

## Screening Nutricional en en Paciente Pediátrico Oncológico



Nombre y Apellido del paciente _____			
Edad _____	Género _____	Peso (kg) _____	Talla (m) _____
Teléfono _____		Obra social _____	Fecha _____
Diagnóstico clínico _____		Tipo de tratamiento que recibe _____	
Médico de cabecera _____			

### Screening Nutricional

Responda el cuestionario escogiendo la opción adecuada para cada pregunta:

<b>Screening Nutricional- SCAN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿El paciente tiene un cáncer de alto riesgo (pacientes en protocolo de tratamiento de alto riesgo)?	1	0
Actualmente, ¿recibe tratamiento antineoplásico intensivo: quimioterapia, radiación, próxima cirugía gastrointestinal o trasplante de médula ósea?	1	0
Presencia de síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas, constipación, mucositis, enteritis por radiación.	2	0
¿Ha comido menos de lo normal durante la última semana?	2	0
¿Ha perdido peso en el último mes?	2	0
Signos de desnutrición presentes: desgaste muscular visible, edema, piel fina, cabello escaso o evidencia de deficiencia de micronutrientes en específico.	2	0
Sume los puntos subtotales para determinar el riesgo. <b>Total</b>		

**La nutrición del paciente oncológico pediátrico es parte esencial en la valoración global desde el momento del diagnóstico.**

### Evaluaciones y Acciones

Marque con una X la evaluación y acción correspondiente:

**0 a 2 punto: Sin riesgo**

Reevaluar a los 7 días.

**3 a 10 puntos: Riesgo alto**

Evaluación nutricional completa en 24 horas.  
Intervención nutricional. Considerar derivación para soporte nutricional domiciliar.

Firma del Médico/Lic.Nutrición : \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

## Screening Control de Síntomas en el Paciente Pediátrico Oncológico

Responda el cuestionario escogiendo la opción adecuada para cada pregunta:

### 1.-Dolor

¿Presenta dolor?

Sí  
 No

Si la respuesta es afirmativa, señale la intensidad:



Leve                      Moderado                      Severo

Leve de 1-3 = 1 punto.  
 Moderado 4-6 = 3 puntos.  
 Severo: 7-10 = 3 puntos..

Sub Total:.....

Dolor **moderado** a **severo**, requiere derivación a **cuidados paliativos pediátricos**.

### 2.- Estado de Ánimo

¿Siente que su hija/o tiene alteración del estado de ánimo por la enfermedad?

Sí  
 No

Si la respuesta es afirmativa, indique cuál de las siguientes:

Ansiedad = 1 punto.  
 Tristeza = 2 puntos.  
 Enojo = 2 puntos.  
 Falta de interés por el juego = 2 puntos.  
 Miedo = 2 puntos.

Sub Total:.....

NOTA:.....



Firma del médico:.....

Matrícula:.....

### 3.-Estado Funcional

Valore la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía:

**Asintomático:** completamente activo, capaz de realizar las actividades de la vida diaria = 0 puntos.

**Sintomático:** restricción de actividades físicas exigentes (caminar rápido, correr, andar en bicicleta, subir escaleras) = 1 punto.

**Sintomático:** puede realizar por sí mismo algunas actividades que no demanden mucho esfuerzo (jugar sentado, caminar despacio, vestirse o desvestirse) = 2 puntos.

**Sintomático:** en cama la mitad del día, requiere ayuda para algunas de las actividades diarias (vestido, higiene, alimento)= 3 puntos.

**Sintomático:** en cama o silla casi todo el día, no puede realizar casi ninguna actividad sin ayuda = 4 puntos.

Sub Total:.....

Sume los subtotales para determinar la acción correspondiente:

**PUNTAJE TOTAL : .....**

### Evaluaciones y Acciones

Marque con una X la evaluación y acción correspondiente:

**0 a 2 puntos: Riesgo Bajo**

Repetir el screening de control de síntomas en el próximo control médico.

**3 ó más puntos: Riesgo moderado a alto.**

El paciente requiere control de síntomas domiciliarios. **Deriva a cuidados paliativos pediátricos.**