

## SIGNOS Y SÍNTOMAS CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

### Instrucciones:

Analice cada uno de los signos y síntomas y marque solo aquellos que presenta su paciente, seleccionando el nivel de severidad apropiado. Utilice esta herramienta para fortalecer su habilidad en la indagación de signos y síntomas claves en pacientes oncológicos para establecer su severidad y así orientar su tratamiento.

SIGNO/SÍNTOMA	DESCRIPCIÓN DE LA SEVERIDAD		
<b>ANOREXIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si ha perdido el apetito, pero sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si ha perdido el apetito y por esta razón ha comido menos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si ha perdido el apetito y por esta razón no ha comido nada o casi nada, o ha necesitado atención médica.
<b>MUCOSITIS:</b> aftas, inflamación/ Enrojecimiento/ dolor en la mucosa oral	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si presenta dolor, pero sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si debido al dolor ha comido menos o ha cambiado la consistencia de los alimentos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si debido al dolor no ha podido comer o ha necesitado atención médica.
<b>XEROSTOMÍA</b>	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si tiene la boca seca o la saliva espesa, pero sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si continúa con sequedad en la boca y por eso ha cambiado el tipo de alimentación, como aumentar el consumo de líquidos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si debido a la sequedad en la boca no ha podido comer adecuadamente o ha necesitado atención médica.
<b>DISFAGIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si presenta dificultad al pasar los alimentos, pero sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si presenta dificultad al pasar alimentos y por eso ha comido menos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si no ha podido comer nada o ha necesitado atención médica por la dificultad al pasar los alimentos.
<b>DISGEUSIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si la comida le sabe diferente, pero sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si la comida le sabe diferente o no le encuentra sabor o tiene mal sabor y por esta razón ha comido menos o ha tenido que cambiar su alimentación.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si debido a las alteraciones en el gusto no ha podido comer o ha necesitado atención médica.
<b>NÁUSEAS</b>	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si ha tenido náuseas, pero sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si ha tenido náuseas y ha comido menos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si no ha podido comer nada o casi nada por las náuseas.

SÍNTOMA	DESCRIPCIÓN DE LA SEVERIDAD		
VÓMITO	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> De 1 a 2 veces al día.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> De 3 a 5 veces al día.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> 6 o más veces al día.
SACIEDAD TEMPRANA	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si come todo, aunque a veces tenga que hacer pausas o descansos para terminar la comida.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si, por sentirse lleno rápidamente, ha comido menos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si, por sentirse lleno rápidamente, no ha podido comer nada o casi nada, o ha necesitado asistencia médica.
DOLOR ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si ha presentado dolor abdominal que no le produce mayores molestias y sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si debido al dolor abdominal ha comido menos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si ha presentado dolor abdominal grave y por esta razón no ha comido nada o casi nada, o ha necesitado atención médica.
DISTENSIÓN ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si tiene molestias, pero sigue comiendo igual.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si tiene molestias, y por esta razón ha comido menos.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si debido a las molestias no ha podido comer nada o casi nada o ha necesitado atención médica.
DIARREA	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Hasta 4 veces al día Colostomía: hasta 4 veces con respecto a lo normal.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Hasta 5 a 6 veces al día/ Se llena la bolsa de colostomía hasta 5 a 6 veces con respecto a lo normal.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Más de 6 veces al día, no alcanza a ir al baño o no lo puede controlar Colostomía: más de 6 veces con respecto a lo normal.
ESTREÑIMIENTO	<input type="checkbox"/> <b>LEVE</b> Si no produce mayores molestias.	<input type="checkbox"/> <b>MODERADA</b> Si ha cambiado el tipo alimentación o ha usado productos o medicamentos laxantes.	<input type="checkbox"/> <b>SEVERA</b> Si ha necesitado asistencia médica.

Cuente ahora la cantidad de signos y síntomas que están en cada nivel de severidad y valore el estado general de su paciente:

Cantidad total de signos y síntomas	Cantidad total de signos y síntomas con severidad leve	Cantidad total de signos y síntomas con severidad moderada	Cantidad total de signos y síntomas con severidad severa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>