semanas (8).

Constipación, heces excesivamente secas, disminución de la frecuencia de las deposiciones y fuerza para el momento evacuatorio (8).

Los síntomas en los pacientes oncológicos pediátricos afectan su estado nutricional, pero también su calidad de vida y la de familia, es importante contemplar los síntomas físicos, pero también los síntomas psicológicos, ya que es una enfermedad donde el estado de ánimo fluctúa según el momento en que se encuentra el paciente, el acompañamiento que recibe, el tratamiento, el tiempo de estadía hospitalaria y demás, por ende es importante estar bien mentalmente para que los niños y sus familias puedan afrontar este momento.

En los últimos años, se realizaron estudios que se centraron en los síntomas en general del niño, pero también en el dolor que conlleva esa enfermedad y tratamiento, determinando cual fue la prevalencia. Un artículo realizado por Salas. M, Gabaldón. O, Mayoral. J.L, Arce.M y Amayra.I de la Universidad de Deusto Bilbao en el año 2004, reunió varios estudios sobre los síntomas del niño (20).

Uno fue el de John J. Collins en el año 2000, el propósito del estudio fue determinar la prevalencia de síntomas, las características y el sufrimiento del niño, se utilizó una Escala de Evaluación de Síntomas Conmemorativos “MSAS” de 30 ítems que fueron contestados por el paciente, la muestra fue de 160 niños de 10 a 18 años de edad, 45 de ellos estaban hospitalizados y los 115 eran ambulatorios. El síntoma más prevalente fue la falta de energía con el 49,7%, los más comunes con una prevalencia >35% fueron dolor, somnolencia, tos, náusea, falta de apetito además de síntomas psicológicos como nerviosismo, irritabilidad, tristeza, preocupación. Un tercio de los pacientes experimentaron letargia, dolor y/o insomnio 48 hs antes de realizar la encuesta, la prevalencia de síntomas estos dos días antes de la evaluación fue cansancio 35,6%, dolor 32,4%, insomnio 31,1%, picores 25%, falta de apetito 22,3%, preocupación 20,1%, náusea 13,4% y tristeza 10,1% del total de la muestra. Todos estos síntomas generan un alto nivel de estrés negativo (20).

En la relación de los síntomas, los niños que estaban con permanencia hospitalaria experimentaron mayoría de síntomas, igual que los que habían recibido tratamiento de quimioterapia recientemente, mientras que los pacientes con leucemias, linfomas o tumores del sistema nervioso central padecieron menos síntomas que los pacientes de tumores sólidos.

En concordancia, Jennifer Sepúlveda-Ramírez en 2019, en Cúcuta, Colombia realizó una revisión integrativa de análisis y estudios científicos generados entre 2007 y 2018 de las bases de datos de Embase, Ovid, Medline, Pubmed, Science Direct y Scielo en inglés, español y portugués, para conocer y evaluar el seguimiento de los síntomas en niños y adolescentes con cáncer (21).

Se incluyeron 50 artículos, cada uno midió los síntomas con diferentes instrumentos y escalas. Uno de las investigaciones fue realizado por Abu-Saad H, Sagherian K, Tamim H. en el año 2013, participaron niños y adolescentes de 7 a 18 años de edad, el instrumento utilizado fue *Quality of Palliative Care Questionnaire-Pediatrics (Combinación de PedsQL y MSAS)* que determinó que los síntomas que predominaron en niños de 7 a 12 años fue dolor, falta de apetito y náuseas, otra investigación realizada por Williams PD, Williams AR, Kelly KP, Dobos C, Giesecking A, Connor R, Ridder L, Potter N, en el año 2012, se incluyeron 385 niños y adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda, Tumores sólidos y Tumores del SNC, el instrumento de medición fue Therapy Related Symptom Checklist for Children (TRSC-C) y se concluyó que los síntomas más frecuentes

fueron sentirse lento, náuseas, pérdida de apetito, irritabilidad y vómito, siendo que los niños mayores tenían mayor gravedad de los síntomas (21).

La mayoría de las investigaciones que realizaron diferentes autores de todo el mundo, demuestran cómo la enfermedad oncológica y el tratamiento clínico a elección dan como consecuencia síntomas que afectan el estado nutricional del paciente, porque logran una disminución del apetito por la presencia de estos efectos secundarios y que haya mayor prevalencia de malnutrición por déficit. Se debe adaptar la alimentación a los síntomas o efectos secundarios que serán generados en el paciente durante y después del tratamiento clínico.

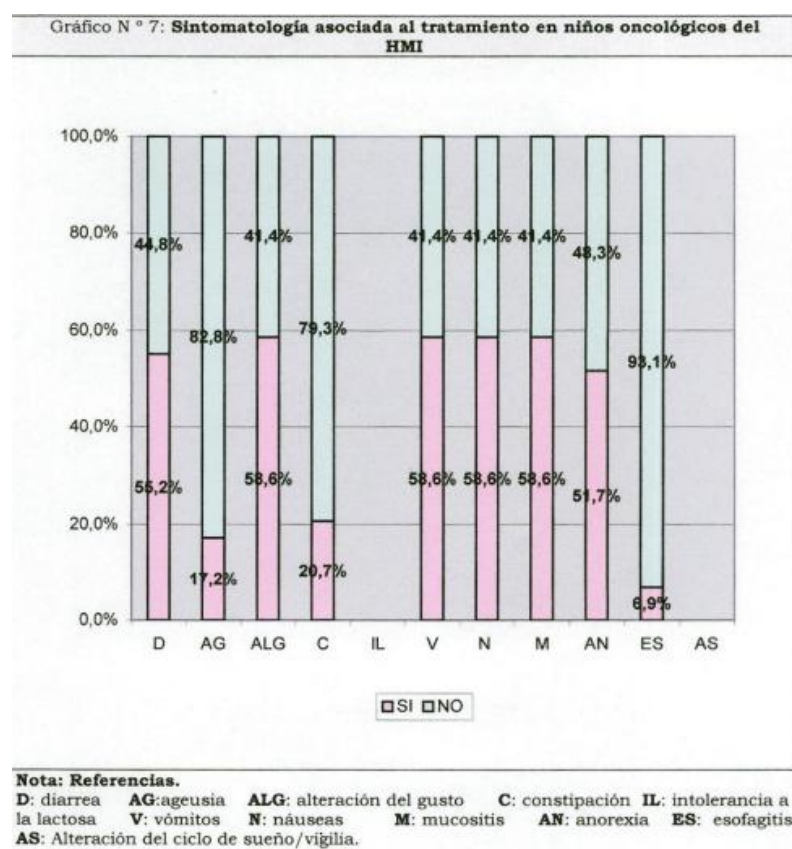


Gráfico de Sintomatología asociada al tratamiento en niños oncológicos del Hospital Materno infantil, extraído de trabajo final de “Silvina Fourceaux”

Anteriormente mencionamos una investigación realizada por “Silvina Fourceaux” en 2005 en Mar del Plata, de este mismo estudio se pudo conocer cuál era la sintomatología que estaba asociada a los tratamientos clínicos, como quimioterapia, radioterapia, combinación de ambas, cirugía y/o trasplante de médula ósea (8).

Los síntomas que más predominaron fueron las náuseas, vómitos, alteración del gusto y mucositis con un 58,6% del total de la muestra, que eran 29 niños, aunque un elevado número de niños 41,4%

no padecieron estos síntomas El quinto con más incidencia fue la presencia de diarrea en un 55,2%, siguió la anorexia 51,7%, constipación 20,7%, la ageusia se dio en el 17,2% de los casos, el que menos fue mencionado fue esofagitis con un 6.9%. Ninguno de estos niños tuvo alteración en el ciclo del sueño (8).

La alimentación en estos pacientes es muy importante para lograr una mejoría en el estado clínico y nutricional del niño, para sobreponerse a la situación de enfermedad, los médicos y nutricionistas en conjunto con otros profesionales deben actuar de manera interdisciplinaria para elegir cual es el mejor tipo de tratamiento nutricional para el paciente, según lo que fuimos mencionado.

Tratamiento Nutricional

Una nutrición adecuada, le genera al paciente una mejor adaptación a la terapia antineoplásica y la función inmunológica, disminuyendo el riesgo de complicaciones y de desnutrición (1).

Alimentación Oral

La mejor vía de alimentación y nutrición es la Oral, realizando modificaciones en función de los síntomas del paciente por el tratamiento que está realizando, debe utilizarse siempre que sea posible. Se recomienda alimentos de alta energía, proteína y micronutrientes para evitar un deterioro del estado nutricional, es importante la ingesta de alimentos con altos aportes de nutrientes ya que los niños pueden sentir saciedad precoz, o que tengan alteración del gusto, xerostomía, mucositis, náuseas o diarrea, entonces estos aportes pueden ser beneficiosos para la recuperación nutricional (1).

Nutrición Enteral

Es una alternativa para nutrir al paciente que no llega a cubrir el 70% de sus requerimientos nutricionales, por ende, no logra alcanzar una ingesta adecuada de nutrientes y predispone a un deterioro del estado nutricional (11).

Se indica en aquellos pacientes que tienen tubo digestivo funcionante pero que no puedan, no quieran o no deban alimentarse por vía oral.

- Los pacientes que no pueden, es por problemas neurológicos, capacidad deglutoria deficiente, accidentes cerebrovasculares, pacientes en terapia intensiva, politraumatismo, entre otros.
- Los pacientes que no quieren, es por algún trastorno de la conducta alimentaria
- Los pacientes que no deben, por tubo digestivo no funcionante

Es una opción que mantiene el trofismo y la función gastrointestinal, ya que la presencia de nutrientes intraluminal estimula la motilidad, las funciones neuroendocrinas y los procesos digestivos, además tiene menor riesgo de sepsis, alteraciones metabólicas y minimiza la translocación bacteriana (11).

La vía de administración es por sonda u ostomía. La **Sonda**, es una intubación nasal menos invasiva que la ostomía. La Sonda puede ser **Nasogástrica** siendo esta la opción más frecuente, permite manejo domiciliario, es más fisiológica, pero puede tener complicaciones como retiro accidental, ruptura, obstrucción, pérdida de flexibilidad, úlceras de decúbito y retracción nasal, dermatitis de contacto en zona de fijación, sinusitis, otitis. La sonda **Transpilórica o nasoyeyunal** se indica en el paciente con riesgo de aspiración, gastroparesia, obstrucción del tubo digestivo y/o regurgitación del contenido, su administración es por goteo controlado por bomba y requiere mayor control de la osmolaridad de la fórmula (11).

Para la colocación de la sonda nasogástrica o transpilórica el paciente debe tener un recuento de plaquetas $\geq 25\ 000$ o, de lo contrario, se debe indicar una transfusión de plaquetas (11).

La **Ostomía**, es la otra vía de administración, consiste en una abertura quirúrgica a nivel del abdomen, colocándose una sonda de mayor grosor en estomago o yeyuno para la administración de nutrientes. Se considera en pacientes que estiman un tiempo prolongado de apoyo nutricional, mayor a 2 meses. Una de ellas es la **Gastrostomía**, está indicada en pacientes sin riesgo de aspiración, pueden surgir complicaciones, infección de la pared abdominal, necrosis de piel y/o mucosa, neumoperitoneo en el momento de la colocación, y a largo plazo, formación de tejido de granulación y reflujo gastroesofágico. La otra opción es la **Yeyunostomía** que se usa en pacientes con reflujo severo y peligro de aspiración (11).

Se va a suspender sí, hay una adecuación entre peso y talla del paciente, si se cubre la ingesta cubre del 70% o más de sus requerimientos, se recupera de los trastornos deglutorios confirmados con video deglución, y estabilidad clínica (11).

Nutrición Parenteral

Es otro tipo de nutrición, se trata de administrar por vía endovenosa líquidos y nutrientes en aquellos pacientes que no pueden recibir nutrientes por vía oral o enteral y no logran cubrir los requerimientos, como obstrucciones, náuseas incontrolables, síndrome de intestino corto, fístulas gastrointestinales, esofagitis aguda (1), íleo paralítico, enteritis, mucositis severa por quimioterapia, diarrea intratable (11).

Cuando el paciente tiene un deterioro nutricional grave, se debe iniciar con el soporte de manera precoz. La Parenteral puede ser total o parcial cuando suplementa a un aporte enteral insuficiente. Se recomienda administrar por periodos mayor a una semana, y se suspende su aporte cuando se logre un aporte enteral estable de por lo menos el 80% de las IDR (11).

La vía de administración ideal es por vía central, paulatino con la administración de un flujo de glucosa en ascenso, con controles en orina para detectar glucosuria. Es importante que ante una suspensión brusca de la nutrición parenteral hay que monitorizar los niveles de glucemia, ya que existe riesgo de hipoglucemias por hiperinsulinismo (11).

Tiene complicaciones relacionadas con el uso de catéteres centrales como, infecciones, trombosis, oclusión, daño del catéter, complicaciones de tipo metabólicas, acidosis metabólica, hiperamoniemia, uremia, síndrome de realimentación, disturbios hidroelectrolíticos, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, híper o hipoglucemia. Trastornos del metabolismo óseo, osteoporosis, disminución de la densidad mineral ósea, dolor y fracturas patológicas y trastornos Hepatobiliares, hígado graso, colestasis, litiasis vesicular con el uso prolongado (11).

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Los síntomas que surgen del tratamiento oncológico pediátrico afectan la calidad de vida individual del paciente y su familia?

OBJETIVO GENERAL

Analizar si la calidad de vida del paciente y su familia se encuentra afectada por los síntomas del tratamiento oncológico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la prevalencia de los síntomas y signos en los niños
- Especificar que síntoma predomina sobre otros
- Demostrar si los padres modificaron sus hábitos en relación al tratamiento del niño
- Conocer si la alimentación del niño fue afectada por el tratamiento

JUSTIFICACION

La oncología infantil es la presencia de tumores malignos diagnosticados en niños antes de los 18 años, es una de las causas principales de mortalidad en la niñez y la adolescencia, según la “OMS” se calculó que cada año 400.000 niños de todo el mundo son diagnosticados con esta enfermedad.

Según el “ROHA”, cada año se diagnostica 1,270 casos de cáncer en niños en Argentina, con una incidencia anual de alrededor de 124 casos por millón de niños menores de 15 años.

Los cánceres más frecuentes son: leucemias (30-40%, alrededor de 470 casos anuales), tumores cerebrales (20%, alrededor de 240 casos anuales) y linfomas (13%). La prevalencia es mayor en el sexo masculino con 55% sobre un 45% del sexo femenino entre los años 2010-2016.

La tasa de mortalidad en el año 2017 fue de 3,8 por 100.000 niños menores de 15 años, estimándose entre 350-400 muertes por año por esta patología.

La posibilidad de supervivencia en los países desarrollados ha ido aumentando hasta alcanzar entre el 70 y el 80%, lo que se debe al diagnóstico temprano, al tratamiento adecuado y al cuidado integral del paciente

Es una enfermedad que requiere de un equipo interdisciplinario de profesionales para poder sobrellevar la situación. El profesional de la nutrición es de suma importancia para poder adaptar la alimentación del paciente según los síntomas que padezcan como consecuencias del tratamiento elegido que puede ser, quimioterapia, radioterapia, medicación antineoplásica, que van a afectar la calidad de vida del paciente y su familia.

HIPOTESIS

La calidad de vida de los pacientes y su familia se ve afectada en relación a los síntomas y signos que surgen de los tratamientos neoplásicos en los niños, niñas y/o adolescentes.

VARIABLES

Variable	Conceptual	Operacional
		INSTRUMENTO <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Google Forms. • Variable cuantitativa nominal • EORTC QLQ-C30 (versión 3)
Sexo biológico	Identidad de los seres humanos de cada sexo, siendo femenino o masculino.	Categorizar según sexo: <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino • Prefiero no decirlo
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Categorizar en años, por rango etario en el formulario de encuesta. <ul style="list-style-type: none"> • Desde 0-10 años a 11-18 años.
Neoplasia	Masa anormal de tejido que aparece cuando la célula se multiplica más de lo debido. Pueden ser malignas o benignas.	Categorizar según tipo de neoplasia: <ul style="list-style-type: none"> • Leucemia linfoblastica Aguda • Leucemia Mieloblastica Aguda • Linfoma No Hodgkin • Tumores Solidos • Tumores del Sistema nervioso central • Otro a completar por el paciente.
Tratamiento Clínico	Conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades o síntomas en un paciente.	Categorizar según tipo de tratamiento clínico: <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Radioterapia • Cirugía • Trasplante de medula ósea

		<ul style="list-style-type: none"> • Otro, a completar por el paciente.
Tiempo de tratamiento	Magnitud física que sirve para medir la duración de acontecimientos o la separación entre cada uno.	<p>Categorizar cronológica por cantidad de años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 1 año • Más de 1 año
Síntomas	Un síntoma es una manifestación subjetiva o un cambio en el cuerpo de una persona que indica la presencia o ausencia de una enfermedad o afección médica.	<p>Categorizar según presencia o ausencia de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nauseas • Dolor • Fatiga • Pérdida de apetito • Disgeusia
Signos	Un Signo es una manifestación objetiva y medible de una enfermedad que puede ser detectada por un médico por exploración física o prueba de diagnóstico.	<p>Categorizar según presencia o ausencia de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Xerostomía • Mucositis • Diarrea • Eritema • Neutropenia • Constipación • Alopecia • Anemia • Infecciones • Disfagia
Ingesta Alimentaria	Material alimenticio o líquidos que se incorporan al organismo por la boca en un periodo determinado.	<p>Categorizar según</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentado • Disminuido • Nulo

		<ul style="list-style-type: none"> • Normal
Afectación Vida familiar	Grupo de personas vinculados por lazos parentescos que sufren de una alteración en su cotidianidad.	Categorizar según <ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Estado de animo	Es la manera de sentir de la persona en un momento determinado, que varía entre emociones positivas o negativas.	Categorizar según: Variable Cuantitativa Nominal El encuestado responde por sí mismo.
Apoyo	Es el tipo de ayuda que requiere una persona	Categorizar según apoyo que necesita el encuestado <ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo • Nutricional • Familia/Social • Educativo
Calidad de vida	Es un concepto que relaciona el bienestar social y la satisfacción de las necesidades humanas como, derechos positivos, libertad, estilo de vida, trabajo, accesibilidad a servicios sociales y condiciones ecológicas en el ámbito de vivienda	Medición según Escala validada EORTC QLQ-C30 (versión 3)

MATERIAL Y METÓDOS

Tipo de diseño de investigación:

- Descriptivo transversal

Población y muestra

- Padres y/o madres y/o tutores de niños, oncológicos pertenecientes de CABA con edades de 0 a 18 años durante Marzo y Abril del 2025.

Criterios de inclusión:

- Padres y/o madres y/o tutores con niños, niñas y/o adolescentes en tratamiento oncológico de 0 a 18 años.
- Niños, niñas y/o adolescentes que se alimenten por vía oral.

Criterios de exclusión:

- Niños, niñas y/o adolescentes que no se alimenten por vía oral.

Tipo de muestreo:

- No probabilístico por conveniencia.

Metodología de recolección de datos:

Se revisó y analizo bibliografía y papers de investigación, nacionales e internacionales. Se obtuvieron datos de un formulario virtual con preguntas basadas en instrumentos validados sobre los síntomas y la calidad de vida de los pacientes oncológicos pediátricos de CABA. Respondieron el cuestionario padre/madre/tutor de los niños.

Tratamiento y análisis de variables:

Se volcaron los datos obtenidos en una planilla de Excel para el análisis. Se analizaron los gráficos obtenidos en el cuestionario online.

RESULTADOS

Se ha realizado el cuestionario a padres, madres o tutores de 14 niños, niñas o adolescentes. No se presentaron participantes excluidos por criterio de eliminación ni de exclusión.

Los resultados se describen a continuación.

Figura 1

Descripción de Genero del paciente

Se utilizó un gráfico circular, que muestra un mismo número de participantes de la muestra según el género biológico del paciente, 7 encuestados de sexo femenino y 7 del sexo masculino.

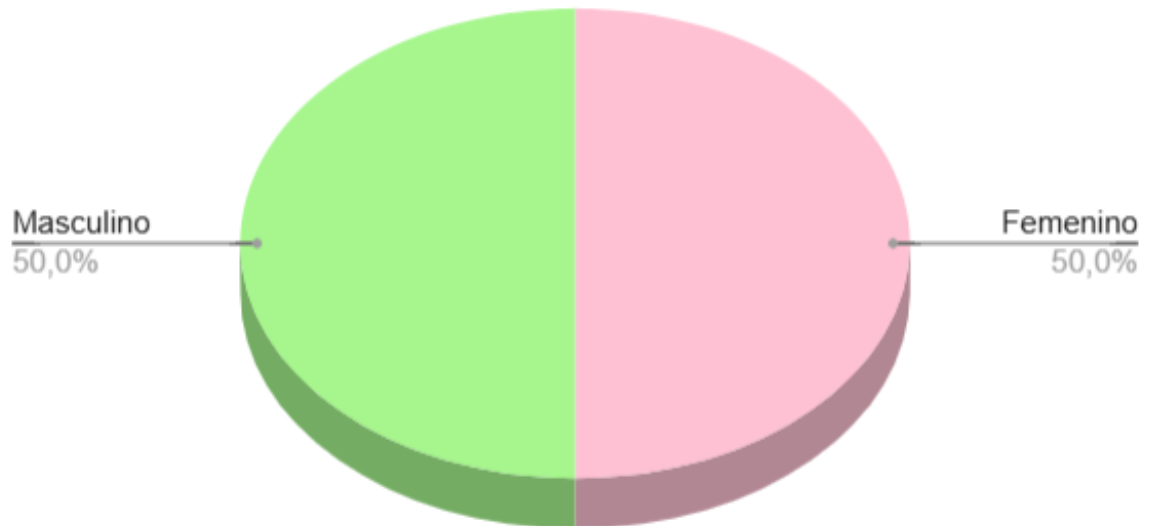


Figura 2

Descripción de Edad del paciente

Se utilizó un gráfico circular, en la muestra que participaron 14 personas, casi la totalidad de la misma está entre 11 y 18 años de edad, con 10 participantes que representa un 71,4% sobre 4 que se encuentran en el rango de 0 a 10 años de edad representando un 28,6% del total.

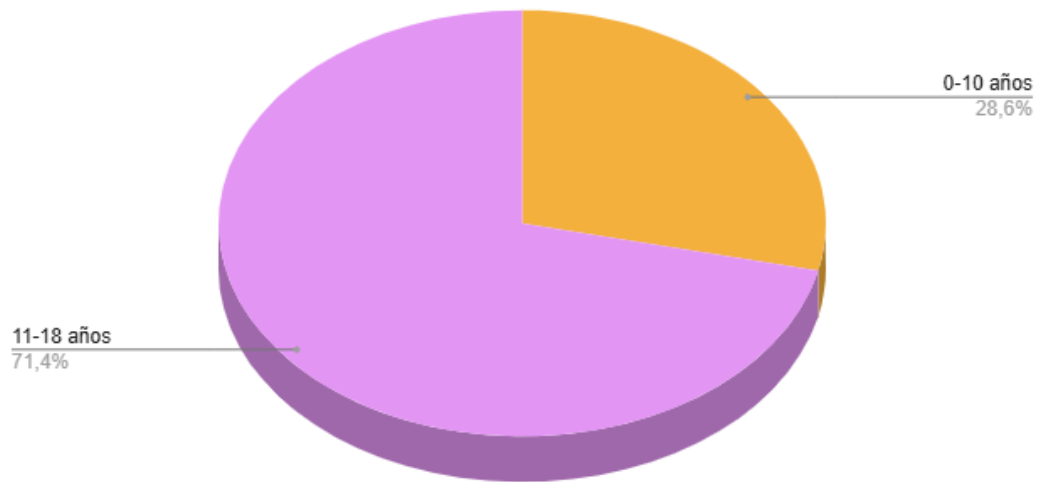


Figura 3

Descripción de Neoplasia del paciente

Para la selección, las neoplasias se dividieron en

- Leucemia Linfoblástica Aguda
- Leucemia Mieloblástica Aguda
- Linfoma No Hodgkin
- Tumores Solidos
- Tumores del Sistema Nervioso Central
- Otro, que podía ser descrito por el encuestado

Los datos obtenidos reflejan en el mismo grafico que utilizamos anteriormente que, la mayoría de los pediátricos padecen de Tumores Sólidos con un 71,4% que representa a 10 personas, a continuación, está la Leucemia Linfoblástica Aguda con 3 personas, que llevado a porcentaje es de 21,4% y en un rango muy inferior la Leucemia Mieloblástica Aguda con el 7,1% que sería 1 solo individuo.

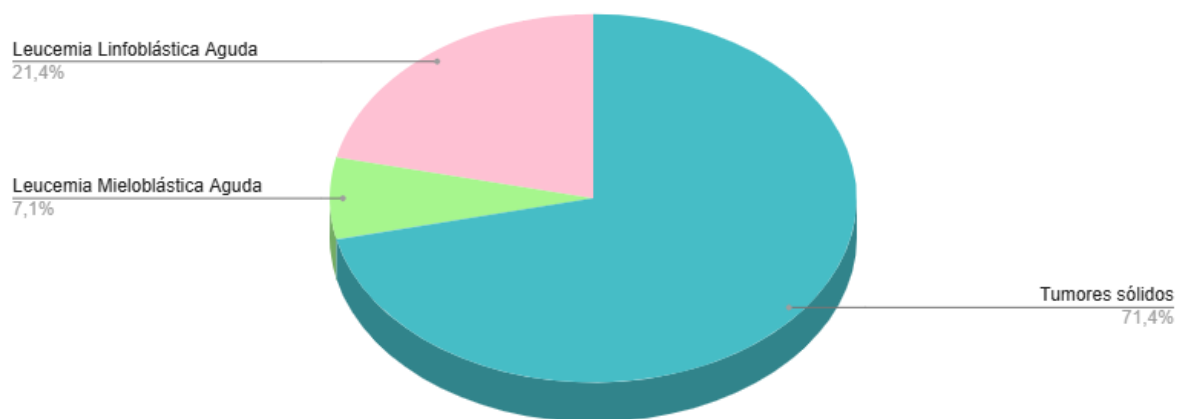


Figura 4

Descripción de Tratamiento clínico actual

La pregunta fue de opción múltiple y a completar en caso de ser necesario por parte del encuestado

Se utilizó un gráfico de barras que muestra, donde podemos apreciar visualmente que el 69,23% de los encuestados coincidieron en la Quimioterapia como único tratamiento clínico que equivale a 9 personas.

Con un valor de 7,69% (n=1) se eligió tanto a la Quimioterapia y a la Cirugía como tratamiento clínico múltiple. Con el mismo porcentaje fue seleccionada la Quimioterapia y la Radioterapia como otro tipo de tratamiento que fue realizado.

El Trasplante de Medula Ósea, no fue seleccionado por ninguno de los 14 participantes.

En la opción de completar por parte del encuestado, hubo dos respuestas de personas diferentes, una que estaba fuera de tratamiento hace 2 años y otra persona que se encontraba en remisión, en el grafico se representan con un valor de 7,69% cada una.

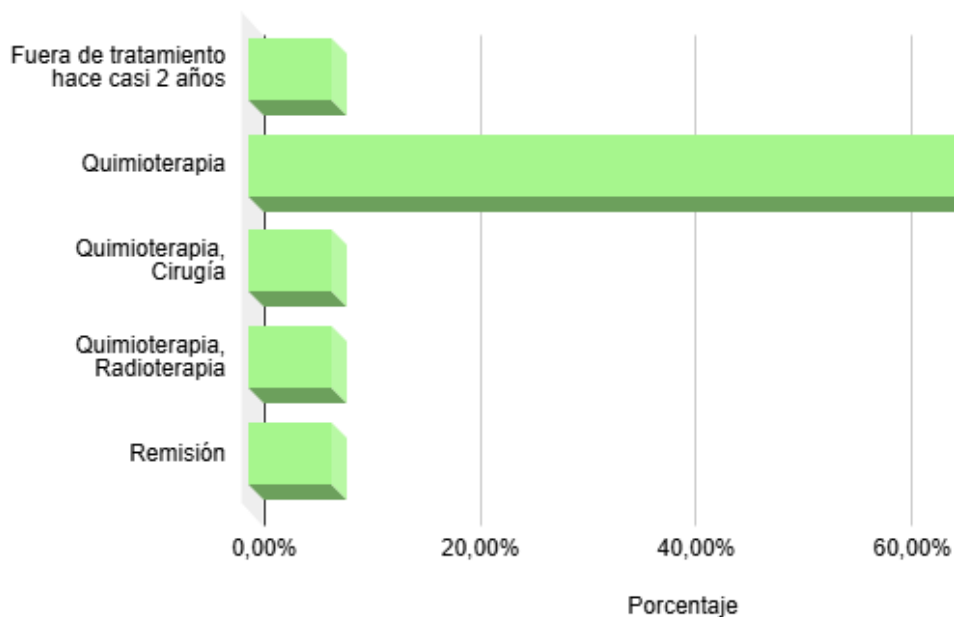


Figura 5

Descripción de la Duración de tratamiento actualmente

Se observa en el gráfico de barras elegido para representar estas respuestas, como la mayoría de la muestra 78,57% que son 11 personas se encuentran en tratamiento clínico hace más de 1 año, quedando 3 personas con una duración de tratamiento menor de 1 año con un valor de 21,43%

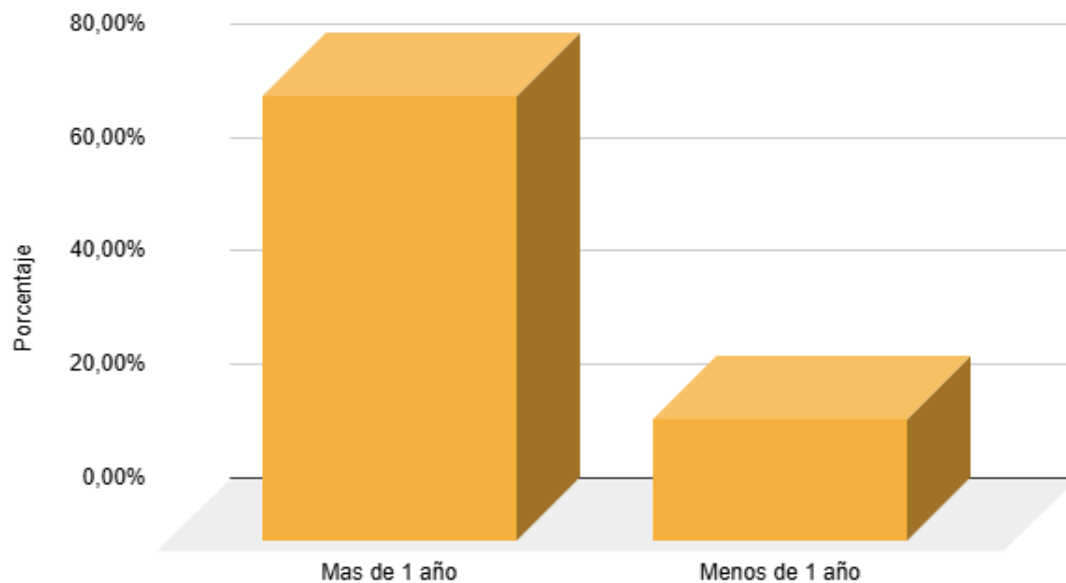


Figura 6

Descripción de Síntomas que ha experimentado el paciente de manera más frecuente.

Esta pregunta era de selección múltiple, las opciones eran:

- Náuseas
- Fatiga
- Pérdida del apetito
- Disgeusia (alteración del gusto)

En el gráfico circular se determina como el 36,7% de la muestra eligió las náuseas como el síntoma más frecuente frente a otros, este porcentaje corresponde a 11 personas. Por debajo está el síntoma de pérdida del apetito seleccionado por 9 personas que es un 30% del total, la fatiga como síntoma fue elegida por 6 encuestados que corresponde a un 20% y en último lugar con el 13,3% que son 4 personas está el síntoma menos seleccionado que fue la disgeusia.

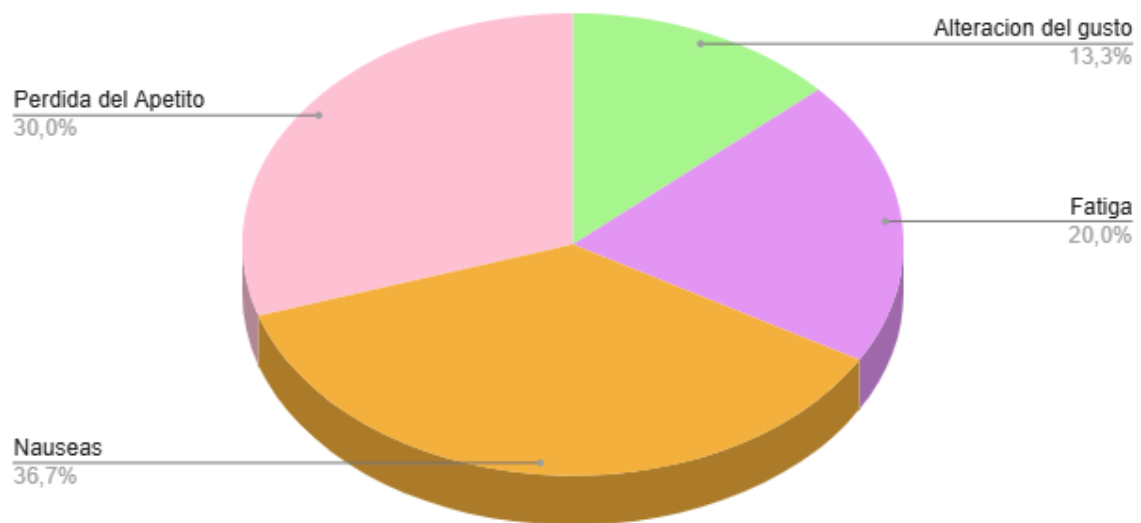


Figura 7

Descripción de Signos que ha experimentado el paciente de manera más frecuente.

Esta pregunta era de selección múltiple las opciones eran:

- Vómitos
- Alopecia (perdida del cabello)
- Neutropenia (disminución de glóbulos blancos)
- Xerostomía (sequedad bucal)
- Diarrea
- Constipación
- Eritema (enrojecimiento de la piel)
- Anemia
- Disfagia (dificultad para deglutir)
- Irritabilidad
- Otro a completar por el encuestado.

El grafico de barras muestra las 14 respuestas por parte de los encuestados, donde cada una tiene más de una opción. A continuación, se va a describir en orden decreciente aquellos grupos de signos más votados.

Neutropenia y Alopecia, fueron signos elegidos por 2 encuestados diferentes, represando el 14,29% de la muestra.

Las demás respuestas fueron del mismo valor de 7,14% ya que fueron una selección única de cada encuestado, las opciones elegidas fueron las siguientes.

- Constipación con Neutropenia y Alopecia.
- Constipación más Alopecia y Disfagia
- Xerostomía con Constipación y Alopecia, en la barra número 4.
- Vómitos, Constipación y Neutropenia.
- Vómitos, Constipación y Alopecia.
- Vómitos, Diarrea, Constipación, Neutropenia y Alopecia se encuentran en el puesto 7.
- Vómitos con Diarrea y Neutropenia.
- Vómitos además de Diarrea y Alopecia.

- Vómitos, Diarrea, Alopecia e Irritabilidad, esta última fue contestada por uno de los encuestados.
- Vómitos, Disminución de glóbulos blancos (Neutropenia), Perdida del cabello (Alopecia) y Anemia.
- Vómitos, Perdida del cabello (Alopecia).
- Vómitos, Sequedad bucal (Xerostomía), Diarrea, Enrojecimiento de la piel (Eritema), Disminución de glóbulos blancos (Neutropenia), Perdida del cabello (Alopecia), Anemia.

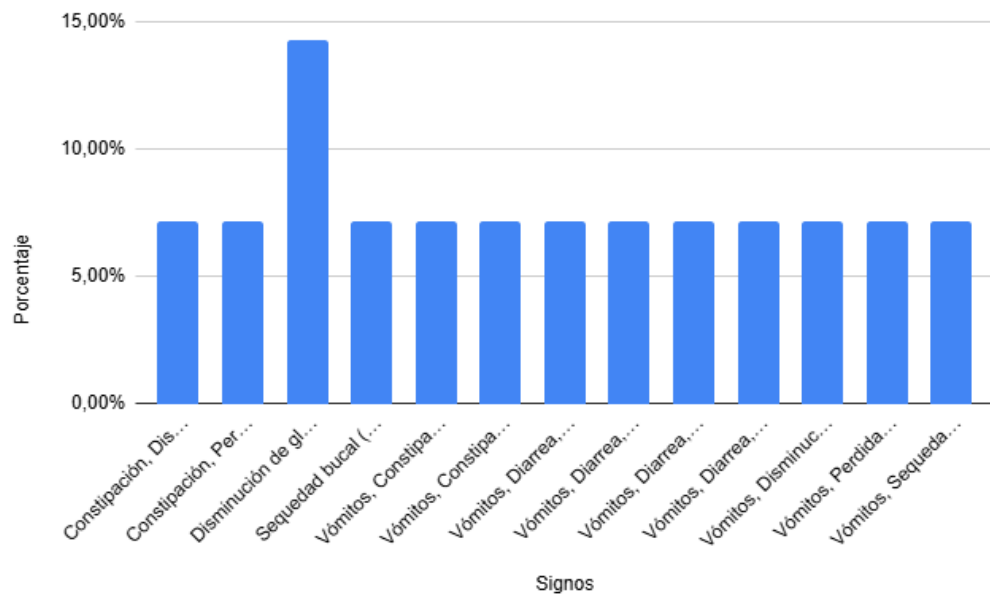


Figura 8

Descripción de Ingesta del paciente durante el tratamiento

Las opciones eran de elección múltiple:

- Aumentada
- Normal
- Disminuida
- Nulo

La ingesta de los pacientes durante el tratamiento puede variar según la persona, los datos obtenidos fueron:

- Disminuida con el 64,29%,
- Disminuida y normal con el 14,29%
- Normal con el 7,14%
- Aumentada con el 7,14%
- Aumentada y disminuida con el 7,14%

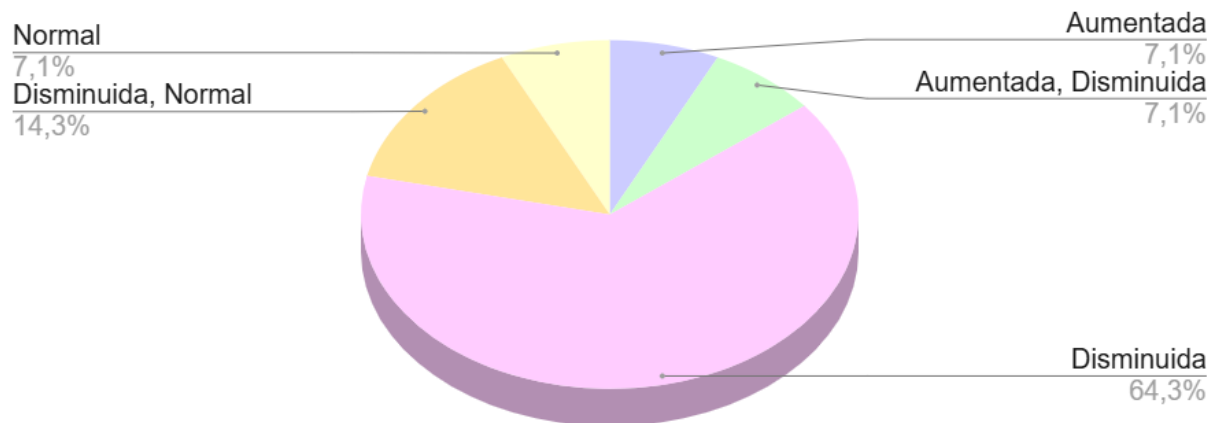


Figura 9

Descripción de Afectación de la vida familiar

La vida familiar, por lo que podemos observar si se ve afectada durante el tratamiento del paciente con el 92,3% de la muestra, que serían 13 personas. Solo 1 persona contestó que no se afectó la vida familiar.

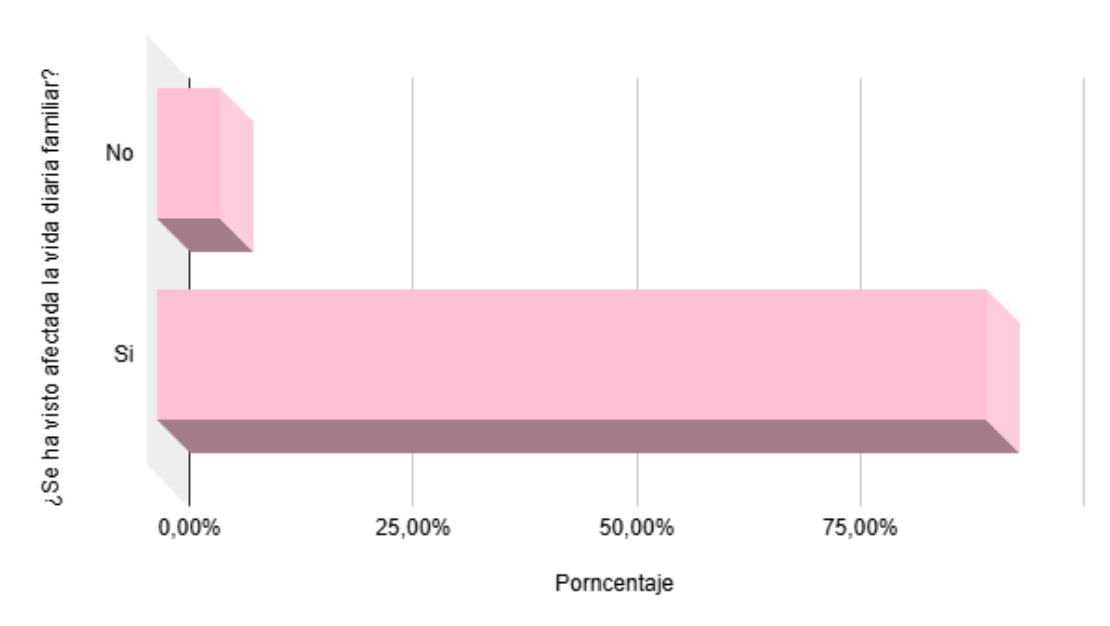


Figura 10

Descripción del Estado de ánimo del padre/madre/tutor.

En esta pregunta no había opciones, sino que los responsables de responder la encuesta podían escribir como se sentían. Las respuestas fueron las siguientes:

- No lo puedo describir, me afecto mucho, pero sigo de pie.
- Es difícil
- Estable
- Durante el tratamiento, sobrellevando
- Uno aprende a sobrellevar todo
- En el momento del tratamiento con mucha preocupación, ahora más tranquilos.
- En esta etapa, en la que se encuentra mi niña que es de mantenimiento, más tranquila porque volvió a ser mi niña de antes a pesar de estar con las quimioterapias.
- Soy su pilar, si estoy bien él lo está también, con el tiempo nos amigamos con la enfermedad y de esa manera ambos la llevamos mejor porque somos un equipo.
- Complejo
- Acompañar positivamente y mostrarme fuerte para contener
- Incertidumbre
- Dentro de todo bien para nuestra hija
- Tranquilidad por el

Figura 11

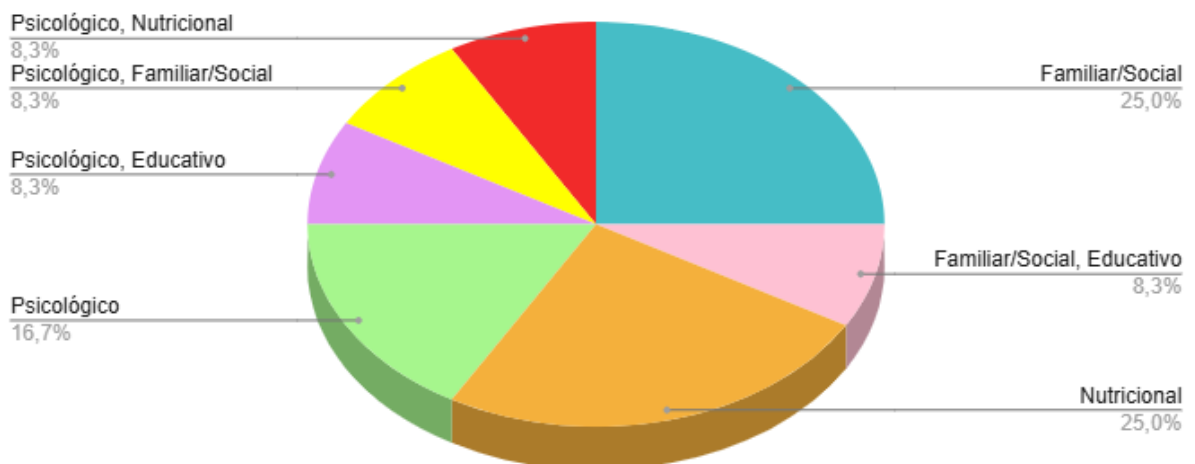
Descripción de cuál sería el tipo de apoyo que le sería beneficioso la familia.

En esta pregunta se dan diferentes opciones de selección múltiple. Las opciones eran:

- Apoyo psicológico
- Apoyo nutricional
- Apoyo familiar/social
- Apoyo educativo

Al ser de opción múltiple, algunos encuestado respondieron que requieren más de un apoyo. A continuación, se describe en orden decreciente las opciones elegidas.

- Nutricional, fue seleccionada por 3 participantes siendo el 25% del total
- Familiar/ Social, corresponde al 25% del total, que refiere a 3 personas.
- Psicológico, este tipo de ayuda fue elegido en tercer lugar con el 16,7%, que serían 2 personas.
- Psicológico Nutricional, Familiar/Social es del 8,3% del total, que sería 1 persona.
- Familiar/Social, Educativo, fue seleccionado por 1 participante de la muestra, que sería un 8,3%.
- Psicológico, Educativo, este apoyo cuenta con un 8,3% del total de la muestra
- Psicológico, Nutricional, igual que los últimos 4 apoyos, es del 8,3% del total.



El cuestionario contaba con una segunda parte, en el que se evaluó la calidad de vida de los pacientes como consecuencia de la enfermedad oncológica.

En este apartado se utilizó un cuestionario validado *EORTC QLQ- C30 (versión 3)*, que valora la calidad de vida en función de diferentes aspectos. Consiste en 30 preguntas que consultan sobre el estado físico de la persona, la capacidad funcional, el estado emocional, el funcionamiento cognitivo, el funcionamiento social y pregunta sobre presencia o ausencia de síntomas y signos referidos a la enfermedad.

Para la interpretación de los datos, se emplearon tres áreas, que agrupaban diferentes aspectos.

- Área de estado global de la salud.
- Área de funcionamiento que incluye función física, actividades cotidianas, rol emocional, función cognitiva y función social).
- Área de síntomas y signos, que incluye fatiga, dolor, náuseas, vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea, e impacto económico.

Estos aspectos tenían asignado valores entre 1 y 4 puntos (“1” en absoluto, “2” un poco, “3” bastante, “4” mucho) desde el ítem 1 hasta el 28, los ítems 29 y 30 tenían un valor de 1 a 7 puntos, (“1” pésima, “7” excelente).

Una vez que finalizó la encuesta, las respuestas fueron agrupadas en las tres áreas mencionadas anteriormente, dentro de estas áreas las respuestas se dividieron según escala funcional. Las escalas funcionales fueron: Estado global de salud, función física, actividad cotidiana, rol emocional, función cognitiva, función social, fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico, en total fueron 15 Escalas Funcionales.

Algunas escalas contaban con varias preguntas, mientras que otras contaban con solo una pregunta. Las respuestas de las mismas, iban en el rango de valor de 1 a 4, fueron transformadas a porcentajes, que luego fueron promediados cada uno con el rango de valor que le correspondía. Las respuestas de los diferentes ítems evaluados que se encontraban diferenciados según escala funcional y que tenían como selección el valor 1 que fue pasado a porcentaje, fueron promediados para obtener un único valor que corresponde a la selección “1” “en absoluto”, lo mismo fue realizado en los demás valores, “2” “un poco”, “3” “bastante y “4” “mucho”.

De esta misma manera, se obtuvo el porcentaje de los ítems que tenían un valor de 1 a 7 puntos.

A continuación, se observan dos cuadros, de los datos obtenidos de la encuesta “Calidad de Vida” de EORTC QLQ- C30 (versión 3). En el cuadro “1” en el apartado “*numero del ítem*” corresponde al número de preguntas que forman parte del aspecto evaluado, en el “*rango de los ítems*” se encuentra el promedio de los valores dividido por adverbios cuantitativos (“en absoluto”, “un poco”, “bastante”, “mucho”) y en “*ítem evaluado*” corresponde al número de lugar que ocupaba esa pregunta en el cuestionario.

En el cuadro “2”, en el apartado “*numero del ítem*” corresponde al número de preguntas que forman parte del aspecto evaluado, en el “*rango de los ítems*” se encuentra el promedio de los valores dividido por valores de 1 a 7 puntos y en “*ítem evaluado*” corresponde al número de lugar que ocupaba esa pregunta en el cuestionario.

AREA	ESCALA FUNCIONAL	NUMERO DE ITEM	RANGO DE LOS ITEMS				ITEM EVALUADO
			EN ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
Area Funcionamiento	Funcion Fisica	5	54,29%	25,00%	14,29%	28,57%	1-2-3-4-5
	Actividad cotidiana	2	50,00%	42,86%	14,29%	-	6, 7.
	Rol Emocional	4	48,21%	25,00%	26,79%	-	21 - 22 - 23 - 24
	Funcion Cognitiva	2	71,43%	32,14%	14,29%	-	20 - 25
	Funcion Social	2	21,43%	32,14%	35,71%	10,71%	26 - 27
Area de Sintomas y Signos	Fatiga	3	30,95%	54,76%	7,14%	7,14%	10,12,18
	Dolor	2	53,57%	39,29%	7,14%	7,14%	9, 19
	Nauseas y Vomitos	2	75,00%	17,86%	7,14%	-	14, 15
	Disnea	1	78,57%	14,29%	7,14%	.	8
	Insomnio	1	64,29%	21,43%	7,14%	7,14%	11
	Anorexia	1	35,71%	42,86%	21,43%	-	13
	Estreñimiento	1	57,14	28,57%	14,29	.	16
	Diarrea	1	78,57%	21,43%	-	-	17
	Impacto Economico	1	14,29%	50,00%	35,71%	.	28

Cuadro 1 de elaboración propia con la interpretación de los datos obtenidos del cuestionario

AREA	ESCALA FUNCIONAL	NUMERO DEL ITEM	RANGO DEL ITEM EVALUADO							ITEM EVALUADO
			1	2	3	4	5	6	7	
Estado global de salud	Estado global de salud	2	-	-	11,09%	29,42%	20,58%	-	38,91%	29-30

Cuadro 2 de elaboración propia con la interpretación de los datos obtenidos en el cuestionario.

A continuación, se incluyen los datos graficados del cuestionario **“Calidad de Vida” de EORTC QLQ- C30 (versión 3)**. El tipo de grafico utilizado en los datos adjuntados a continuación son de tipo circular.

Figura 1

Descripción de si la persona tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La opción más elegida fue “Un poco” con el 42,9% de la muestra, que representa a 6 personas, las opciones de “Bastante” y “En absoluto” tuvo el mismo porcentaje de 28,6% que equivale a 4 personas, en cada respuesta, donde 4 personas refieren que, si tienen bastante dificultad para realizar actividades de gran esfuerzo, a diferencia de los otros 4 encuestados que no tuvieron ningún grado de dificultad.

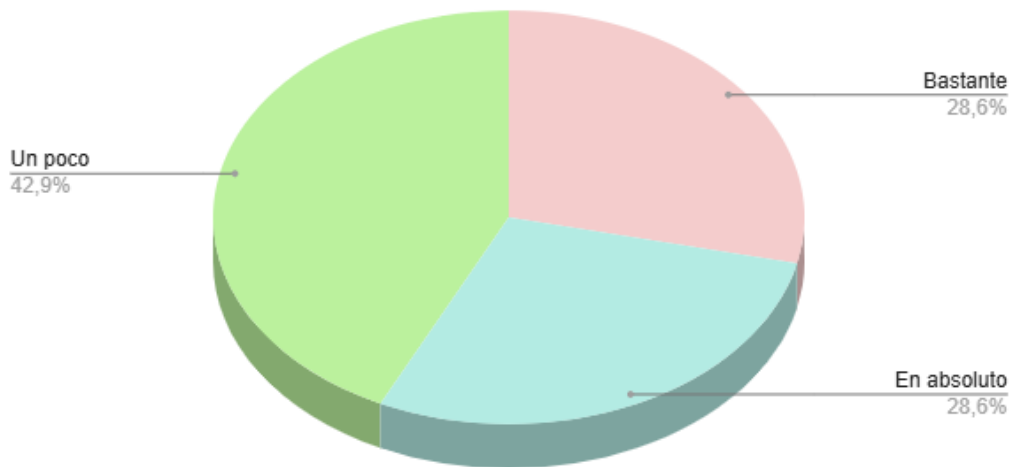


Figura 2

Descripción de si la persona tiene alguna dificultad para dar un paseo largo.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La opción con mayor selección fue “Un poco”, siendo de 8 personas con un 57,1% del total, sigue “En absoluto” con el 28,6%, que representa a 4 de los encuestados. Las últimas dos opciones de “Bastante” y “Mucho” tienen el mismo valor de 7,1%, que es de 1 persona en cada respuesta.

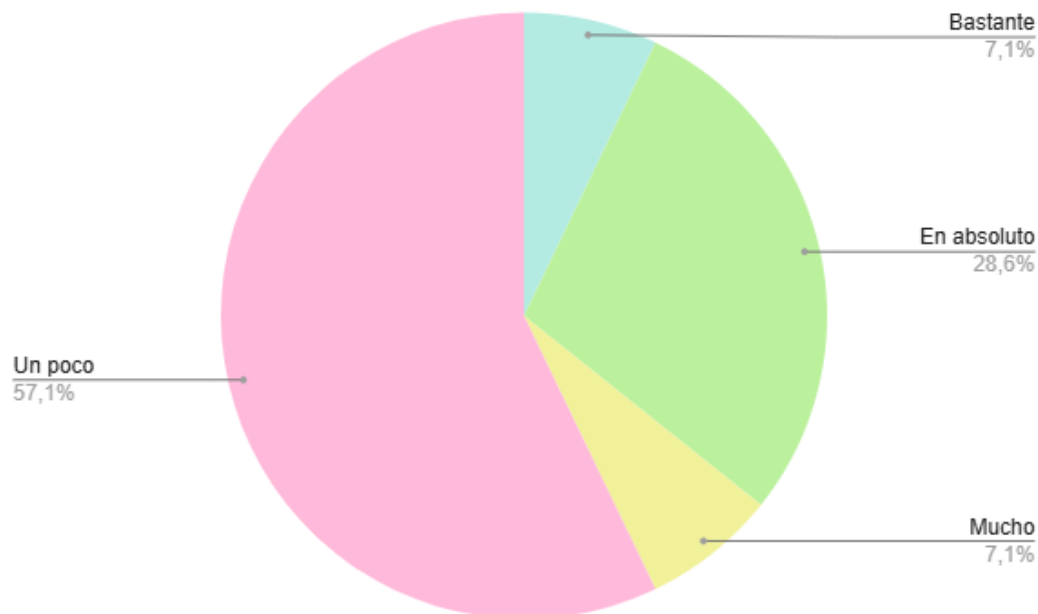


Figura 3

Descripción de si la persona tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

De las 4 opciones, dos no fueron seleccionadas, “bastante” y “mucho”.

La opción más elegida fue “En Absoluto” que corresponde a 10 personas de la muestra, hace referencia a que no tienen un grado de dificultad que le impida realizar un paseo corto. La última opción fue “Un poco” con 4 personas que consideran que tiene un mínimo de dificultad para realizar la actividad mencionada.

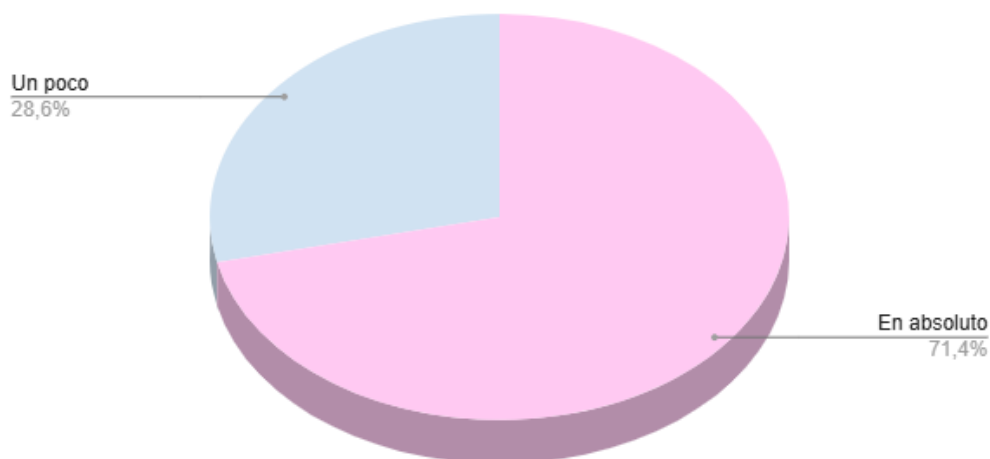


Figura 4

Descripción de si la persona tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Del total de la muestra, 9 personas que son el 64,3% consideraron que no tienen necesidad de permanecer sentado o acostado durante el día ya que seleccionaron la opción en “En absoluto”, con el 28,6% del total 4 personas optaron por “Un poco” y solo 1 encuestado con el 7,1% que es “Bastante” considera que debe permanecer en cama o sentado a lo largo del día.

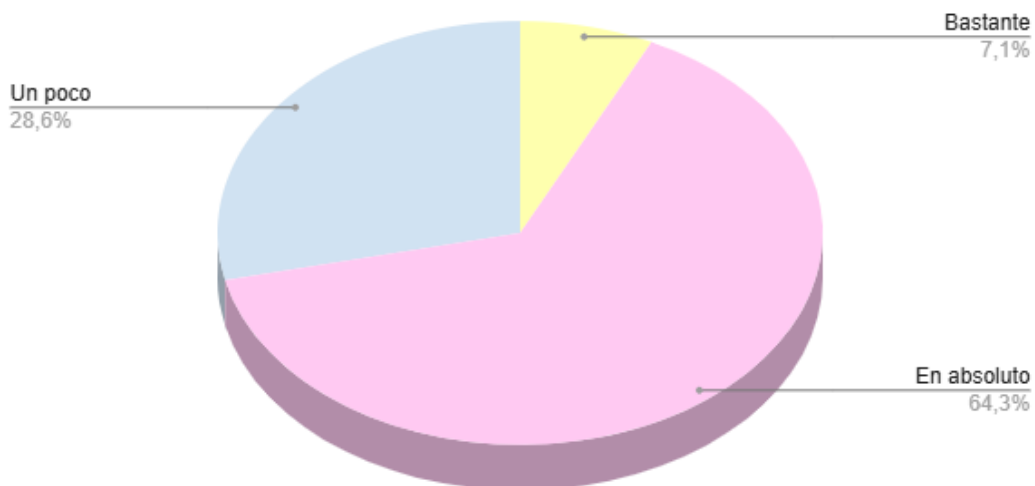


Figura 5

Descripción de si la persona necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

De esta pregunta, solo dos opciones fueron elegidas por los 14 encuestados. La mayoría opto por “En absoluto” que son 11 personas que no requieren ayuda para ciertas actividades, y los otros 3 encuestados eligieron “Un poco”.

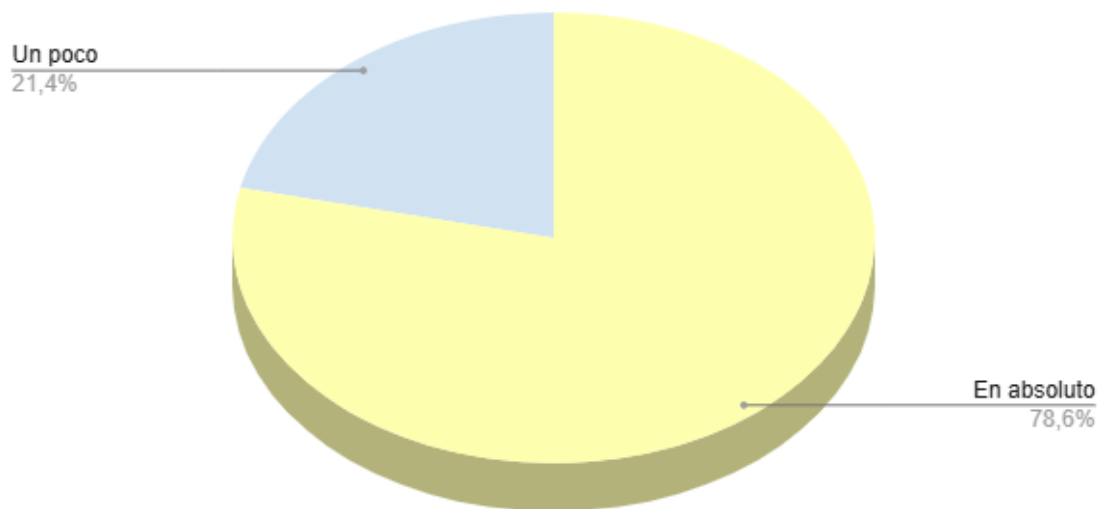


Figura 6

Descripción de si la persona ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

De las dos opciones elegidas por la muestra, 9 optaron por “Un poco”, consideran que tuvieron un mínimo de impedimento para realizar sus actividades cotidianas, a diferencia 5 encuestados que seleccionaron “En absoluto”, refieren que no tuvieron impedimento alguno.

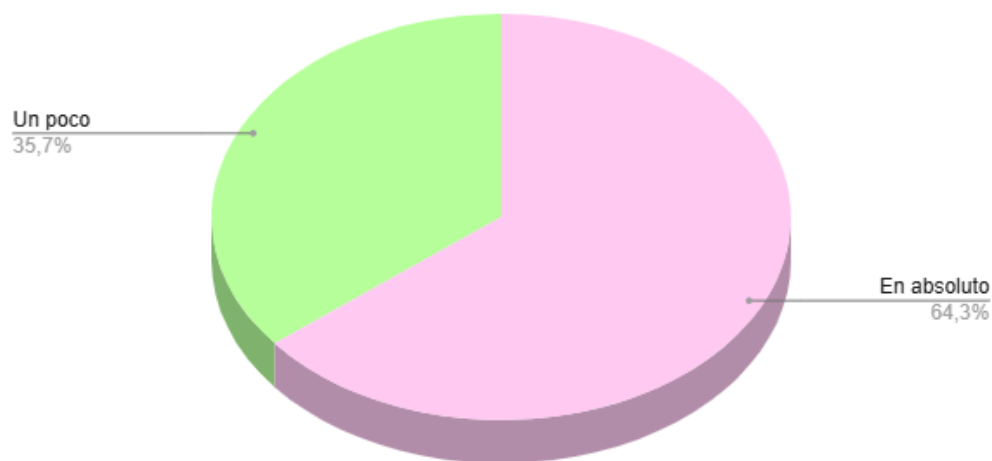


Figura 7

Descripción de si la persona ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La mayoría de la muestra el 50% opto por “Un poco”, quiere decir que 7 personas consideran que tienen algún impedimento para realizar aficiones de ocio, un tercio de la muestra con el 35,7% que equivale a 5 personas eligieron la opción “En absoluto” y solo 2 personas seleccionaron “Bastante” como un gran impedimento para realizar las aficiones.

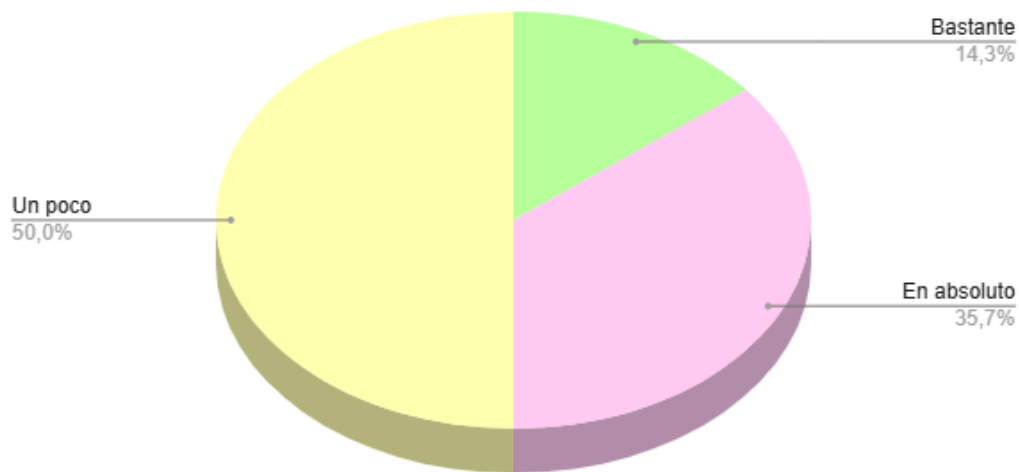


Figura 8

Descripción de si el paciente tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Casi la totalidad de la muestra, 11 personas, eligieron la opción "En absoluto" como que no tuvieron ninguna dificultad para respirar, siendo el 78,6% del total. Con el 14,3% "Un poco" fue seleccionado por 2 personas y solo 1 persona con el 7,1% optó por "Bastante", considerando que si tiene una gran dificultad para poder respirar por sí misma.

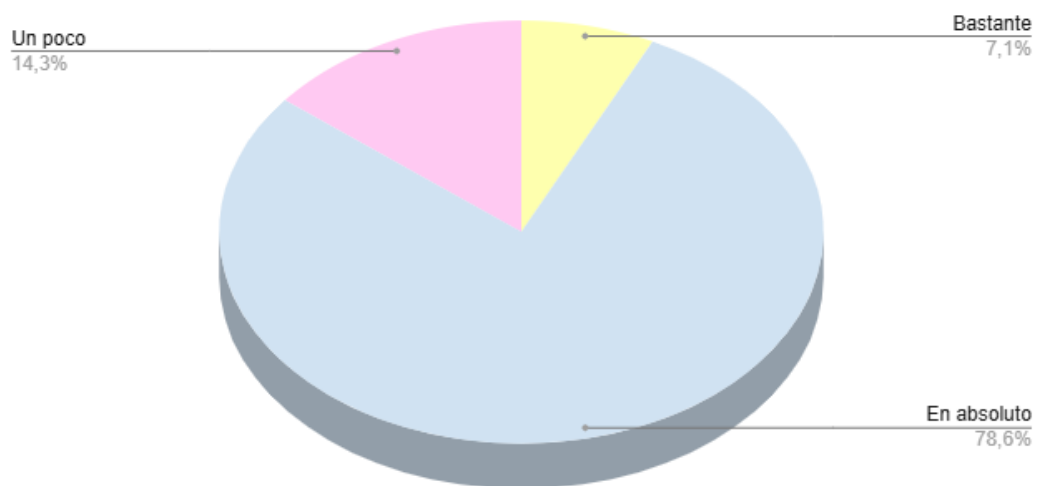


Figura 9

Descripción de si la persona ha tenido dolor durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Del total de la muestra, que eran 14 personas, la mitad 7 personas, eligieron la opción “En absoluto” con el 50% respectivamente, que nos dice que estas personas no tuvieron ningún tipo de dolencia en relación a la enfermedad, como segunda opción esta “Un poco”, elegido por 6 personas, que equivale al 42,9%, mientras que el encuestado restante infirió que sintió bastante dolor durante la semana pasada, siendo su opción “Bastante” con el 7,1%.

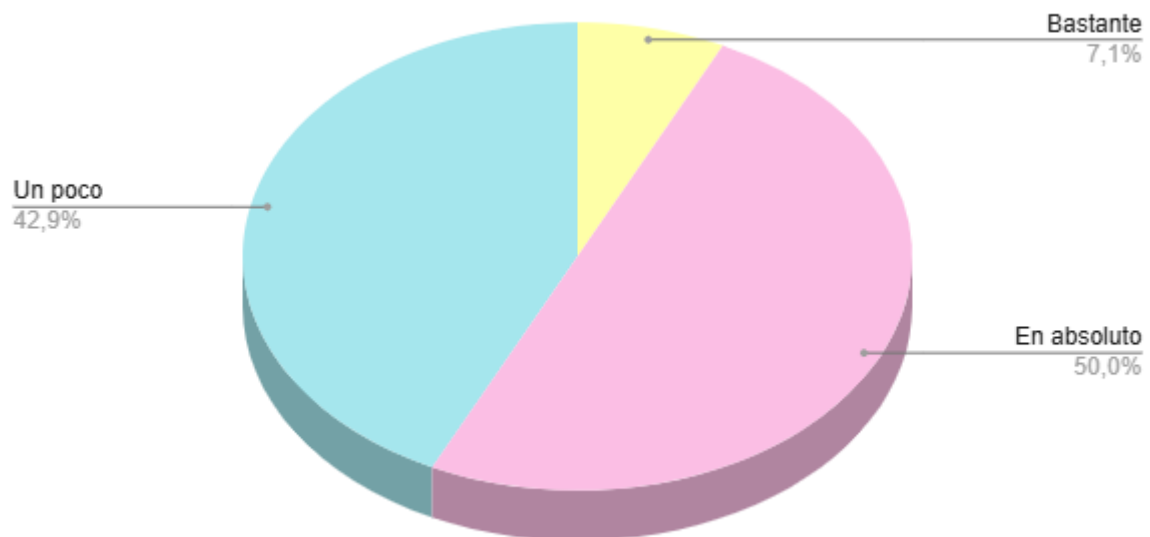


Figura 10

Descripción de si la persona necesito tiempo para descansar durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

El 50% de la muestra, opto por “Un poco” como respuesta, ya que si necesito descansar por un periodo de tiempo, 5 personas con el 35,7% seleccionaron “En absoluto” debido a que no necesitaron un descanso en la semana anterior, a diferencia de los 2 encuestados restantes, que si necesitaron descansar por un periodo de tiempo mayor, uno de los encuestados eligió “Bastante” y el otro “Mucho” de entre las opciones.

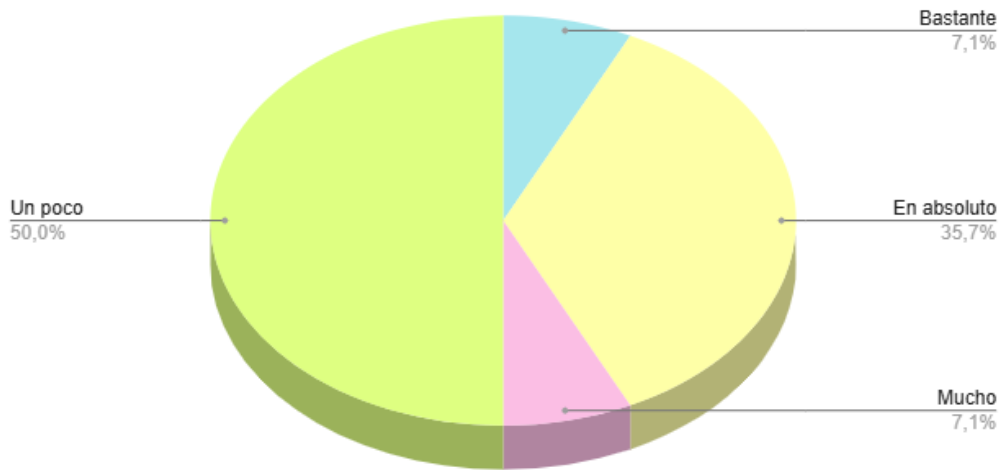


Figura 11

Descripción de si la persona, tuvo dificultades para dormir durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Más de la mitad de la población encuestada, refirió que no tuvo dificultad alguna para poder dormir, siendo del 64,3% 9 personas. La segunda opción más elegida por 3 persona fue “Un poco”. Las opciones “Mucho” y “Bastante” comparten el mismo porcentaje de 7,1%, ya que cada una fue elegida por solo una persona.

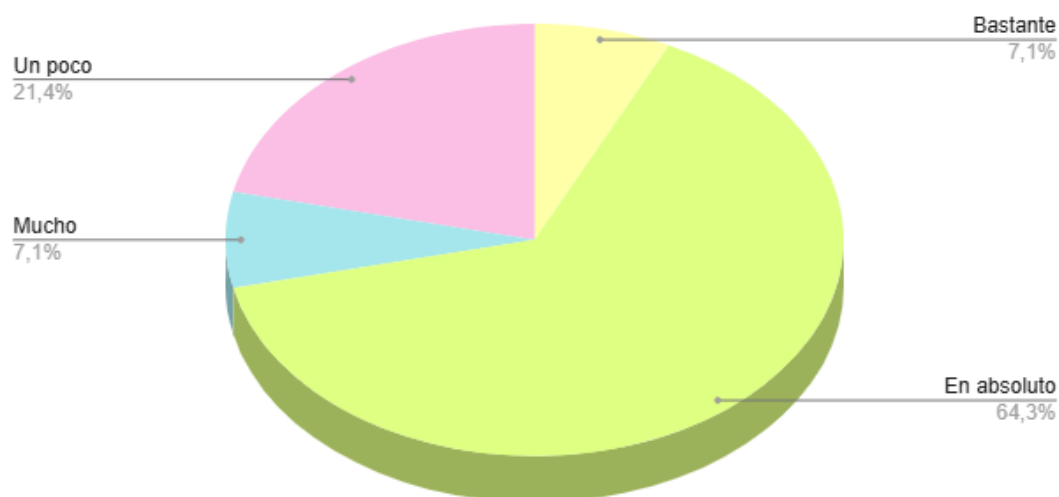


Figura 12

Descripción de si la persona se ha sentido débil, durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La mayoría de la muestra coincide en que cada uno se ha sentido un poco débil durante la semana previa, que serían 8 personas que equivale a un 57,1%, “En absoluto” fue la segunda opción más elegida con el 28,6% del total, en la que 4 personas indican que no tuvieron ningún tipo de debilidad física.

Al igual que el grafico anterior, las opciones “Mucho” y “Bastante” comparten el mismo porcentaje, ya que fueron elegidos por 1 persona respectivamente, estas manifiestan si un gran sentimiento de debilidad física.

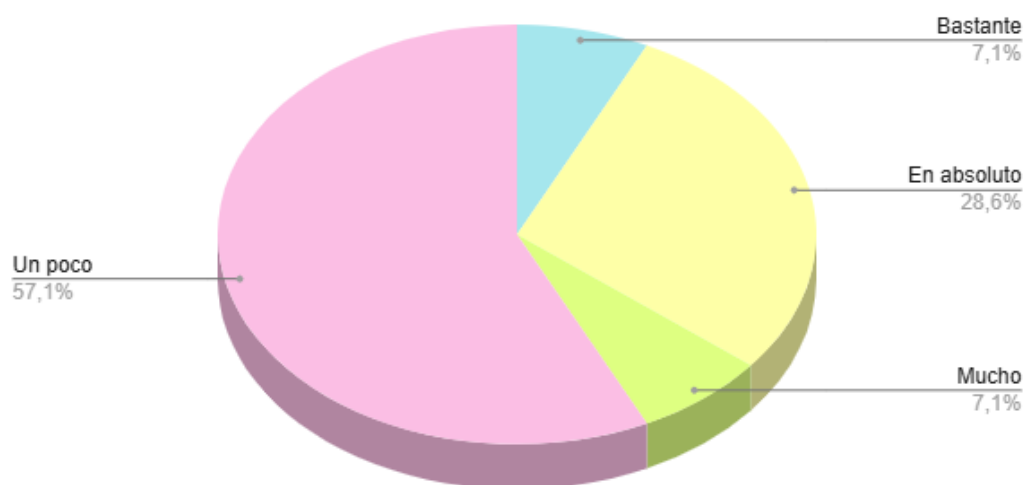


Figura 13

Descripción de si a la persona le ha faltado el apetito durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La opción más seleccionada por 6 persona, fue “Un poco”, en relación a la falta de apetito, en segundo lugar, fue “En absoluto” por 5 personas, que no refieren una falta del apetito, mientras que solo 3 personas consideran como “Bastante” su falta de apetito durante la semana pasada.

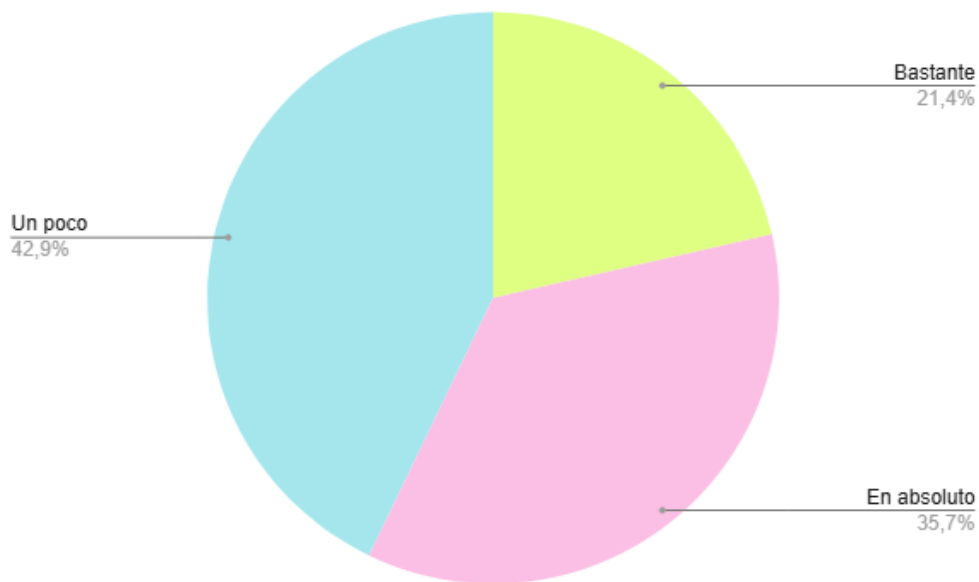


Figura 14

Descripción de si la persona ha tenido náuseas, durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Podemos observar como la opción que fue ampliamente elegida es “En absoluto” con el 71,14% del total, que son 10 personas que no tuvieron nauseas la semana previa, pero 3 personas seleccionaron “Un poco” como sensación de nauseas, y solo 1 encuestado considero “Bastante” como la opción más acertada en función de las náuseas.

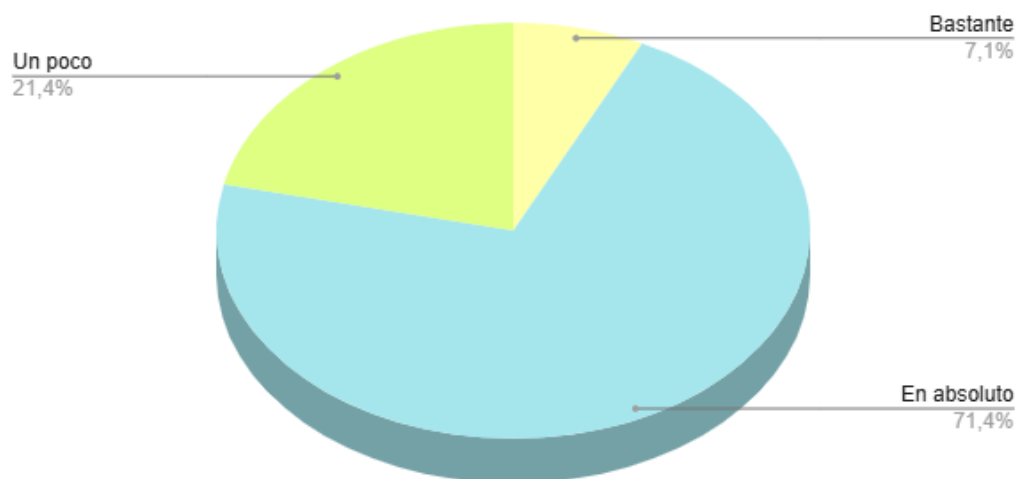


Figura 15

Descripción de si la persona ha vomitado durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

De las tres opciones, “En Absoluto” fue la más seleccionada con 11 personas, siendo del 78,6%, solo 2 personas seleccionaron “un poco” refiriendo que, si han vomitado, y solo 1 persona con el 7,1% refiero que vomito “Bastante”, siendo está la opción elegida.

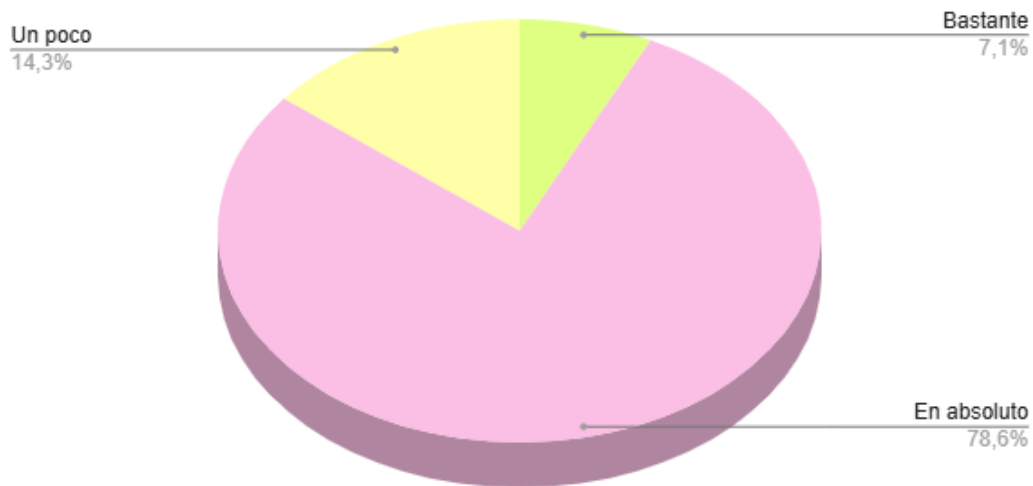


Figura 16

Descripción de si la persona ha estado estreñida durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La opción elegida de manera mayoritaria fue “En absoluto” con 8 personas, que consideran que no tuvieron estreñimiento alguno, sigue “Un poco” con el 28,6% que son 4 personas y la última opción que fue “Bastante” con dos personas que si consideran que tuvieron estreñimiento durante la semana pasada.

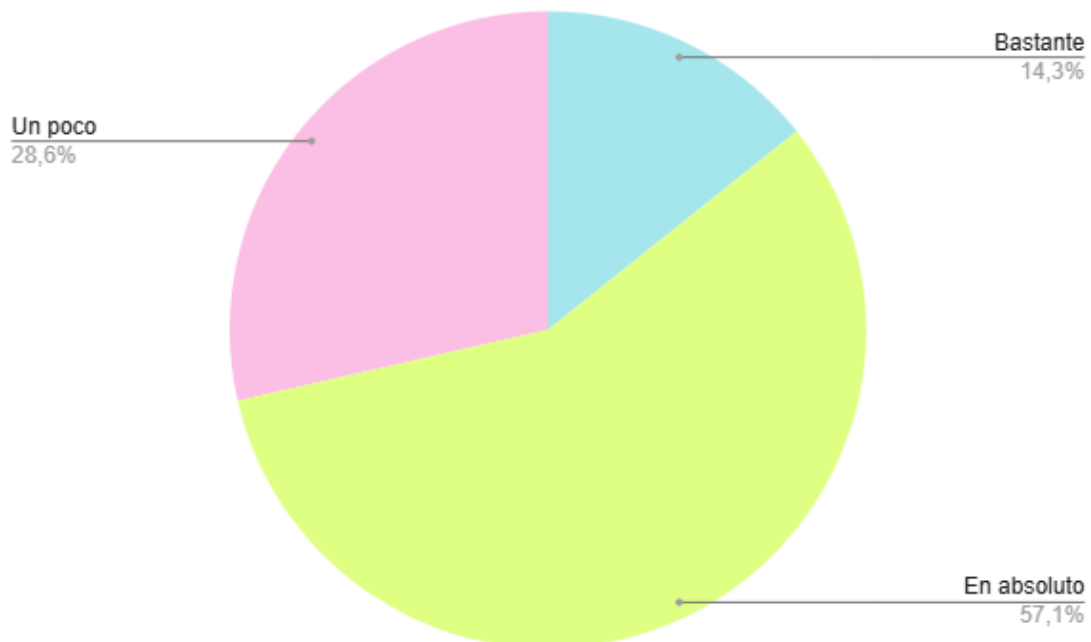


Figura 17

Descripción de si la persona ha tenido diarrea durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Se observa como más de la mitad de la muestra que son 11 personas, no tuvieron diarrea durante la semana pasada, mientras que el resto de la muestra 21,4% que son 3 personas tuvieron un poco de diarrea.

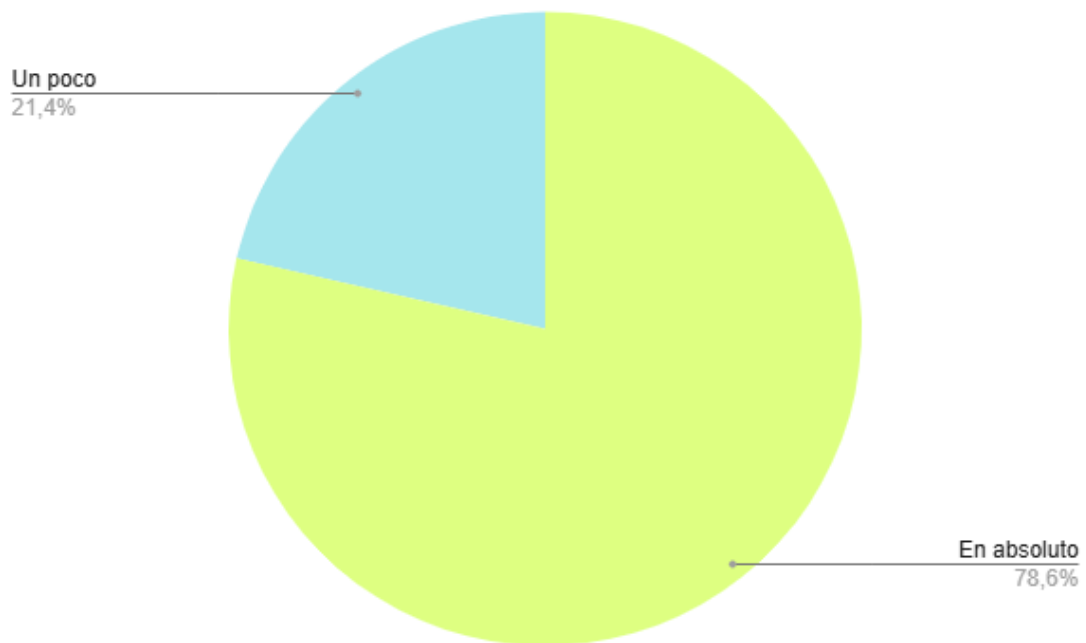


Figura 18

Descripción de si la persona ha estado cansada durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

De las tres opciones seleccionadas por los encuestados, la que tuvo mayoría con 9 personas fue “Un poco”, siguió “En absoluto” con el 28,6% que son 4 personas que consideraron estar cansados durante la semana pasada, y solo 1 persona eligió “Mucho” que es un 7,1% del total.

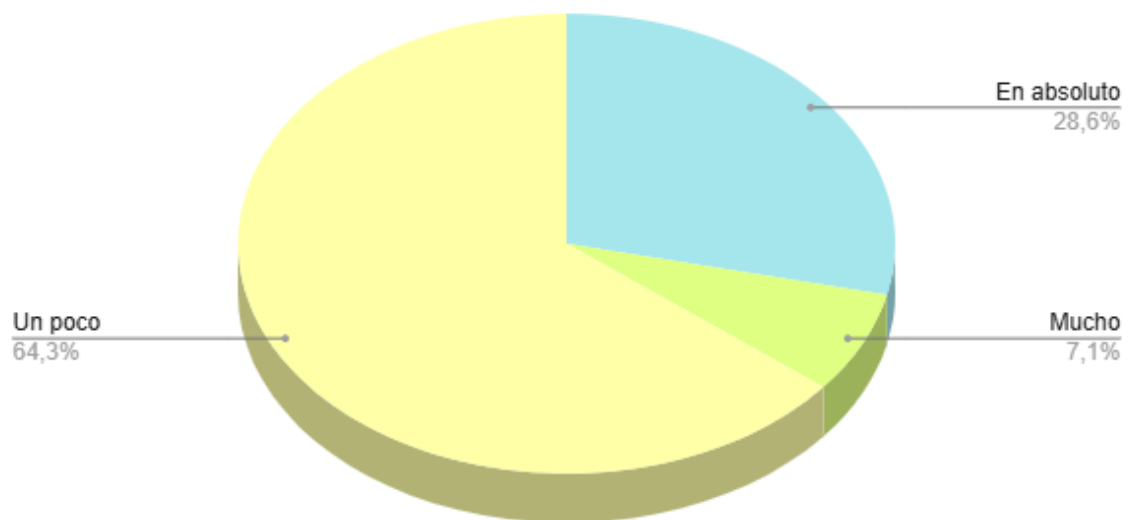


Figura 19

Descripción de si Interfirió algún dolor en sus actividades diarias, durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

De las 14 personas, 8 que son el 57,1% eligieron la opción “En Absoluto” que refiere que no hubo dolor que haya interferido con sus actividades diarias, en segundo lugar, se seleccionó “Un poco” por 5 personas y solo 1 persona, refiero que el dolor si interfirió en gran medida, ya que la opción fue “Mucho”.

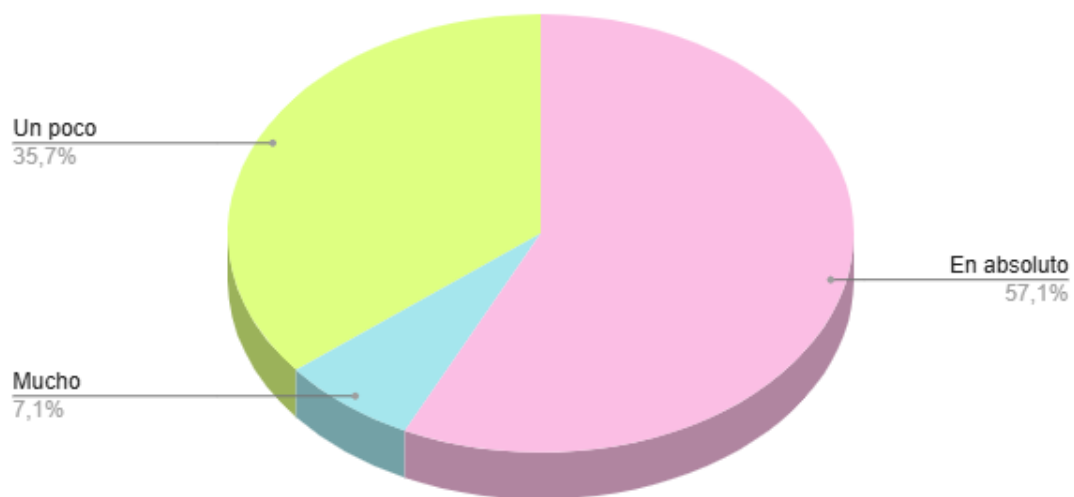


Figura 20

Descripción de si la persona ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Solo dos opciones fueron las seleccionadas, el 50% cada una, que corresponde a 7 personas en cada una de las respuestas. Quiere decir que la mitad de la encuesta si refiere dificultad para concentrarse en cosas básicas como ver la televisión, a diferencia de la otra mitad que no refiere ningún grado de dificultad.

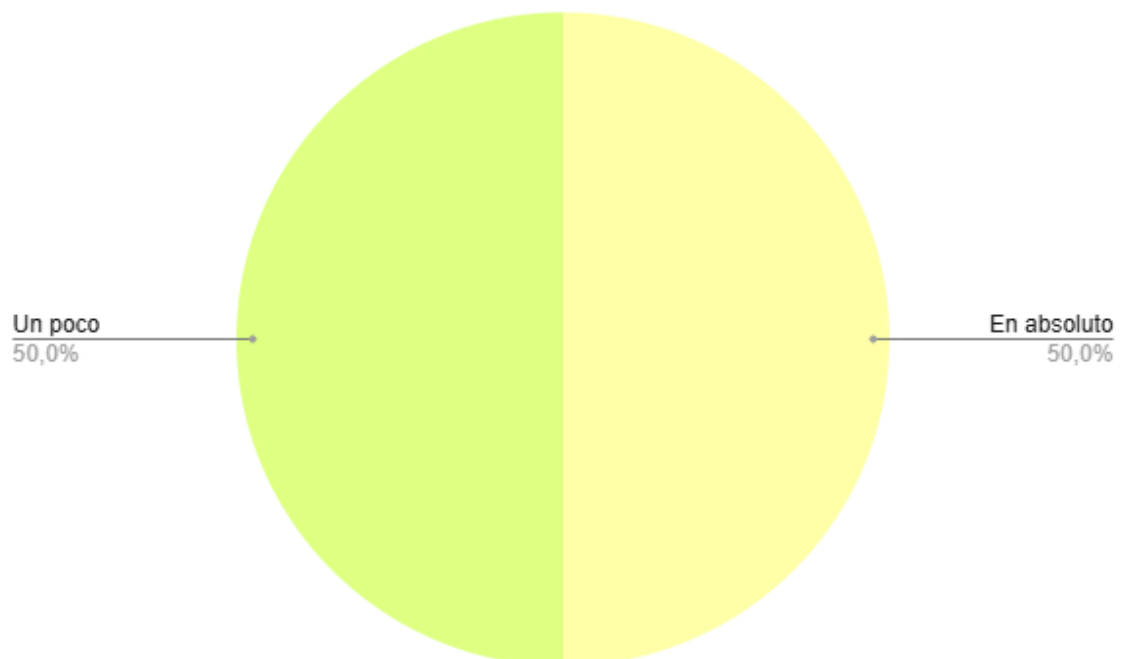


Figura 21

Descripción de si la persona se sintió nervioso/a durante la semana pasada.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Se puede observar como la mitad de la muestra, que corresponde a 7 personas siendo el 50%, refieren que no hubo nerviosismo alguno durante la semana pasada ya que eligieron la opción “En absoluto”, la segunda opción fue “Bastante” con 4 personas y la última fue “Un poco” seleccionada por 3 personas, que refieren poco nerviosismo en la última semana.

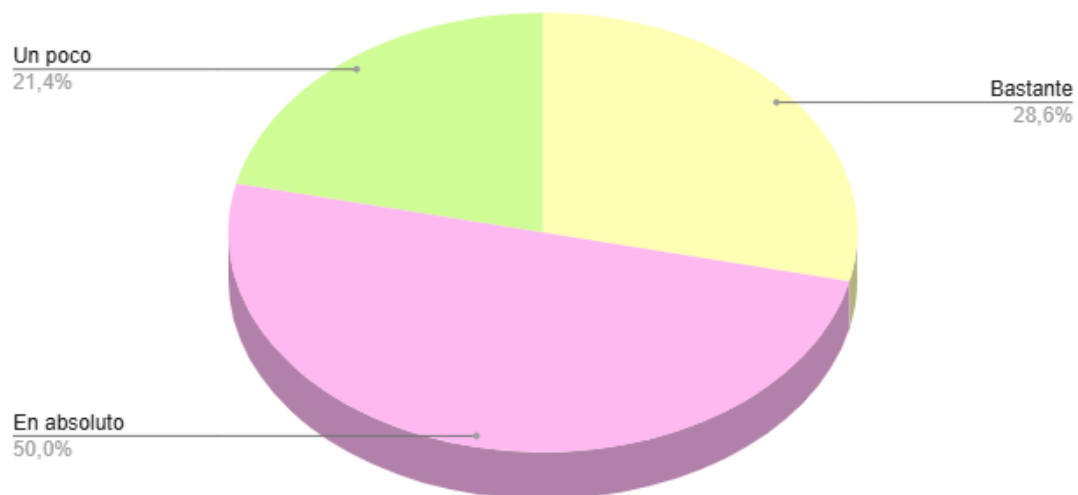


Figura 22

Descripción de si la persona se sintió preocupado/a durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Se observa como casi la mitad de la muestra, no refiere sentirse preocupado ya que eligió la opción “En absoluto” se refiere a 6 personas, en segundo lugar “Bastante” con el 35,7% son 5 personas, y como última opción “Un poco” fue seleccionada por 3 personas, donde refieren que hubo algo de preocupación en el estado de ánimo, durante la última semana.

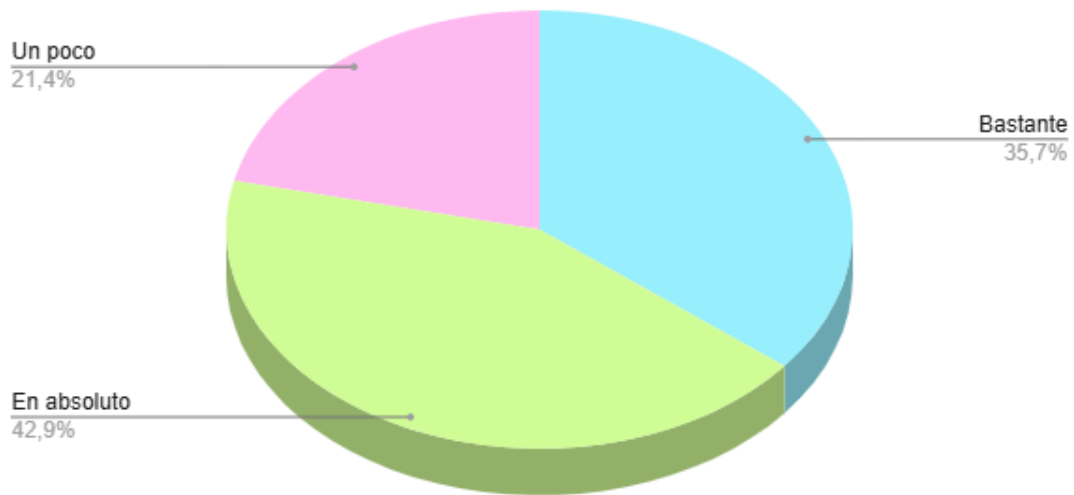


Figura 23

Descripción de si la persona se sintió irritable, durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

De la muestra, 8 personas eligieron la opción “En absoluto”, el 28,6% del total opto por “Bastante” haciendo referencia a que se sintieron irritables 4 personas, y como última opción “Un poco” fue elegida solo por 2 personas.

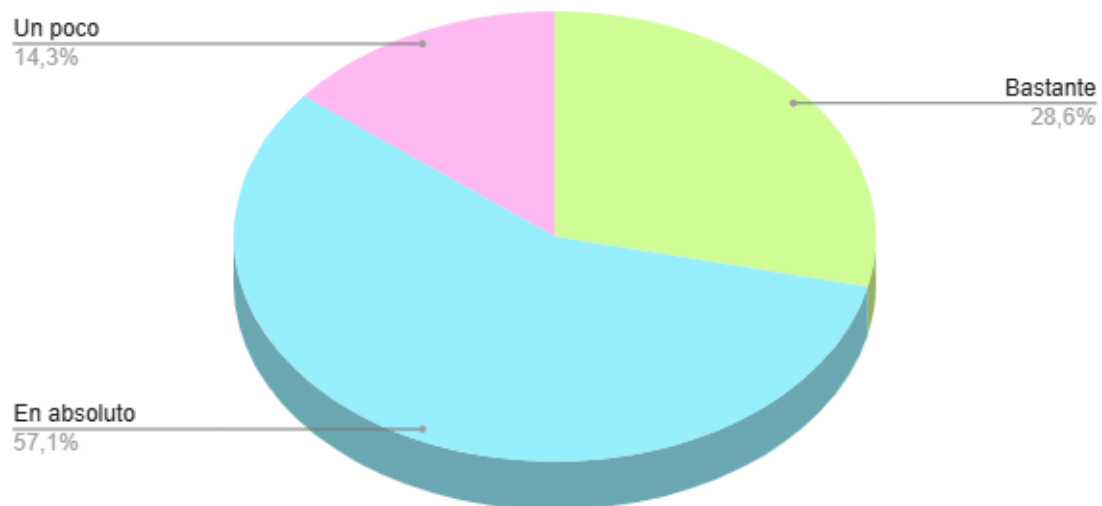


Figura 24

Descripción de si la persona se ha sentido deprimido, durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Se observa, que hubo una respuesta con el mismo porcentaje de 42,9%, las opciones eran “Un poco” y “En absoluto”, que fueron elegidos por 6 personas cada una, mientras 2 personas seleccionaron “Bastante” ya que si consideran que se sintieron deprimidos durante esa última semana.

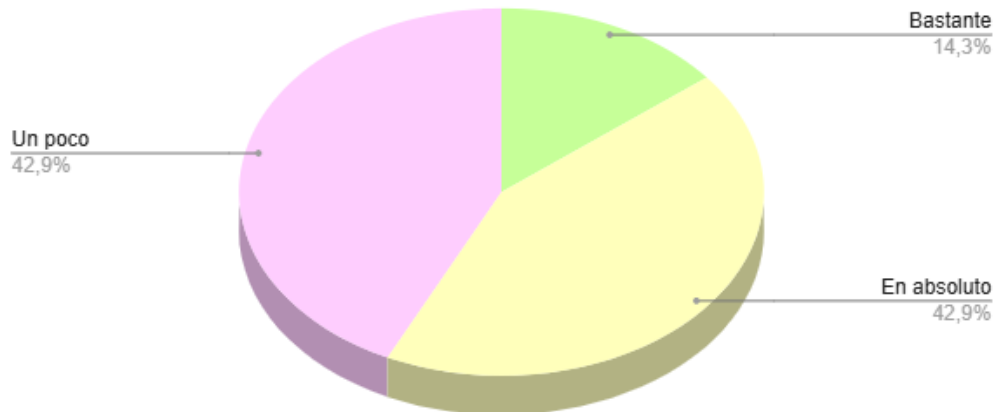


Figura 25

Descripción de si la persona se ha tenido dificultad para recordar cosas, durante la última semana.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

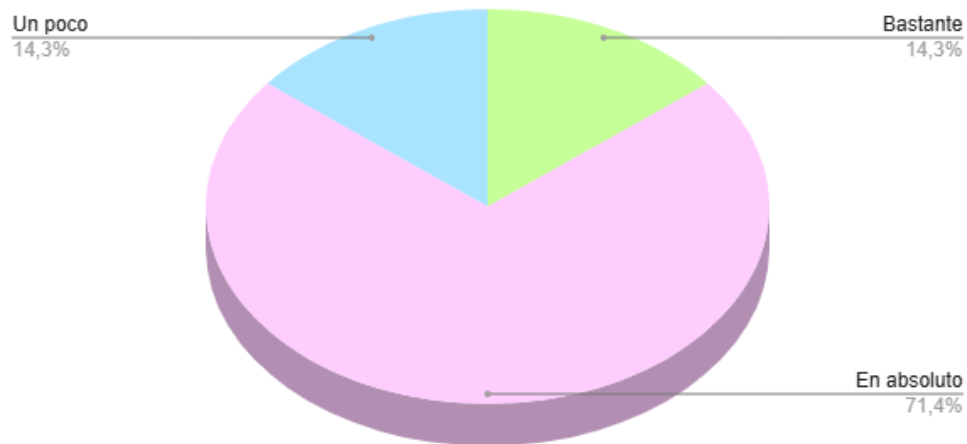


Figura 26

Descripción de si la persona ha sentido que el estado físico o el tratamiento médico interfirió en su vida familiar

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

Del total de la muestra, 5 personas sintieron que el estado físico o el tratamiento médico interfirieron su vida familiar, eligiendo la opción “Un poco”. Dos opciones “En absoluto” y “Bastante” tuvieron la misma cantidad de personas 4 en cada uno, ambas refiriendo cosas muy distintas, la primera que no se manifestó que haya habido una interferencia de la vida familiar, a diferencia de la segunda opción que siente que sí. La opción “Mucho” fue seleccionada solo por 1 persona, dándonos a conocer la gran interferencia que hubo según su entendimiento en la vida familiar por culpa del tratamiento médico o estado físico.

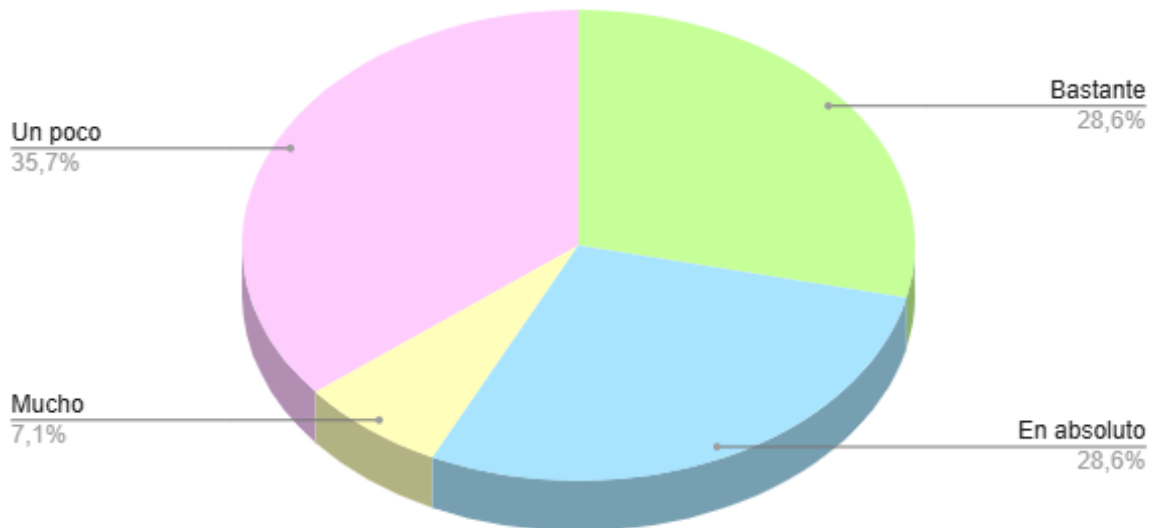


Figura 27

Descripción de si la persona ha sentido que el estado físico o el tratamiento médico interfirió en sus actividades sociales.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La opción más elegida fue “Bastante” por 6 personas, considerando que, si se afectaron las actividades sociales de la persona debido al tratamiento, la segunda opción fue “Un poco” con 4 personas y con el mismo porcentaje esta “Mucho” y “En Absoluto”, con 2 personas cada una, la primera hace referencia que se afectaron las actividades sociales en gran medida mientras que la segunda opción refiere todo lo contrario, que no hubo afectación.

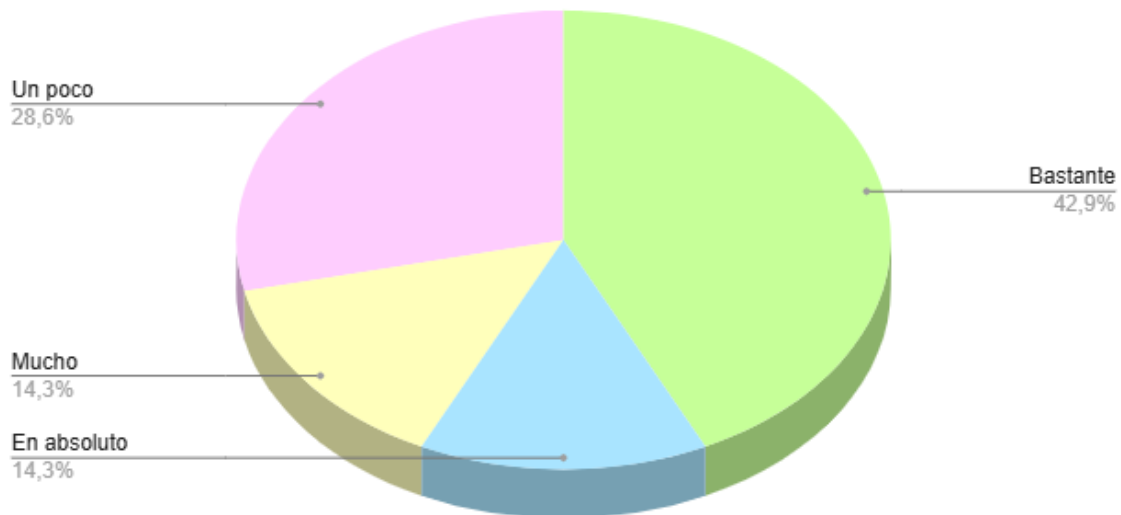


Figura 28

Descripción de si la persona ha sentido que el estado físico o el tratamiento médico interfirió le ha causado problemas económicos.

La pregunta contaba con 4 opciones, en absoluto, un poco, bastante y mucho, sobre como se ve afectada la calidad de vida de la persona, va en orden de 1 a 4 puntos, siendo el valor más alto una mayor afectación.

La mitad de la muestra, que son 7 personas, optaron por la opción “Un poco”, en el que refiere que hubo algún que otro problema económico causado por el tratamiento médico y el estado físico, siguió la opción “Bastante” con el 35,7% que son 5 personas, a las que, si el tratamiento médico y estado físico le causo problemas económicos, mientras que solo 2 personas optaron por “En absoluto”, ya que no manifestaron problema económico alguno.

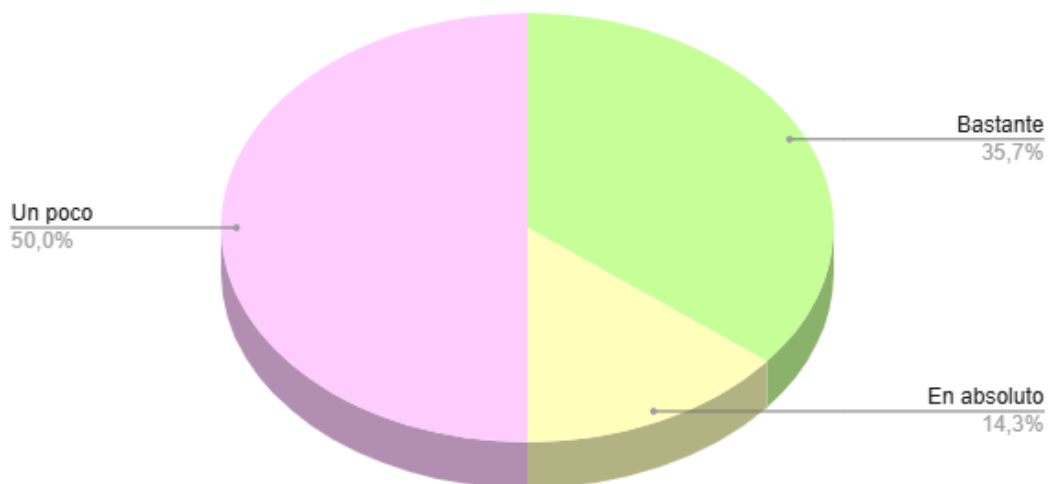


Figura 29

Descripción de como valoro la persona su salud general durante la semana pasada.

Esta pregunta, tiene un nivel de puntuación diferente a las anteriores. Cuenta con una valoración que va de 1 a 7 puntos, siendo el valor más bajo una valoración de la salud “peor” a el valor más alto donde la salud es mejor valorada.

De las 7 puntuaciones disponibles, solo se seleccionaron 4 por el total de la muestra. La valoración más seleccionada fue “7” por 5 personas, quiere decir que consideran que su salud en general fue bastante buena, en segundo lugar, está la valoración “4” seleccionada por 4 personas, en tercer lugar, la puntuación “5” considerada por 3 personas y en último lugar la valoración “3” seleccionada por 2 personas como una valoración mala de su salud en general.

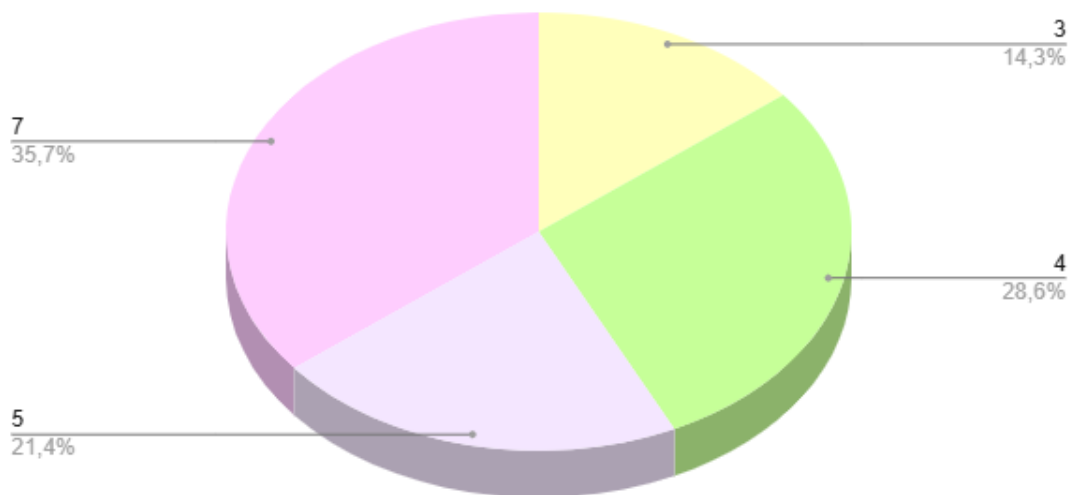


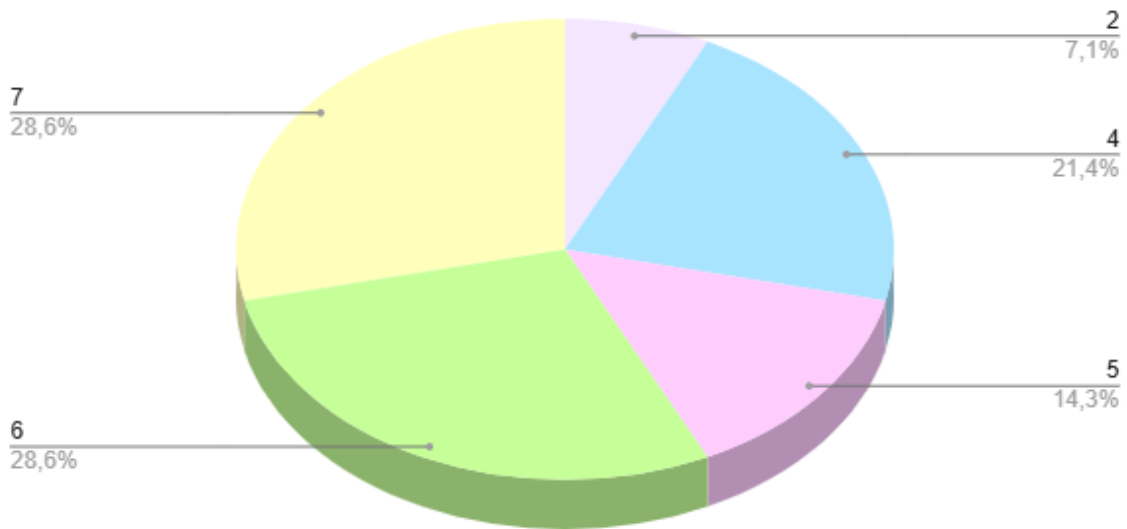
Figura 30

Descripción de como valoro la persona su calidad de vida durante la semana pasada.

Esta pregunta, tiene un nivel de puntuación diferente a las anteriores. Cuenta con una valoración que va de 1 a 7 puntos, siendo el valor más bajo una valoración de la salud “peor” a el valor más alto donde la salud es mejor valorada.

De las 7 puntuaciones disponibles, solo se seleccionaron 5 por el total de la muestra, que eran 14 personas.

Las dos valoraciones más seleccionadas fueron “7” y “6” por 4 personas cada una, donde ambas consideran que su calidad de vida fue bastante buena, en tercer lugar, está la valoración “4” seleccionada por 3 personas, la valoración “5” fue elegida por 2 personas y la valoración “2” fue elegida por 1 persona, dando a entender una peor calidad de vida durante la semana pasada.



DISCUSION

En el presente estudio, se buscó conocer la prevalencia de síntomas y signos asociados tanto a la enfermedad oncológica y al tratamiento clínico, así como también determinar cuáles de estos son los que predominan sobre otros. La sintomatología de la enfermedad, puede llegar a inmiscuirse en la vida del paciente, pudiendo afectar diferentes áreas que dificulten el desarrollo normal de sus actividades cotidianas. A continuación, se mencionarán algunas variables que fueron evaluados a lo largo del estudio para conocer la magnitud de la enfermedad oncológica en la población infantil.

Una de las variables fue el “*Sexo biológico*” de los pacientes y se identificó que hubo una distribución equitativa en la muestra, ya que el 50% a las niñas y el otro 50% corresponde a los niños. Este resultado es comparado con un estudio realizado durante los años 2012 y 2013 en CABA, en el Hospital Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan” llamado “*Perfil sociodemográfico y de la atención de pacientes oncológicos provenientes de cinco provincias en un hospital de atención terciaria*” (22), en el cual la variable “sexo biológico” mostro un rango mayor de niños con el 52% que el de las niñas con un 48%. Por otro lado también realizado una comparación con la investigación, “*Estado nutricional del niño oncológico en el Hospital Materno Infantil de Mar del Plata*”, realizada por Fourgeaux, Silvana v en el año 2005 (8). El resultado de esta investigación difiere de los mencionados, ya que determino que la mayoría de la muestra aquí fueron niñas 51,7% y 48,3% restante niños.

Al comparar estos datos, se concluye que no hay una prevalencia de un sexo biológico sobre otro, en función de una enfermedad oncológica en niños, niñas y/o adolescentes.

En la presente investigación, se realizó una encuesta, en la que los pacientes indicaban cuál era la **Neoplasia** que ellos padecían, las opciones fueron: Leucemia Linfoblástica Aguda, Leucemia Mieloblástica Aguda, Linfoma No Hodking, Tumores Sólidos y Tumores del Sistema Nervioso Central.

Los datos deducen que la mayoría de la muestra padece de Tumores Sólidos con el 71,4% del total.

Según el “*Registro oncopediátrico hospitalaria argentino (ROHA)* de la edición entre el 2000 y el 2013 (11), se observa que la neoplasia que más prevalece en el territorio argentino fueron los Tumores sólidos con el 41,8%. En este registro los tumores sólidos fueron clasificados por categoría y localización en el organismo. Los Linfomas y tumores Reticuloendoteliales eran del 11,9%, los Tumores de partes blanda 6,1%, Neuroblastoma con el 5,9%, seguían los Tumores óseos 4,9%, Tumores renales 4,7%, Retinoblastoma 3,5%, Tumores de células germinales 3,4% y Tumores hepáticos con 1,4%. La suma de este porcentaje es lo que determina una mayor prevalencia de este tipo de tumores, dejando en segundo lugar a las Leucemias con el 37,3% del total. Estos datos confirman que hay coincidencia entre el “ROHA” y el presente trabajo.

Si comparamos los datos obtenidos por nuestro estudio, con el trabajo de investigación realizado por Fourgeaux, Silvana V, titulado “*Estado nutricional del niño oncológico en el Hospital Materno Infantil de Mar del Plata*” del año 2005 (8), se evidencia que no hay coincidencia, debido que la mayoría de los pacientes pediátricos de esa muestra padecían de Leucemia Linfoblástica Aguda siendo el 58,6% de la muestra.

Por otro lado un trabajo realizado por Montero, S. B, “*Evaluación nutricional y patrones de consumo en niños de 0 a 15 años con enfermedades oncológicas*” del año 2013 en la Ciudad de Mar del Plata, Argentina. (1). Demuestra como la neoplasia más prevalente es la Leucemia 57%, en comparación con un tipo de Tumor Solido “Osteosarcoma” que el tercer lugar más prevalente con un 17% del trabajo mencionado.

Al analizar los datos de otros estudios, se observa que solo el “Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino”, coincide el trabajo de investigación, ya que en ambos la neoplasia más prevalente son los Tumores Sólidos, mientras que los otros dos estudios el realizado por Montero S, B y el de Fourgeaux Silvana V, coinciden en que la Leucemia es la neoplasia que más prevalece en niños, niñas y adolescentes.

En el presente trabajo, las preguntas relacionadas con los **Síntomas y Signos** que más prevalecen en una enfermedad neoplasia, se abordaron por separado, ya que difieren de su forma de constatar la presencia o ausencia de cada uno. A continuación, se mencionarán los signos más frecuentes y posteriormente los síntomas más frecuentes, para poder realizar una comparación conjunta con los distintos trabajos de investigación

En el apartado de **síntomas**, las Náuseas fueron el síntoma más frecuente según lo elegido por los participantes, con el 36,7% del total. Le siguieron la Pérdida de Apetito con un 30%, la fatiga con el 20% y siendo el menos frecuente la Disgeusia solo con el 13,3% del total.

Mientras que, en el apartado de **Signos**, la Neutropenia y Alopecia, fueron los más prevalentes cada uno con un porcentaje del 14,29% de la muestra. Los otros signos como, Constipación, Vómitos, Diarrea, Disfagia, Eritema, Xerostomía y Anemia, fueron seleccionados por un solo participante cada uno. Sin embargo, estas respuestas fueron de selección múltiple, por lo que en una respuesta se conoció que podía haber dos, tres, cuatro o más signos como prevalentes al mismo tiempo. El valor que obtuvieron las diferentes combinaciones de signos fue de 7,14% que equivale a una persona por respuesta.

Al ver los resultados del estudio, podemos llegar a deducir que hay una alta prevalencia de los síntomas y signos en diferentes escalas, pero que los que se destacan por ser frecuentes son, las Náuseas como el síntoma y la Neutropenia y Alopecia como los signos que más prevalecen en la población pediátrica oncológica.

En el estudio realizado por Montero, S. B en la Ciudad de Mar del Plata, Argentina en el año 2013 titulado, **“Evaluación nutricional y patrones de consumo en niños de 0 a 15 años con enfermedades oncológicas”** (1), se identificó a los Vómitos como el síntoma más prevalente con un 88%, seguido, por la Diarrea 78%, Náuseas 63%, Pérdida de apetito con 60% del total. El síntoma que fue menos seleccionado fue el Dolor Abdominal con el 47%. Si estos resultados los comparamos con los de la nuestra investigación, no coinciden sobre el síntoma que más prevalece, pero sí, logra haber una coincidencia en el sentido de que tanto, Náuseas como la Pérdida de Apetito son algunos de los síntomas que aparecen con frecuencia, aunque menor comparados con nuestro estudio.

Al analizar los datos del trabajo de investigación realizado en el 2005 por Fourgeaux, Silvana V, *“Estado nutricional del niño oncológico en el Hospital Materno Infantil de Mar del Plata”* (8), se observa que, durante el tratamiento, los síntomas que más prevalentes fueron Diarrea 55,2%, Disgeusia, Mucositos, Náuseas y Vómitos con el 58,6% cada uno, Periodo de anorexia 51,7%, Constipación 20,7%, Ageusia 17,2% y esofagitis con el 6,9% del total. De esta manera, al comparar estos datos con los resultados nuestro estudio, se concluye que no hay coincidencia sobre el síntoma o signo que más prevalece sobre otros. Sin embargo, si se observa que hay síntomas y signos frecuentes que son mencionados en ambos estudios, aunque en diferentes niveles de prevalencia, como la presencia de náuseas y vómitos, Diarrea y Constipación, y Disgeusia. Esto indica que son síntomas o signos comunes en la población pediátrica oncológica, aunque su incidencia varía entre los estudios.

En un artículo de investigación de Venezuela, titulado *“Experiencia en educación, prevención y control de complicaciones orales de niños con cáncer”* (23), realizado por Osorio A en el año 2015. Se menciona que síntomas prevalecen en el paciente pediátrico, pero en la zona oral, incluyendo la Xerostomía con el 10% de prevalencia, ocupando el cuarto lugar frente a otros síntomas. Esto coincide con el nuestro propio trabajo de investigación, ya que la Xerostomía tampoco es el signo más prevalente en nuestra población.

El *tratamiento clínico* es una variable que influye en el estado de salud del paciente, los datos obtenidos de la encuesta realizada, determinan que el tratamiento clínico más frecuente en los pacientes oncológicos pediátricos fue la Quimioterapia como tratamiento único con el 69,23%, mientras que la Quimioterapia con la Radioterapia y La Quimioterapia con la Cirugía tuvieron un valor de 7,69% cada opción conjunta.

Los datos mencionados son comparados con los datos de un trabajo de investigación realizado por diferentes autores del Servicio de Hemato-oncología en el año 2007 conocido como, “*Evaluación y seguimiento de los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer pediátrico*” en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (24). En el mismo se obtuvo una muestra de 175 participantes, donde el 80% recibió tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia. De esta comparación se determina que no hay coincidencia ya que ambos estudios difieren de cuál es el tratamiento clínico más prevalente.

Otro trabajo de investigación ya mencionado anteriormente, se utiliza nuevamente para realizar una comparación sobre el tratamiento clínico, siendo el estudio de *Montero, S. B* en el año 2013 en la Ciudad de Mar del Plata (1). Indica que el tratamiento clínico más habitual es la quimioterapia con el 95% del total. Esto evidencia coincidencia entre el resultado del presente trabajo y el trabajo realizado por Montero, S.B.

En el estudio, se consideró de importancia poder evaluar cómo era la *ingesta alimentaria* del paciente en relación con el tratamiento clínico y los síntomas y signos y si tuvo algún grado de afectación.

Se puede comprobar que la ingesta en el 64,29% del total disminuyó, lo que nos da una idea de que las complicaciones y los efectos secundarios del tratamiento influyen en la manera de alimentar al paciente y en su estado nutricional si esto llegara a persistir por un periodo prolongado. No se encontraron estudios que permitan comparar estos resultados. Pero podemos mencionar algunos estudios que evalúan el estado nutricional luego del tratamiento.

Según un estudio realizado en la Ciudad de Mar del Plata en el año 2013 por *Montero, S.B* (1), evalúa el estado nutricional de los pacientes luego del tratamiento según el IMC (Índice de masa corporal), en el que muestra como el bajo peso antes del tratamiento era del 2%, pero luego hubo un aumento en pacientes con bajo peso siendo del 30%. Lo mismo sucedió con aquellos que tenían un peso normal anteriormente siendo del 85% del total, pero luego del inicio del tratamiento, los pacientes con normo peso cayeron en un 57%. Lo que demuestra que, en función del tratamiento clínico recibido, su estado nutricional se vio afectado provocando una disminución del peso corporal, lo que se podría deber a una baja ingesta y esto podría llegar a coincidir con el estudio del presente trabajo.

En un estudio realizado por Luis Enrique Echeverría "*Estado nutricional de niños con enfermedades oncológicas en hospital pediátrico de Pinar del Río*" en Cuba en el año 2017 (25), evaluó el estado de los pacientes distribuidos en peso/edad, talla/edad, peso/talla e IMC/edad, según percentiles. Si tomamos el indicador de IMC al igual que el estudio anterior, se observa que la mayoría de la muestra de n=35 se encontraba entre el percentil 10-90, lo que se considera como un peso adecuado, mientras que n=8 de la muestra estaba en el percentil <10, lo que se conoce como bajo peso. Esto evidencia que no hay coincidencia entre los demás estudios mencionados, ya que en este la mayoría de la muestra se considera que tiene un peso adecuado por más que este en tratamiento oncológico.

Se analizó la **calidad de vida del paciente y su familia**, y como esta se afectó o no según los síntomas relacionados con el tratamiento clínico oncológico y la enfermedad. En el presente trabajo se evaluó la calidad de vida del paciente oncológico por medio de un cuestionario validado EORTC QLQ- C30 (versión 3), se diferenciaron dos áreas a evaluar:

El Área de funcionamiento que contaba con diferentes escalas funcionales (Función Física, Actividad Cotidiana, Rol Emocional, Función Cognitiva, Función Social)

El Área de Síntomas y Signos (Fatiga, Dolor, Náuseas y Vómitos, Disnea, Insomnio, Anorexia, Estreñimiento, Diarrea, Impacto económico).

Para evaluar cómo fue la afectación de la calidad de vida del paciente, se usaron rangos que corresponden a diferentes valores, en absoluto (1), un poco (2), bastante (3), mucho (4), siendo “Mucho” una peor percepción de la enfermedad y “En Absoluto” una mejor percepción

Al ser evaluado de esta manera, de todas las diferentes escalas funcionales, la que se constató que se vio más afectada por la enfermedad fue la **Función Física** en el *Área de Funcionamiento*, con un 28,5% de la muestra que considera que su calidad de vida se afectó “Mucho”. En segundo y tercer lugar se encontraron la *Función Social* y el *Impacto económico* con 35,71% de la muestra, que determina que se afectó “Bastante” la calidad de vida del niño, niñas o adolescente.

En el Área de Síntomas y Signos, el que afectó “Bastante” la vida del paciente fue la anorexia con un 21,43% del total.

En contraparte la *escala funcional* que fue menos frecuente en la vida del paciente fueron la Disnea y Diarrea cada una con el 78,57% del total, al valor de “1” que corresponde al rango de “En absoluto”, y la otra escala funcional que no se vio afectada con el valor “1” “En absoluto” en el Área de Funcionamiento fue la función cognitiva con el 71,3%.

Al observar estos resultados, podemos deducir que, si bien hay un grado de afectación en la calidad de vida del paciente, esto no afectó la totalidad de las escalas de funcionales, ni siquiera a la mitad de las mismas, por lo que se puede considerar que tiene una mejor percepción de la enfermedad en vez de una peor percepción.

De igual manera, los pacientes valoraron una escala funcional más, en la que esta engloba el *estado salud* del niño, niña y/o adolescentes. La valoración contaba con 7 puntos, de 1 a 7, siendo “1” una peor percepción de la enfermedad y “7” una mejor percepción. El 38,91% que fue la mayoría de la muestra, seleccionó el valor “7”, considerando que su estado de salud es bueno en conjunto con

todas las escalas funcionales, mientras que en segundo lugar se eligió el valor “4” con el 29,4%, donde aquí se considera su estado global de salud está peor percibido para el paciente, pero sigue sin ser el valor más bajo.

En conclusión, la mayoría de la muestra no mostro una afectación mayor en su calidad de vida.

No se encontró un estudio que haya usado el cuestionario validado EORTC QLQ- C30 (versión 3) en la población infantil, pero si se encontraron estudios que utilizaron otro cuestionario validado “PedsQL Cancer Module Versión 3.0”, siendo un cuestionario específico para niños, que la evaluación va de un puntaje de 0 a 100, siendo 100 una percepción de una mejor calidad de vida.

Un trabajo de investigación llamado “*Calidad de vida en niños con Leucemia Linfoblástica Aguda en el Hospital Pediátrico de Sinaloa*” por *Rodríguez-Alvarado* en el año 2022, en México (26). Evalúa diferentes dimensiones, donde algunas coinciden con las evaluadas en el presente trabajo, como la Función Cognitiva, que en el estudio mencionado obtuvo una media de 78,88, lo que al ser un puntaje alto es considerado como una buena percepción de su función cognitiva en pos de la enfermedad, de esta manera hay coincidencia entre ambos estudios, ya que es una dimensión funcional que no se ve afectada en su mayoría, según la percepción de los pacientes.

El presente trabajo también se compara con el “*Estudio en la Calidad de Vida de pacientes pediátricos con cáncer*” (27) de Laura Vélez Medina en el año 2010, en la ciudad de Bogotá, Colombia. Se utilizó también el cuestionario “PedsQol 4.0”, donde el “Desempeño Físico” obtuvo una media de 74,70, siendo el valor más alto en relación con otras dimensiones, lo que equivale que el funcionamiento físico no tuvo un alto grado de afectación, sino todo lo contrario, a diferencia de nuestro estudio en el que la Función Física fue la más afectada frente a las otras escalas.

Según los padres, casi la totalidad de la muestra con el 92,3% coincide en que su *vida familiar* se vio afectada en función de la enfermedad oncológica del niño, esto induce a que los padres tuvieron que modificar su forma de vida.

Según un estudio del año 2021 sobre *“Adherencia a medicación antineoplásica oral en oncología pediátrica. Estudio multicéntrico”* publicado en la revista argentina de pediatría (28), se menciona que el 46% de las familias, tuvieron que migrar de su residencia para poder realizar el tratamiento, además casi la totalidad de los padres 98% consideraron que les resultaba difícil comprender las indicaciones médicas, así como también el 54,4% de la muestra considero insuficiente su economía para poder costear el tratamiento.

Otro estudio *“Perfil sociodemográfico y de la atención de pacientes oncológicos provenientes de cinco provincias en un hospital de atención terciaria”* del año 2004 realizado en el Hospital Nacional de Pediatría “Prof. Dr. Juan. P. Garrahan” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (22), mencionan que el 26% de las familias no llegaban a cubrir las necesidades básicas, y el 88% de los niños tenían una familia con uno o más hermanos.

Esto nos permite deducir que la vida familiar se afecta, ya que se requieren más responsabilidades por parte de la familia para que el niño pueda realizar el tratamiento oncológico.

CONCLUSION

La sintomatología en los pacientes que tienen una patología de base como la oncología, es prevalente y frecuente en ellos. Esta frecuencia no corresponde de la misma manera a todos los síntomas que fueron mencionados a lo largo de la investigación, ya que algunos predominan sobre otros.

Estos síntomas y signos, también dependen del tipo de tumor y tratamiento clínico elegido. La mayoría de los niños, tenían un Tumor Solido y el tratamiento clínico más seleccionado fue la Quimioterapia como único tratamiento, que perpetua ciertos síntomas como las náuseas, la pérdida del apetito y signos como la alopecia y la disminución de los glóbulos blancos, que se la conoce como neutropenia. La sintomatología mencionada es muy característica del tratamiento clínico elegido. Por lo que se entiende el porqué de las opciones con mayor selección fueron las elegidas por los pacientes.

Si bien la frecuencia de los síntomas fue elevada en la mayoría de los pacientes, esto no interfirió en la calidad de vida del paciente como se creía.

La calidad de vida de los niños, fue afectada mayormente en la función física. Esta afectación incluye actividades que son de índole cotidianas, como realizar caminatas ya sean largas o cortas, levantar algo que tenga un mínimo peso, el movimiento de sentarse y levantarse de alguna silla, si requiere ayuda para alimentarse, vestirse, bañarse o usar el baño por sí solo.

Si bien estas áreas tuvieron dificultades por consecuencia de la enfermedad y todo lo que conlleva, en relación al estado global la mayoría de los pacientes coincidieron en que su estado de salud era muy bueno, ya que las áreas que fueron afectadas fueron mínimas en relación con las áreas no afectadas.

La sintomatología, los problemas que podían surgir en la vida familiar, ya que una enfermedad oncológica conlleva muchos efectos secundarios en la vida de las personas que se encuentran alrededor, la falta de apoyo ya sea social, económico o educativo, así como la patología de base y su tratamiento influyen en la ingesta alimentaria de los niños, ya que en la mayoría estaba disminuida, lo que genera un déficit en los requerimientos nutricionales que deberían cubrir y esto si se mantiene por un periodo de tiempo prolongado, podría llegar a afectar en mayor medida la vida del niño.

En base a todo lo mencionado, la presencia de síntomas y signos no influyo en gran magnitud en la vida del niño de manera negativa, aunque si hubo una alteración de la alimentación. La ingesta del niño disminuyo durante el tratamiento clínico, lo que se asocia a los efectos secundarios de la patología y del tratamiento en si, por lo que el aporte del área de nutrición debe ser de importancia para las familias y demás profesionales de la salud, ya que puede tratar esta sintomatología y lograr así una mejora de la ingesta alimentaria en el paciente.

Sin embargo, es de importancia que se haga hincapié en realizar más estudios, investigaciones y trabajos para poder ir actualizando constantemente, ya que la medicina avanza a gran medida, lo mismo que sucede con las enfermedades.

Considero hacer foco en el niño, pero no solo en lo clínico, sino también en lo emocional, porque los estados de ánimos suelen influir en la persona y en mayor manera en aquellas enfermedades que pueden llegar a ser crónicas o de periodos prolongados. Así como también la familia, es el sostén más importante en la vida diaria del niño, por lo que incluirlos a los padres, que sean parte del tratamiento y puedan ayudar a los profesionales a que el tratamiento del paciente pueda ser más ameno.

BIBLIOGRAFIA

1. **MONTERO, Sabrina Belén.** *Evaluación nutricional y patrones de consumo en niños de 0 a 15 años con enfermedades oncológicas.* 2013.
2. **DIRR, Andrea.** *Tratamiento nutricional, uso de suplementos nutricionales y recomendaciones brindadas a los familiares por Lic. en Nutrición a niños con diagnóstico de leucemia.* . 2024.
3. *¿Que es el Cancer? Cancer, Instituto Nacional del.* Estados Unidos : s.n., 5 de mayo 2021.
4. **CLAUDIO MARTÍNEZ, Sharon Tatiana.** *Manejo odontológico en pacientes odontopediátricos sometidos a tratamientos de radioterapia y quimioterapia fundación jóvenes contra el cáncer del ecuador .* Sede Puyo : Tesis de Licenciatura., 2014.
5. *¿Que es la infancia y la primera infancia? organizacion, Aldeas infantiles.* Colombia : s.n., 2022.
6. **Jessica lorenzo, Marisol díaz.** *Nutricion en niño sano.* Ciudad autonoma de Buenos Aires : Corpus libros Medicos y Cientificos., 2019.
7. **LASERNA-FERNÁNDEZ, Eva-María.** *Importancia de la nutrición en el paciente pediátrico oncológico.* 2017.
8. **FOURGEAUX, Silvana V.** *Estado nutricional en el tratamiento del niño oncológico.* 2013. : s.n.
9. *La calidad de vida, su importancia y cómo medirla.* **MOLINA, Rafael Tuesca.** Revista Científica Salud Uninorte, 2005, vol. 21, no 2.,
10. **ARRARÁS, Juan Ignacio, et al.** a Calidad de Vida en el paciente oncológico: estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. En ANALES del sistema sanitario de Navarra. . p. 47-53. : s.n., 1998, Vols. En ANALES del sistema sanitario de Navarra. 1998. p. 47-53.
11. **CACCIAVILLANO, Walter.** **Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino.** Soporte clínico oncológico y cuidados paliativos en el paciente pediátrico. [aut. libro] Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino. Instituto Nacional del Cáncer. Buenos Aires : s.n., 2013.
12. **Moreno, Florencia y Farberman., Débora.** *Manual de Psicooncología Pediátrica .* Ciudad Autónoma de Buenos Aires : s.n., 2022.
13. **Baju, Ethel Noemi.** *Estudio piloto de epidemiología ambiental en oncología pediátrica.* Ciudad Autonoma de Buenos Aires : GARRAHAN, Juan P., 2013.
14. **ZABALA, Rocío Patricia.** *Evaluación nutricional y factores de riesgo asociados a malnutrición de pacientes internados en los servicios de Clínica Médica, Clínica Quirúrgica y Oncología del Hospital" Dr. Julio C. Perrando" de Resistencia, Argentina.* La plata : Tesis Doctoral. Universidad Nacional de La Plata., 2016. .
15. **KAREN, Karen Astrid Hernandez Alvarez Y. y ROJAS, Fabiola Tena.** *Estado nutricional en relación con la aparición de mucositis en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda en el Hospital Infantil de Morelia, Eva Samano de López Mateos.* Área de Ciencias de la Salud, 2012.
16. **González, Hardenson Rodríguez.** *Malnutrición en pacientes pediátricos con leucemia y linfoma: un estudio de cohorte.* Antioquia, Colombia : Universidad de Antioquia, 2021.

17. *Rendimiento operativo de la escala SCAN como herramienta de tamización nutricional para identificar riesgo de desnutrición en población infantil con cáncer en la Fundación HOMI, Colombia. Fase 2.* **Muñoz, Saúl David Macana.** Colombia : Revista Colombiana de Hematología y oncología, 2023, Vol. Vol 9 .
18. *Náusea y vómito inducidos por quimioterapia: un enfoque pediátrico.* . **MORALES, Daniel Ortiz, MÁRQUEZ, Itzel Lizbeth Flores y GALLARDO, Iris Yael Gallardo.** no 5, p. 399-407., Mexico : Acta Pediátrica de México, 2023, Vol. vol. 44.
19. *Valoración del estado nutricional antes y después del tratamiento de quimioterapia en fase de inducción en niños y adolescentes con leucemia.* **Maidana, Rosana Elizabeth.** Cordoba : Revista de Salud Pública, 2023, Vols. VOL.(XXIX), Nº 1.
20. *EVALUACIÓN Y CONTROL DE SÍNTOMAS EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: UNA NECESIDAD QUE CUBRIR Y UN MUNDO POR DESCUBRIR.* **Maitane Salas*, Olga Gabaldón**, José Luis Mayoral**, Mila Arce** e Imanol Amayra*.** Núms. 2-3, 2004, pp. 231-250, España : Universidad de Deusto. Bilbao, 2004, Vols. Vol. 1, .
21. *Evaluación de síntomas en niños y adolescentes con cáncer: revisión integrativa.* **Sepúlveda-Ramírez, Jennifer.** Cucuta, Colombia : Revista Ciencia y Cuidado, 2019, Vol. Vol. 16 No. 3.
22. *Perfil sociodemográfico y de la atención de pacientes oncológicos provenientes de cinco provincias en un hospital de atención terciaria.* **TOZIANO, Rafael, et al.** s.l. : Archivos argentinos de pediatría, 2004, Vols. vol. 102, no 4, p. 301-307.
23. *Experiencia en educación, prevención y control de complicaciones orales de niños con cáncer.* . **OSORIO, A., et al.** s.l. : Odontología Pediátrica,, 2015, Vols. vol. 14, no 1.
24. *Evaluación y seguimiento de los niños y adolescentes sobrevivientes de cáncer pediátrico.* . **BOTANA, C., et al.** p. 87-91., s.l. : Med. infant, , 2007, .
25. *Estado nutricional de niños con enfermedades oncológicas en hospital pediátrico de Pinar del Río.* **MARTÍNEZ, Luis Enrique Echevarría, et al.** Pinar del Rio : Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río., 2017, Vols. vol. 21, no 4, p. 453-460.
26. **RODRÍGUEZ-ALVARADO, Amparo Guadalupe, et al.** Calidad de vida en niños con leucemia linfoblástica aguda en el hospital pediátrico de Sinaloa mediante el PedsQL cancer module. s.l. : Rev Med UAS, 2022. Vols. vol. 12, no 1.
27. **VÉLEZ MEDINA, Laura Feliza.** Estudio de la calidad de vida de pacientes pediátricos con cáncer, análisis de las repercusiones de esta patología médica en el estado físico, emocional, social y escolar y su comparación con niños sanos. 2010.
28. *Adherencia a medicación antineoplásica oral en oncología pediátrica. Estudio multicéntrico.* **FARBERMANA, Mgtr Débora.** s.l. : Arch Argent Pediatr, 2021, Vols. vol. 119, no 1, p. 44-50.
29. *Evaluación y control de síntomas en oncología pediátrica: una necesidad que cubrir y un mundo por descubrir.* *Psicooncología,* . **SALAS, Maitane.** 2004, Vols. vol. 1, p. 231-50.
30. *Quimioterapia: efectos secundario.* **FERREIRO, J., et al.s.** no 2, p. 69-74., s.l. : Gaceta Médica de Bilbao, 2003, Vols. vol. 100, .
31. *Alteraciones bucodentales en niños con leucemia linfoblástica aguda bajo tratamiento con quimioterapia.* *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.* **JUÁREZ-LÓPEZ, María Lilia Adriana, et al.** 2018, Vols. vol. 56, no 2, p. 132-135.

ANEXO

Cuestionario Primera parte

Síntomas y Calidad de vida en Pacientes Oncológicos pediátricos y su Familia.

El objetivo de la presente encuesta es tener conocimiento sobre la sintomatología de los infantes y/o adolescentes en relación a una enfermedad oncológica y de qué manera la calidad de vida de su entorno se ve afectada.

Este formulario está diseñado para ser completado por el padre, madre o tutor del niño de manera anónima, ya que el participante es menor de edad. Si usted está de acuerdo en que su hijo sea encuestado, le informamos que los datos recopilados se utilizarán con fines académicos.

La encuesta incluye preguntas de elaboración propia y el cuestionario validado EORTC QLQ-C30 (versión 3).

Criterio de Exclusión: No se aceptarán participantes que no se alimenten por vía oral.

¡Gracias por su colaboración!

1. Género del paciente

- Femenino
- Masculino
- Prefiero no decirlo

2. Edad del paciente

- 0-10 años
- 11-18 años

3. Tipo de Neoplasia del paciente

- Leucemia Linfoblástica Aguda
- Leucemia Mieloblástica Aguda
- Linfoma no Hodgkin

- Tumores sólidos
- Tumores del Sistema Nervioso Central
- Otro.....

4. Tratamiento Clínico actual

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Cirugía
- Trasplante de medula ósea
- Otro.....

5. Hace cuánto está en tratamiento

- Menos de 1 año
- Más de 1 año

6. Síntomas que ha experimentado el paciente más frecuentemente (puede marcar más de una opción)

- Náuseas
- Fatiga
- Pérdida de apetito
- Alteración del gusto (Disguesia)
- Otro.....

7. Signos que ha experimentado el paciente más frecuentemente (puede marcar más de una opción)

- Vómitos
- Sequedad bucal (Xerostomía)
- Diarrea
- Constipación
- Enrojecimiento de la piel (Eritema)
- Disminución de glóbulos blancos (Neutropenia)
- Perdida del cabello (Alopecia)
- Anemia
- Dificultad para deglutir (Disfagia)

- Otro.....

8. ¿Cómo ha sido la ingesta del paciente en las comidas durante y después del tratamiento?

- Aumentada
- Disminuida
- Nula
- Normal

9. ¿Se ha visto afectada la vida diaria familiar?

- Si
- No

10. ¿Cómo es el estado de ánimo de padre/madre/tutor?

.....

11. Tipo de apoyo que le sería beneficioso a la familia

- Psicológico
- Nutricional
- Familiar/Social
- Educativo

Cuestionario Segunda parte.

EORTC QLE-C30 (Versión 3)

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4

