



**ESTADO DEL ARTE SOBRE EL MANEJO FONOAUDIOLÓGICO DEL PROCESO
DE INGESTA DE ALIMENTOS EN EL PACIENTE CON CANCER
OROFARINGEO, 2016**

Presentado por:

VIVIANA ANDREA CASTRO

Código: 0634187

Trabajo de grado para optar al título de:

FONOAUDIÓLOGA

DOCENTE TUTOR:

PATRICIA HELENA GIRALDO JIMENEZ

Fonoaudióloga

Grupo de investigación: Cátedra en discapacidad y rehabilitación

Universidad del Valle

Facultad de Salud

Escuela de Rehabilitación Humana

Programa Académico de Fonoaudiología

Santiago de Cali, 2015-2016

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme culminar una de mis metas, por pulirme durante la realización de esta investigación, por ser mi guía, mí mejor consejero y mi consolador, a él, por permitirme disfrutar cada momento de mi carrera y darme visión para lograr convertirme en profesional; a mi familia esposo e hija por brindarme su apoyo y comprensión durante este proceso. También a mi tutora por su apoyo y por sus aportes desde su experiencia para la realización del presente trabajo y por ser una excelente tutora, compañera y amiga; por ultimo a las personas quienes me acompañaron y compartieron sus conocimientos.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
Preguntas de Investigación.....	9
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	17
MARCO DE REFERENCIA	17
Clasificación del Cáncer.....	19
Síntomas y signos del cáncer.....	23
Tratamiento.....	27
Métodos de rehabilitación.....	34
Disfagia.....	35
Sintomatología de los trastornos de deglución.....	37
Terapia directa e indirecta.....	40
Cambios posturales.....	41
Estrategias compensatorias.....	41
Estrategias facilitadoras.....	42
MARCO LEGAL	51

METODOLOGÍA.....	53
Tipo de estudio.....	53
Enfoque de estudio.....	53
Diseño de estudio.....	53
Técnicas de recolección del estudio.....	54
Instrumento para la recolección de información.....	54
Ruta metodológica.....	54
Criterios de inclusión y exclusión.....	56
Variables del estudio.....	57
Profesión de los autores.....	57
Ubicación.....	57
Año publicado.....	58
Método de nutrición.....	58
Consistencias alimenticias.....	58
RESULTADOS DEL ESTADO DEL ARTE.....	58
Grafica # 1: Artículos escritos en inglés y español	60
Grafica # 2: Publicación de artículos en un periodo de 8 años.....	60
Grafica # 3: Numero de publicaciones por variable.....	61
Grafica # 4: Artículos seleccionados por país.....	63
Grafica # 5: Base de datos seleccionados para la exploración de artículos acorde con el tema de investigación	64

Grafica # 6: Profesionales que aportan a la escritura de los artículos utilizados por la investigación	65
Grafica # 7: Métodos de alimentación en el pre tratamiento.....	66
Grafica # 8: Métodos de alimentación en el pos tratamiento.....	67
Grafica # 9: Consistencias alimenticias en el pre tratamiento.....	68
Grafica # 10: Consistencias alimenticias en el pos tratamiento.....	68
DISCUSIÓN.....	79
CONCLUSIONES.....	87
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIA.....	90
ANEXOS.....	92
Formato de revisión bibliográfica.....	92
Aval comité de ética	143

RESUMEN

En Colombia y en el mundo, el cáncer es la primera causa de muerte no violenta. De acuerdo con los registros del Instituto Nacional de Cancerología (INC), en el período comprendido entre 1995 y 1999, se registraron 61.641 casos nuevos por año (28.137 en hombres y 33.504 en mujeres), siendo el cáncer de próstata, de estómago, de pulmón, de colon y de recto los de mayor incidencia en hombres; mientras que en las mujeres se registra mayor prevalencia en los de cuello uterino, mama, estómago, colon, recto y pulmón.

El proceso de ingesta de alimentos es considerado como una actividad comunicativa que desarrolla el individuo como ser social y que puede verse seriamente afectado desde el diagnóstico del cáncer en una persona, ya sea por las complicaciones inmediatas que suelen presentarse asociadas a desnutrición y deshidratación y porque puede verse comprometido el proceso de ingesta por vía oral, antes y después de los posibles tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas en el individuo. Es para el fonoaudiólogo, dentro de su desempeño profesional, necesaria la identificación de los posibles usuarios, así como el conocimiento de los procedimientos y actuaciones en el manejo del proceso de ingesta de alimentos en el paciente oncológico con disfagia orofaríngea y es por ello que el presente trabajo permite una reflexión a partir de los artículos, investigaciones, ponencias, documentos y guías clínicas que han aportado los diferentes profesionales de la salud en el mundo.

Palabras claves

Disfagia, Fonoaudiología, oncología, métodos de alimentación, deglución Rehabilitación

ABSTRACT

In Colombia and around the world, the cancer is the first cause of dead not violent. According with the registers of the National Institute of Cancerology (INC), at the term

understand between 1995 and 1999, registered 61.641 new cases for year (28.317 between men and 33.504 in women), being prostate cancer, stomach, lung and colon and rectum. The greatest impact on men; while women more prevalent in cervical, breast, stomach, colon, rectum and lung register.

The ingest rectum of feed is considered as one communicative activity, develop the person as social and can be seriously affected by the cancer diagnostic in one person, can be y immediatly complications that can be associated by malnutrition and deshidration because can be compromise at the intake by oral after and before of possible treaments and chirurgie interventions at the person, the possible identification of users, so the knowledge of procedements and performance of managment of feed intake and the oncology patient with orofarigeadisfagy and with this the present let reflexion about articles, investigations, works, documents and clinics guides than contribute the different professionals around the world.

Keywords:

Deglutition, Disorders, Language and Hearing Sciences Medical Oncology, Feeding Methods, Deglutition Rehabilitation.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el marco de atención en Salud propuesto desde la Ley 100 de 1993 que busca el cumplimiento de las expectativas de Salud para todos con unos principios de Eficiencia, Universalidad, Solidaridad e Integralidad, Unidad y Participación, el profesional de pregrado en Fonoaudiología debe estar preparado para desarrollar programas integrales de atención en el desarrollo de las fases de intervención en Fonoaudiología a saber: educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los diferentes niveles de atención en salud.

En el marco de aseguramiento de la calidad, de la atención en salud y el conocimiento de los derechos como seres humanos y aprovechando los derechos constitucionales, se permite la ampliación de cobertura a todos los individuos, dentro y fuera de las salas de hospitalización, aún en los casos de cáncer para generar condiciones dignas de atención de los usuarios en cualquiera de los ciclos vitales y que les permiten acceder a los insumos y servicios solicitados aun en condiciones o no de discapacidad.

El artículo 47 constitucional prescribe que “ El estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a quienes se prestará la atención especializada que requieran” y aunque algunos acceden a ellos a través de las tutelas, la ley 1122 de 2007 realizó ajustes al sistema general de seguridad social en salud, asignando a la Entidades promotoras en Salud de cada régimen la responsabilidad por el cumplimiento de las finalidades del aseguramiento. Es por ello que la función de las EPS y EPS.S es organizar y garantizar directa e indirectamente la prestación del POS, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados. Esto incluye los servicios de atención domiciliaria u hospitalaria, nutrición enteral, complemento nutricional y por ello se hace vital la participación del profesional en Fonoaudiología con un conocimiento amplio del problema en cuestión.

A nivel laboral los egresados reportan que están siendo contratados por instituciones de cuidado en casa, para manejo de la disfagia siendo esta una patología que requiere de especial cuidado en el manejo de los pacientes que la presentan y una preparación especializada para la atención del paciente y su familia. Así mismo la experiencia de los profesionales egresados muestra la necesidad de participación en los niveles dos, tres y cuatro de atención en salud para

la consolidación de equipos interprofesionales en capacidad de prestar atención costo-eficiente y efectiva a los usuarios con trastornos en el proceso de ingesta que requieren atención domiciliaria, en salas de hospitalización general, UCIN o UCI.

En aras de generar una proyección laboral acorde con lo que el medio está ofreciendo, se espera que las Universidades desde el Pregrado dispongan de los recursos necesarios para la preparación académica y profesional de sus estudiantes en el manejo de la Disfagia y para el entrenamiento en el manejo del proceso de ingesta específicamente en la atención del cáncer, ayudando al futuro profesional en Fonoaudiología a conocer la población que pueda requerir de sus servicios, identificar las acciones para las cuales puede ser contratado, manejar con un soporte científico - técnico los procedimientos que debe desarrollar y velar por el cuidado de los seres humanos en cualquiera de las etapas del ciclo vital y con especial atención en la fase terminal.

Se pretende entonces desde el presente trabajo, responder a las siguientes preguntas y sugerir la ampliación de la cobertura científico-técnica que a nivel profesional requiere el estudiante de pregrado o la ampliación de programas de educación continua y formación superior en los niveles de especialización en nuestra universidad, al cambiar significativamente los datos de morbilidad a nivel nacional y regional:

- ¿Según la bibliografía existente cuáles son los profesionales que están aportando al manejo de las alteraciones de la deglución y otros trastornos del proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo – equipo interdisciplinar?

- ¿Según la bibliografía en qué momento del abordaje del cáncer orofaríngeo interviene el profesional en fonoaudiología? ¿Cuáles son los motivos de interconsulta o remisión? ¿qué hace?

JUSTIFICACIÓN

Se estima que en el mundo hay un total de 58,4 millones de personas con cáncer. Según Aibar, Gandur y otros (2005) el cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, se le atribuyen 7.6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente un 13% del total) según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El consumo del tabaco, del alcohol, la mala alimentación y la inactividad física son factores de riesgos importantes. Ciertas infecciones causan un 70% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos y un 9% en los países de ingresos altos. Más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles y se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando y pasarán a los 13.1 millones en el 2030.

En cuanto a la zona en la que se presenta el cáncer de cabeza y cuello.

Mundialmente se estiman en aproximadamente 650.000 nuevos casos de cáncer escamoso de cabeza y cuello (CECyC) diagnosticados cada año, y 300.000 muertes por CECyC, con dos tercios de estos casos originados en países en vías de desarrollo. La incidencia de CECyC es, en general, tres veces mayor en hombres que en mujeres, y en particular, varía de 2:1 hasta 15:1 dependiendo del sitio del cáncer. En Europa, se estima en aproximadamente 130.000 nuevos casos cada año. A nivel mundial, el cáncer de cavidad oral y orofaríngeo corresponde al décimo cáncer más incidente, pero es la séptima causa de mortalidad producida por cáncer. (Cardemil, 2014)

Durante las últimas décadas, las tasas de incidencia de cáncer de cavidad oral han disminuido significativamente entre hombres y mujeres en Asia, América del Norte y Australia, y entre los hombres en Europa meridional y occidental. Las tasas aumentaron entre hombres y mujeres en varios países del este y el norte de Europa y entre las mujeres en Europa meridional y occidental, que refleja en gran medida la epidemia de tabaquismo en curso. Sin embargo, las tasas de incidencia de cáncer de sitios orales relacionadas con las infecciones por VPH (es decir, la orofaringe, las amígdalas, y la base de la lengua) están aumentando en algunos de estos países. (Torre & Bray, 2012) .

Por otro lado Cardemil (2014) expone que a nivel mundial, “los carcinomas de cavidad oral y faringe dan cuenta del 75% de los cánceres de cabeza y cuello. Durante la década de los noventa, la incidencia de cáncer de amígdala y de base de lengua aumentó en el mundo, sobretudo en personas menores de 45 años, cambio epidemiológico atribuido al aumento de la prevalencia de portación de virus papiloma humano en orofaringe”.

En cuanto a la distribución de la incidencia por países se ha identificado que para Estados Unidos los cánceres de cabeza y cuello, que incluyen la cavidad oral, laringe, faringe, glándulas salivales y nariz o senos paranasales, representan aproximadamente el 3,2% de la incidencia de todos los casos de neoplasias malignas y el 2,2% de la mortalidad por cáncer (Cardemil, 2014), aunque para Alegría (2009) hay una variación de los carcinomas de cavidad oral entre el 2 y el 4% en relación a todos los tumores malignos. En el caso de México se identificó un estudio para Michoacán en el que el “cáncer de cabeza y cuello (CCC), siendo este el tercer tipo de cáncer más frecuente y representa el 12% de las defunciones” (L. E. García Rojas Vázquez, 2013), en este mismo estudio se especifica que “el incremento de la

desnutrición en un paciente con CCC se ha relacionado con el aumento de la mortalidad (L. E. García Rojas Vázquez, 2013).

De acuerdo con a la evaluación de incidencia y mortalidad por la GLOBOCAN. Se aprecia que la mayor incidencia de cáncer escamoso de cabeza y cuello CECyC (considerando cáncer de labio y cavidad oral, orofaringe e hipofaringe, y laringe) se observa en Papúa Nueva Guinea con 29,1 casos por cada 100.000 habitantes, Hungría con 23 casos por cada 100.000 habitantes, y Melanesia con 22,3 casos por cada 100.000 habitantes. La mayor incidencia de América del Sur se aprecia en Brasil, con 10,9 casos por cada 100.000 habitantes. En la Tabla 1 se detalla la incidencia y mortalidad en regiones del mundo estandarizada por edad, de cáncer de labio y cavidad oral, orofaringe e hipofaringe, y laringe. En Chile, la incidencia poblacional de cáncer de laringe es 1,2 casos por cada 100.000 habitantes, de labio y cavidad oral es 1,3 casos por cada 100.000 habitantes, y de orofaringe e hipofaringe es 0,5 casos por cada 100.000 habitantes. De la misma forma, la mayor mortalidad ajustada por edad de CECyC se observa en Papúa Nueva Guinea y Bangladesh, con 19 y 15 casos por cada 100.000 habitantes respectivamente, siendo Brasil el país con mayor mortalidad por CECyC de América del Sur (6,1 casos por cada 100.000 habitantes). En Chile, la mortalidad ajustada por edad para cáncer laríngeo fue 0,7 casos por cada 100.000 habitantes (prácticamente igual a la estimación previa), para cáncer de labio y cavidad oral fue 0,6 casos por cada 100.000 habitantes, y orofaringe e hipofaringe 0,4 casos por cada 100.000 habitantes³⁵. En la Tabla 2 se detalla la incidencia y mortalidad estandarizada por edad, en Chile, de cáncer de labio y cavidad oral, nasofaringe, orofaringe e hipofaringe, y laringe. (Cardemil, 2014)

Tabla 1. Incidencia y mortalidad estandarizada por edad, por sexo, en regiones del mundo de cáncer de labio y cavidad oral, orofaringe e hipofaringe, y laringe

Región	Incidencia en hombres	Incidencia en mujeres	Mortalidad en hombres	Mortalidad en mujeres
América Central	7,6	2,5	3	0,9
América del Norte	15,4	5,1	3,6	1
América del Sur	13,4	3,6	7,7	1,5
África	7,1	2,9	4,5	1,9
Asia	11,5	3,6	7,3	2,2
Europa	19	3,9	8,7	1,2
Oceania	15,6	6,3	5	2,3
Mundo	12,7	3,7	6,9	1,9

1

Tabla 2. Incidencia y mortalidad estandarizada por edad, por sexo, de carcinoma escamoso de cabeza y cuello, en Chile

Subsitio	Incidencia en hombres	Incidencia en mujeres	Mortalidad en hombres	Mortalidad en mujeres
Labio y cavidad oral	1,6	0,8	0,8	0,3
Nasofaringe	0,1	0	0,1	0
Faringe (oro e hipofaringe)	1	0,1	0,7	0,1
Laringe	1,8	0,2	1,4	0,2

2

En nuestro país Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (INC) durante el periodo del 2010 se presentaron 170 casos nuevos con tumores de cabeza y cuello, de los cuales 142 (83,5%) fueron carcinomas escamocelulares. (Cadena & Guerra, 2014).

¹ **Tabla 1:** Tasas estandarizadas por edad por cada 100.000 habitantes. Fuente: Globocan 2012. *International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO)*, <http://globocan.iarc.fr>.

² **Tabla 2:** Tasas estandarizadas por edad por cada 100.000 habitantes. Fuente: Globocan 2012. *International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO)*, <http://globocan.iarc.fr>.

Según datos estadísticos de la OMS 2014:

"(...) Realizo una descripción hipotética al deducir que, el 70% de las muertes ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, al representar muertes de 33.450 personas por cáncer en Colombia, mientras que el 16.9% de las muertes nacionales en un país en conflicto; 16.381 decesos masculinos y 17.069 femeninos. De 100.000 hombres y 100.000 mujeres, 72.9% y 74.1% mueren respectivamente, siendo el cáncer más común en mujeres, y en hombres más mortandad. (..)

A nivel local, Durante el periodo 1962-2007 se registraron 1.637 casos nuevos de cáncer oral en Cali (Colombia); 51.1% ocurrieron en cavidad oral; 25.2% en región orofaríngea y 23.7% en glándulas salivares. Sin embargo el cáncer oral entre el año 2007 -2011 fue el más común de la región de cabeza y cuello, afectando sobre todo a hombres, el 75% de los casos detectándose alrededor de los 60 años y el 90% correspondieron a carcinoma escamocelular oral (CEC). (Ordoñez & Aragón, 2014).

Con el fin de lograr mayor impacto, el Instituto Nacional de Cancerología propuso un modelo, para el control del cáncer en Colombia, orientado a disminuir la carga de esta enfermedad, mediante la reducción del riesgo (incidencia), la reducción del número de muertes (mortalidad) y el incremento en la calidad de vida para quienes tienen la enfermedad. El modelo define fines (control del riesgo, detección temprana, tratamiento y rehabilitación, cuidado paliativo), ámbitos de acción (políticas públicas, comunidad, servicios de salud) y herramientas (comunicación, educación, movilización social), abordados con base en información y conocimiento (gestión del conocimiento), a partir de la vigilancia en salud pública, del análisis situacional del cáncer y de la investigación.

De acuerdo con la clasificación morfológica del tumor se encontraron 1.197 casos de CEC, 117 linfomas y 323 casos entre sarcomas y adenocarcinomas. El CEC fue el subtipo histológico más frecuente de los tumores malignos orales 79.1% y de orofaringe 76.2%. En glándulas salivares predominó el adenocarcinoma 57%, 10% de los tumores malignos fueron linfomas y sólo 26.1% carcinomas escamocelulares. De los subtipos específicos de adenocarcinoma, los más frecuentes fueron: el carcinoma adenoide quístico 14.9%, el carcinoma mucoepidermoide 11.3% y el tumor de células acinares 6.7%. Del total de linfomas (n=117), la mitad ocurrieron en orofaringe, 51.3%, principalmente en amígdala, una tercera parte en glándulas salivares 33.3% y sólo 15.4% en cavidad oral. (Ordoñez & Aragón, 2014)

En este sentido la incidencia muestra que hay una prevalencia importante del cáncer de cabeza y cuello en la población mundial. Panorama poblacional que podría significar una demanda importante de servicios de atención en rehabilitación para el manejo de las alteraciones de la deglución y otros trastornos de ingesta de alimentos asociadas al cáncer orofaríngeo, en diversos escenarios como hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel, centros médicos, atención domiciliaria y hogares para adultos.

Las alteraciones de la deglución y otros trastornos del proceso de ingesta de alimentos como la disfagia están relacionados con la alteración mecánica y neurogénica de la cavidad oral y la faringe haciendo difícil la ingestión segura de los nutrientes esenciales para la subsistencia del ser humano” Ortiz M. Sepúlveda A. (2004). Según Villares M. (2003), la incidencia de la disfagia en una serie de 50 pacientes oncológicos de cabeza y cuello fue del 21%, teniendo en cuenta que por localizaciones ningún paciente con cáncer de cavidad oral presentaba disfagia. Presentaron disfagia el 12% (1/8) de los pacientes con cáncer de orofaringe, el 23% (3/13) de hipofaringe y el 30% (7/23) De acuerdo a la información

establecida se plantea que las alteraciones de la deglución y otros trastornos del proceso de ingesta de alimentos deben ser consideradas al momento de evaluar la calidad de vida del paciente, sobre todo en los casos de cáncer orofaríngeo, pues pueden presentar alteraciones antes, durante y después del tratamiento del cáncer. Los pacientes con cáncer orofaríngeo presentan complicaciones como la penetración y aspiración de alimento por vía aérea, la deshidratación, la malnutrición, desnutrición asociadas al tratamiento de estas personas que de no ser manejadas oportunamente pueden conllevar a una muerte más precoz.

La morbilidad relacionada con la disfagia y el Cáncer puede convertirse en una preocupación mayor para todas las personas que giran en torno al trastorno.

Cabe aclarar que según lo mencionado anteriormente la incidencia de estas patologías incrementa con el tiempo, por tal motivo aumenta la demanda del profesional en fonoaudiología en las salas de hospitalización y en las entidades de atención domiciliaria para la intervención de la disfagia.

Desde el manejo terapéutico se encuentran guías de manejo de la disfagia generalmente de pacientes neurológicos que apuntan hacia las diversas técnicas de intervención, incluyendo técnicas compensatorias, modificación de consistencias en los alimentos y cambios en los volúmenes de los bolos; pero en general, ninguna guía encontrada en la búsqueda de este estudio brinda claridad y especificidad en cuanto a las consistencias que se deben manejar según las etapas del cáncer, la fase del tratamiento quirúrgico, de radioterapia o quimioterapia y las fases del proceso de ingesta involucradas; generando ambigüedad en las estrategias para elegir las consistencias para la dieta y la adecuada alimentación oral.

Es para el estudiante de fonoaudiología egresado de la Universidad del Valle una necesidad la identificación del Estado del Arte sobre el manejo fonoaudiológico del proceso de ingesta de alimentos en el paciente con cáncer orofaríngeo, para el desempeño eficiente de su labor profesional

OBJETIVOS

Objetivo general

- Explorar el proceso de intervención fonoaudiológica en el manejo del proceso de ingesta de alimentos en el paciente oncológico adulto con disfagia orofaríngea.

Objetivos específicos

- Señalar los profesionales que están aportando al manejo de las alteraciones de la deglución y otros trastornos del proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo.
- Identificar los momentos y acciones de intervención del profesional en fonoaudiología en el manejo de las alteraciones de deglución y otros trastornos del proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo.

MARCO DE REFERENCIA

Según la sociedad Americana de cáncer, American Cancer Society, el cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada, en lugar de morir, formándose nuevas células anormales. En la mayoría de los casos, estas células pueden formar un tumor, invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer.

El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa, esto sucede cuando hay una alteración en el ADN. De acuerdo a lo anterior, una de las causas posibles de estas alteraciones en el ADN, puede darse por diversos factores, bien sea externos como: infecciones, mala alimentación, sustancias químicas, tabaco y/o por factores internos como: hormonas, problemas inmunológicos.

The American Society, expone algunas pruebas objetivas combinadas para la detección, diagnóstico e intervención del cáncer o la posible aparición de metástasis: biopsia, endoscopia, CT- Tomografía axial computarizada, MRI- Resonancia Magnética, Radiografía Tórax y/o PET- Tomografía Emisión de Positrones. Sin embargo, desde lo subjetivo hay profesionales de la salud como médicos y odontólogos que suelen detectar la presencia de un cáncer durante los controles de rutina, por medio de la palpación del cuello, los labios, las encías, base de lengua, las mejillas, nariz, laringe y los ganglios linfáticos del cuello; de manera que cuando identifican una anormalidad se inicia la ruta de atención pertinente para descartar un posible cáncer.

Según la Organización Mundial de la Salud, la detección temprana es un factor importante para reducir la mortalidad del cáncer y así mismo lograr detectar y tratar a tiempo la enfermedad, obteniendo pronto conocimiento de los síntomas y signos iniciales. Un diagnóstico a tiempo es importante en especial cuando no hay métodos de cribado eficaces, es decir, una valoración completa del estado nutricional de las personas, como puede ocurrir en muchos entornos de escasos recursos donde no se aplican las intervenciones de valoración nutricional y tratamiento, por lo que estos pacientes terminan siendo diagnosticados en estadios muy tardíos y no se puede hacer nada para tratar a estos pacientes.

El cáncer es una enfermedad que puede padecer cualquier persona y el riesgo está en no saber cómo manejarla o simplemente en no detectarse a tiempo, porque al ser progresiva trae consigo diferentes síntomas que pueden ir degradando poco a poco la calidad de vida de las personas que la padezcan.

CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER

Si bien el objetivo del estado del arte del presente trabajo se centra en el cáncer orofaríngeo es necesario conocer la clasificación de las neoplasias. Los cánceres se pueden clasificar por su origen o por el tipo de tejido. Al hablar del sitio primario se hace referencia a la aparición inicial de cánceres de pecho, pulmón, próstata, hígado, riñón, cavidad oral, cerebro, etc. Según el tejido afectado los cánceres de tejido se clasifican en: Carcinoma, sarcoma, mieloma, leucemia, linfoma, adenoma, etc.

CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER POR TEJIDOS	
LINFOMA	Cáncer que comienza en las células llamadas linfocitos hace parte del sistema inmunológico del cuerpo, como las amígdalas y base de la lengua, en la que se pueden producir infecciones. Los ganglios linfáticos crecen como reacción a una infección, denominados nódulos reactivos o nódulos hiperplásicos y son, con frecuencia, dolorosos al tacto. (SOCIETY, 2014)
SARCOMA	Estos cánceres se originan en los tejidos blandos del cuerpo como los músculos, tendones, grasa, vasos sanguíneos, nervios y tejidos alrededor de las articulaciones, formándose células malignas, por medio de una inflamación o un bulto, siendo estos más comunes en la cabeza, el cuello, brazos, piernas, tronco y abdomen, la forma más común para tratar este tipo de cáncer es con cirugía. (NCI, Sarcoma de tejido blando en adultos, 2016)
MIELOMA	Se origina en las células del plasma de la médula; es un tipo de cáncer de sangre que puede presentar manifestación de insuficiencia renal, anemia y lesiones osteolíticas. Un estudio Chileno reveló que hay personas quienes han muerto precozmente en el curso de esta enfermedad o antes de ser diagnosticados, en su mayoría por infecciones, principalmente neumonías. (Guillermo & Gaston, 2007).
LEUCEMIA	Cáncer que se origina en la sangre, afectando la médula, encargada de producir glóbulos blancos. Cuando la medula es cancerígena, los glóbulos blancos no maduran lo suficiente y se presenta una proliferación excesiva de leucocitos o glóbulos, haciendo que estos no puedan realizar sus funciones usuales, exponiendo al paciente a infecciones propensas. El tratamiento para esta

	enfermedad es con radioterapia y quimioterapia. (NCI, Sarcoma de tejido blando en adultos, 2016)
CARCINOMA CABEZA Y CUELLO	El carcinoma epidermoide, también llamado epitelioma espinocelular o carcinoma de células escamosas, es la neoplasia más frecuente de la cavidad oral. Esta neoplasia epitelial surge del epitelio mucoso pavimentoso de la cavidad oral, estableciéndose un crecimiento celular anárquico que acaba rompiendo la membrana basal e invadiendo el estroma conjuntivo subyacente, es decir, los elementos celulares que conforman un órgano. Una vez se produce rotura de la membrana basal, se habla de carcinoma invasor, este puede clasificarse en la diferenciación tumoral, que analiza la consistencia morfológica del tumor y establece la menor o mayor similitud con respecto al epitelio malpighiano normal del que deriva. Los carcinomas se clasifican en tres grados, epidermoides bien diferenciado, moderadamente diferenciado y poco diferenciado. Además, existen carcinomas verrugosos – tipo carcinoma de células escamosas originado en boca, que se pueden propagar fácilmente en otras áreas del organismo, por lo que debe ser extirpado de inmediato. Existiendo de igual manera los carcinomas de glándulas salivales, producidas en el revestimiento de la boca y de la garganta, siendo estas células benignas. (Alegria, 2009) El carcinoma epidermoide es la variedad más maligna. En la parótida sólo corresponde entre el 0,3% y el 0,8% de los tumores. Es altamente metastásico, infiltra la piel y los planos profundos e invade precozmente el nervio facial. Se localiza más frecuentemente en la glándula submaxilar donde representa aproximadamente el 3,5% de los tumores; sin embargo tiene un comportamiento más agresivo en la parótida. (Arias, 2008)

Los cánceres de cabeza y cuello, comienzan generalmente en las células escamosas que cubren las superficies húmedas y mucosas del interior de la cabeza y del cuello, estructuras como, boca, nariz y garganta. Este cáncer se denomina carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. Aproximadamente el 90% de los procesos malignos de la boca son carcinomas epidermoides. El resto de lesiones primarias corresponden a carcinomas de tejidos glandulares salivales y lesiones de otros tejidos como sarcomas y linfomas. (Arias, 2008).

Los carcinomas de cabeza y cuello se categorizan, a su vez de acuerdo a la zona en la que se podrían estar presentando las células cancerosas. Posteriormente se explicarán algunas de las áreas que se puede ver afectadas por estas células.

CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA – NEOPLASIAS	
CAVIDAD ORAL	El cáncer oral se describe clásicamente como una tumoración ulcerada indurada o como una úlcera dolorosa o no acompañada de adenopatías cervicales. La imagen clínica de estas lesiones iniciales suele ser de una placa de color rojo, en general menor de 2 centímetros, asociada a veces con lesiones de color blanco. La superficie es lisa o un poco elevada. Los cambios de textura como rugosidad, granulosidad, ulceración o induración son indicativos de que la lesión es maligna. Una lesión de color rojo es más frecuente que sea maligna que una de color blanco. (Alegría, 2009)
OROFARINGEO	Los carcinomas orofaríngeos se inician en un tracto faríngeo comprendido entre dos planos topográficos, paralelos y horizontales que pasan por el velo del paladar y por el hueso hioides De acuerdo con las sublocalizaciones de los carcinomas orofaríngeos, estos están clasificados de la siguiente manera: Tumor de amígdala palatina que afecta exclusivamente al órgano orofaríngeo, tumor de la región amigdalina, que incluye la amígdala y sus pilares, tumor del velo paladar, los tumores de la vallecula y del repliegue glosó epiglotico, estos pueden ser incluidos en la orofaringe o cuando hay implicación de la epiglotis considerándolos como tumor laríngeo extendido a la base de la lengua y por ultimo está el tumor de la pared faríngea posterior, en un tracto comprendido entre el velo del paladar y un plano que pasa por el hioides El carcinoma epidermoides en sus diferentes variantes, es el tipo histológico más frecuente de cáncer Orofaringe siendo este bien diferenciado, mientras que los carcinomas epidermoides como el carcinoma verrugoso y el carcinoma sarcomatoso son poco diferenciados y con menor frecuencia en prolongarse. (Alegría, 2009)
NASOFARINGEO	Se origina habitualmente en la fosa de Rosenmuller, a partir de aquí el tumor puede extenderse localmente en dirección: anterior, hacia la fosa nasal, superior hacia el suelo del seno esfenoidal, y a través del <i>foramen lacerum</i>, al seno cavernoso, anterosuperior hacia las celdas etmoidales y la órbita, Lateral hacia el espacio parafaríngeo y fosa pterigopalatina. También se realiza infiltración tumoral a lo largo de la trompa de Eustaquio, a través de las fascias musculares periestafilinas e inferior hacia la orofaringe. Al presentarse dificultades en la trompa de Eustaquio puede causar una disfunción obstructiva generando alteraciones en el oído medio, en forma de una otitis media secretora, sospechándose de un carcinoma rinofaríngeo.
FARINGE	La mayoría de los tumores malignos en la topografía faríngea son carcinomas. Por tanto se hará referencia a dos de ellos. <i>Carcinoma Rinofaríngeo:</i> la mayoría de estos tumores surgen a partir del epitelio escamoso estratificado que, en la rinofaringe, corresponde aproximadamente al 60% de la superficie de recubrimientos; el resto del epitelio es pseudo estratificado columnar (epitelio respiratorio). Estas neoplasias muestran diferentes grados de diferenciación, con un

	origen preferente en el epitelio próximo a la fosa de Rosenmuller y el rodete tubárico. Existe un hallazgo común en la población de alto riesgo y es el consumo desde muy temprana edad de alimentos conservados. <i>Carcinoma Hipofaringeo:</i> se asienta en una o varias subregiones de la faringe en un tracto comprendido entre un plano horizontal que pasa por el hioides y otro que lo pasa por el esfínter esofágico superior, este carcinoma puede hallarse en tres localizaciones: seno periforme (el más frecuente), región retocricoidea, y pared posterior hipofaringea.
GLANDULAS SALIVALES	En las glándulas salivales pueden aparecer procesos tumorales los cuales son en su mayoría de origen epitelial, otros derivan de acinos (células protectoras de leche) y conductos de las glándulas. La mayor frecuencia en la aparición de tumores se observa en las parótidas (80%), el resto se reparte en las glándulas submaxilares, sublinguales y menores. Igualmente, los estudios estadísticos indican una mayor proporción de tumores benignos en las parótidas (60%-80%), en relación con las otras glándulas, donde encontramos mayor proporción de procesos malignos. La distribución, en orden de mayor a menor prevalencia, de los tumores en las diferentes glándulas salivales, es: 80% ocurren en la parótida, donde 2/3 son benignos, luego está la glándula submaxilar con un 50% benigno y 50% malignos, y finalmente la sublingual donde aproximadamente el 65% son malignos. Entre las glándulas salivales principales, la parótida es la localización más común del adenoma pleomorfo, este puede aparecer, en cualquiera de las glándulas principales o en las accesorias distribuidas en toda la boca. Este adenoma suele ser móvil y normalmente no produce ulceración de la mucosa que las cubre, es un poco más frecuente en mujeres que en hombres. (Arias, 2008)

De acuerdo a lo anterior se expondrá la clasificación por etapas o estadificación, proceso que determina hasta dónde se puede llegar a propagar el cáncer.

El pronóstico para las personas con cáncer depende de estos estadios o fase del cáncer. Los cánceres se clasifican por etapas según los resultados de los exámenes físicos, de la endoscopia, de las biopsias y de los estudios por imágenes como se mencionó anteriormente. El sistema de estadificación TNM es una forma estándar que emplean los médicos para

describir y resumir hasta qué punto se ha propagado el cáncer en un paciente. El sistema más común usado para describir la extensión de los tipos de cáncer orofaríngeo y de cavidad oral es el Sistema TNM (Tumor, Ganglio, Metástasis) del Comité Conjunto Americano sobre el Cáncer (AJCC, siglas en inglés).³

SINTOMAS Y SIGNOS DEL CANCER OROFARINGEO

El presente apartado pretende dar a conocer señales y síntomas posibles de acuerdo a los tipos de cáncer ya mencionados, los cuales pueden incluir: Un síntoma frecuente correspondiente a una llaga en la boca que no se cura, constante dolor en boca, bulto o engrosamiento en la mejilla, área blanca o roja sobre las encías, lengua, amígdalas o el revestimiento de la boca, dolor y/o sensación de cuerpo extraño en la garganta, dificultad para masticar o tragar, dificultad para mover la mandíbula o la lengua, entumecimiento de la lengua u otra área de la boca, inflamación de la mandíbula que hace que las dentaduras postizas no se adapten como es debido o se sientan incómodas, aflojamiento de los dientes o dolor alrededor de los dientes o en la mandíbula, cambios en la voz, bulto o masa en el cuello, pérdida de peso, halitosis constante, entre otros. Muchos de estos signos y síntomas pueden también ser causados por otras dolencias diferentes al cáncer, o incluso por otros tipos de cáncer. (American, Oral Cavity and Oropharyngeal, 2014)

En el cáncer *Orofaringeo*, el síntoma más frecuente es la disfagia unilateral, luego con el paso del tiempo aparece un segundo síntoma, la odinofagia, que es homolateral a la disfagia. Con posterioridad puede aparecer, otalgia unilateral, homolateral a la disfagia y a la odinofagia, ocasionando a la vez sialorrea y expectoración de moco. En fases avanzadas, es frecuente la aparición de aliento fétido debido a la necrosis tumoral. Más tarde aparecen síntomas

indicativos de un crecimiento tumoral muy notable; hay trismus por contractura y/o una infiltración por musculatura pterigoidea, y también surge la llamada voz amigdalina, producida por una alteración de la resonancia de la voz, debido a la ocupación de espacio tumoral en la orofaringe. Cuando el tumor afecta gravemente la base de la lengua, se produce homolateralmente a los síntomas indicados una infiltración del nervio hipogloso con la parálisis unilateral de la lengua. (Alegría, 2009)

Los cánceres de la *base de la lengua* pueden crecer según un patrón infiltrante o exofítico. A causa de que la base de la lengua carece de fibras de dolor, estos tumores suelen ser asintomáticos hasta que ya han evolucionado de manera significativa, causando dolor, disfagia, pérdida de peso, otalgia como reflejo secundario al compromiso del nervio craneal, trismo secundario al compromiso del músculo pterigoideo, fijación de la lengua por infiltración muscular profunda y masa en el cuello. (NCI, Cancer Orofaringeo - Tratamiento, 2016)

Por otro lado en el carcinoma *nasofaríngeo* se originan síntomas como obstrucción nasal unilateral o bilateral, epistaxis y rinorrea. Cuando hay afectación de la trompa de Eustaquio se produce una disfunción obstructiva que genera alteraciones en el oído medio, en forma de una otitis media secretora. En un paciente adulto, la hipoacusia por otitis media secretora y la rinorrea sanguinolenta debe hacer sospechar un carcinoma rinofaríngeo. La extensión hacia la base del cráneo y el endocráneo produce paresia y más tarde, parálisis de los pares craneales V y VI, con síntomas como cefalea, diplopía, algia facial y parestesias faciales. También puede aparecer sintomatología como disfonías y alteraciones de la deglución, la afectación de la musculatura pterigoidea, que se manifiesta en trismus (dificultad o imposibilidad para abrir la boca). (Alegría, 2009)

En cuanto al *carcinoma rinofaríngeo*, un factor de riesgo asociado tiene que ver con el consumo desde edad temprana de alimentos en conserva, entre ellos está el pescado seco, los vegetales conservados en sal, los huevos fermentados, las grasas conservadas a temperatura ambiente y varios tipos de pastas de alubias u otros alimentos conservados con especias. La ingesta de estos alimentos suele asociarse, además, con un déficit de alimentos frescos ricos en sustancias protectoras, como la vitamina C, que es un inhibidor de la formación de nitrosaminas y carotenos. Se ha observado que estos alimentos conservados en diferentes culturas que constituyen los mayores grupos de riesgo, presentan constituyentes comunes de carcinógenos o de sus precursores, como las nitrosaminas y las sustancias activadoras del virus de Epstein-Barr. (VEB) Herpes tipo 4, infección de alta prevalencia en adultos. (Alegría, 2009)

En el caso de los tumores malignos de las *Glándulas salivales* el paciente suele relatar la aparición de un nódulo pequeño, indoloro e inactivo que en forma lenta comienza a aumentar de tamaño, a veces con crecimiento intermitente. El adenoma pleomorfo, es particularmente de la glándula parótida es, en forma típica, una lesión que no presenta fijación a los tejidos más profundos ni a la piel que lo cubre. Suele ser una lesión nodular irregular de consistencia firme, aunque a veces se palpan zonas de degeneración quística, cuando es superficial. Es raro que la piel se ulcere pese a que estos tumores alcanzan un tamaño enorme, al punto que se han registrado lesiones de varias libras de peso. El dolor no es un síntoma común del adenoma pleomorfo, pero el malestar local es frecuente. La lesión del nervio facial manifestada en la parálisis facial es rara, como podría esperarse de un tumor benigno de la glándula parótida. Debido a que este tumor dificulta la masticación, la fonación y la respiración del paciente se detecta y trata antes que los tumores de las glándulas principales. Las glándulas palatinas son el asiento frecuente de tumores de este tipo, al igual que las glándulas de los labios. Dentro de la boca es más común encontrarlo en el paladar duro, seguido del labio superior y la mucosa

bucal. El adenoma pleomorfo palatino puede estar fijo al hueso subyacente, pero no es invasor. En otros sitios el tumor suele moverse libremente y es fácil de palpar. (Arias, 2008) Además, durante y después del tratamiento de radioterapia también pueden presentarse algunos síntomas, tales como eritema, irritación y llagas en la boca, xerostomía o sequedad de la boca o saliva espesa; disfagia, anosmia o alteraciones en el olfato, disgusia o alteraciones en el sentido del gusto y/o la sensibilidad y náuseas. Otros problemas que pueden presentarse son la caquexia (extrema desnutrición) y dolor de oído (causado por cerumen endurecido). Los pacientes pueden notar también edema o flacidez de la piel debajo del mentón, y cambios en la textura de la piel. La mandíbula se puede sentir rígida, y es posible que los pacientes no puedan abrir la boca tanto como lo hacían antes del tratamiento; la mucositis o exposición del epitelio, es otro síntoma que generalmente se produce de 2 a 3 semanas después de iniciar la radioterapia, su incidencia depende del número total de dosis y de la duración de la radioterapia, así como si hay quimioterapia concomitante o no. Los cambios en la mucosa se muestra como zonas de enrojecimiento, edema, descamación del epitelio, úlceras orales, fibrosis muscular, fragilidad capilar, disminución en el potencial de reparación de los tejidos, mayor incidencia de infecciones, hemorragias y dolor difuso. (Arias, 2008).

En cuanto al tratamiento por quimioterapia, los medicamentos que funcionan contra las células cancerosas, también pueden afectar a otras células del cuerpo, como las de la médula ósea, el revestimiento de la boca e intestinos, así como a los folículos del cabello. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo y de la dosis de los medicamentos suministrados y del tiempo que se tomen. Estos efectos secundarios pueden incluir, caída del cabello, úlceras en la boca, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, diarrea y bajos recuentos sanguíneos. La quimioterapia también puede afectar las células productoras de sangre de la médula ósea, causando un recuento bajo de células sanguíneas y por ende que se presente

aumento de infecciones (debido a los bajos niveles de glóbulos blancos), tendencia a desarrollar moretones o presentar sangrados fácilmente (a causa de bajos niveles de plaquetas), cansancio (debido a bajos niveles de glóbulos rojos).

Por otro lado, existen algunos medicamentos para la quimioterapia que se puede usar solo o combinado con otros medicamentos para reducir el tamaño de los tumores con más eficacia, sin embargo este tratamiento puede causar factores secundarios. Una combinación usada comúnmente es cisplatino y 5-FU, usado comúnmente para la reducción del cáncer de cavidad oral y de orofaringe. El 5-FU, puede causar a menudo diarrea, síntoma tratado con medicamentos como loperamida. El cisplatino, el docetaxel y el paclitaxel, causando su vez daño en los nervios (*neuropatía*), lo que puede producir adormecimiento y hormigueo en manos y pies. En la mayoría de los casos estos efectos se disminuyen una vez que finaliza el tratamiento, pero en algunas personas pueden durar mucho tiempo. El cisplatino puede causar daño renal. Como parte de las prevenciones a estos síntomas secundarios, al paciente se le administra gran cantidad de líquidos por vía intravenosa antes y después de cada dosis. (American, Oral Cavity and Oropharyngeal, 2014).

TRATAMIENTO

La atención de los pacientes que cursan con una patología maligna debe ser brindada desde un enfoque integral contando con un equipo multidisciplinar construido por un oncólogo, un cirujano plástico, un nutricionista, un prostodoncista, una trabajadora social, enfermera y fonoaudiólogo, además de la colaboración familiar, que es determinante para la recuperación psicosocial del paciente (Arias, 2008).

La American Cancer Society menciona que el plan de tratamiento para cada paciente depende de un número de factores, tales como la ubicación exacta del tumor, la estadificación del cáncer, la edad y la salud general de la persona. El tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello incluye, radioterapia, quimioterapia, cirugía, terapia dirigida y tratamiento paliativo o en ocasiones una combinación entre quimioterapia y radioterapia específicamente para cáncer orofaríngeo.

Según la gravedad y el tipo del tumor, se determina la necesidad de radioterapia o quimioterapia con el fin de disminuir el tamaño de la lesión y en caso de requerir intervención quirúrgica disminuir la afectación o la extensión de la disección con el procedimiento.

La cirugía y radioterapia son los dos procedimientos más utilizados en el tratamiento de los carcinomas de la cavidad oral, bien sea asociada o aisladamente. La quimioterapia es la tercera forma de tratamiento, reservándose en general para casos avanzados en los que la cirugía sería muy mutilante. También se utiliza como tratamiento paliativo para mejorar la función y la calidad de vida del paciente cuando la neoplasia está en un estadio muy avanzado.

A continuación se describen 3 tipos de tratamiento, radioterapia, quimioterapia, quirúrgico y cómo son usados para los cánceres de cabeza y cuello, específicamente cavidad oral, orofaríngeo, rinofarínge y glándulas salivales.

TRATAMIENTO PARA CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO		
RADIOTERAPIA	CAVIDAD ORAL	La radioterapia es un tratamiento que cada vez se ha empleado más como modalidad terapéutica en los carcinomas orales. La técnica más utilizada es la cobaltoterapia con dosis de 4.500-7500 rads, fraccionada en dosis diarias de 180-280 rads. Otra modalidad terapéutica es la implantación de materiales radioactivos en el seno del tumor, para que su efecto sea más local. Suelen utilizarse los de radio e iridio. La radioterapia puede utilizarse antes de la intervención o posquirúrgicamente. Las ventajas de la segunda con respecto a la primera incluyen una menor morbilidad operatoria, una comprobación de límites más significativos en el acto quirúrgico, y un conocimiento de la diseminación tumoral con vistas al tratamiento radioterápico. (Alegría, 2009)
	OROFARINGEO	La radioterapia constituye junto con la cirugía y la quimioterapia una de las principales modalidades de tratamiento tumoral orofaríngeo. Dependiendo de la intencionalidad con la que se aplique la radioterapia en los carcinomas orofaríngeos se puede diferenciar: <i>Radioterapia neoadyuvante</i>, cuando se aplica como tratamiento inicial, con la finalidad de disminuir el tamaño tumoral. <i>Radioterapia con finalidad Radical</i>, se administra como tratamiento curativo, sin intención de complementarla con otros tratamientos. <i>Radioterapia Adyuvante</i>, se indica después de un tratamiento quirúrgico previo con el objetivo de consolidar dicho tratamiento, es la modalidad más utilizada en el carcinoma orofaríngeo. <i>Radioterapia concomitante</i>, se administra a la vez que la quimioterapia, su fin es realizar el tratamiento local y sistémico al mismo tiempo. En los carcinomas orofaríngeos es muy importante realizar un examen bucodentario previo, extrayendo las piezas dentales en mal estado para evitar complicaciones sépticas tras la radiación. La radioterapia complementaria debe empezar tras la correcta cicatrización gingival, debiendo transcurrir un mínimo de dos semanas. Es importante un estado nutricional adecuado de los pacientes, aunque con relativa frecuencia suele estar deteriorado por sus hábitos dietéticos y por la odinodisfagia producida por el tumor. Tras la radioterapia, en ocasiones se exacerban las molestias deglutorias y es necesario alimentar a los pacientes mediante sonda nasoesofágica o gastrostomía percutánea. (Alegría, 2009)

	RINOFARINGE	El tratamiento estándar del carcinoma de rinofaringe es la radioterapia externa. Los pacientes con estadios iniciales de la enfermedad pueden tratarse con radioterapia radical exclusiva sobre la rinofaringe e irradiación electiva cervical, alcanzando tasas de control local 80-90%. El volumen de tratamiento debe incluir: tumor primario, las áreas ganglionares y regiones topográficas con riesgo de diseminación. Para lesiones T1 y T2, se debe incluir: la rinofaringe, el suelo del esfenoides y clivus, el tercio posterior de cavidad nasal, la fosa pterigoidea, las paredes de la orofarínge, los ganglios retrofaríngeos, las cadenas ganglionares cervicales bilaterales(incluyendo la cadena espinal accesoria) y los ganglios supraclaviculares. (Alegría, 2009)
	GLANDULAS SALIVALES	Los tumores malignos de las glándulas salivales en etapa temprana y de grado bajo generalmente son curables por medio de resección quirúrgica sola. El pronóstico es más favorable cuando el tumor se encuentra en una glándula salival mayor; la glándula parótida es la más favorable, luego las glándulas submandibular; los sitios primarios menos favorables son los sublinguales y las glándulas salivales menores. Los tumores voluminosos o de grado alto tienen un pronóstico más precario y pueden tratarse mejor por resección quirúrgica combinada con radiación postoperatoria (NIC, 2016)
QUIMIOTERAPIA	CAVIDAD ORAL	La quimioterapia se utiliza como tratamiento paliativo, para mejorar la función y la calidad de vida del paciente cuando la neoplasia está en un estadio muy avanzado. Los quimioterapicos más utilizados son el metotrexato, la bleomicina, el cisplatino, la vinblastina y la hidroxiurea. La administración es intravenosa, aunque en los últimos años, se está efectuando como modalidad alternativa la quimioterapia intra-arterial, cuyo objetivo fundamental es que el fármaco alcance una concentración máxima en el tumor y una mínima liberación en los tejidos sensibles sanos. Sin embargo, aunque la respuesta tumoral mediante esta técnica puede ser superior que cuando se emplea la vía sistémica, el elevado porcentaje de complicaciones producidas por el catéter, como hemorragia, infección o trombosis del vaso, reducen las ventajas de la misma. (Alegría, 2009)

	OROFARINGEO	Para el tratamiento quimioterapia de cáncer de orofarínge los medicamentos se suministran por vena o en forma oral, lo que permite entrar al torrente sanguíneo y alcanzar el cáncer que se ha propagado a órganos que están fuera de la cabeza y el cuello. Para algunos cánceres, se puede usar quimioterapia (usualmente combinada con radioterapia) en lugar de cirugía como tratamiento principal. Se puede administrar quimioterapia (combinada con radioterapia) después de la cirugía para tratar de destruir cualquier pequeño depósito de células cancerosas que pudo haber quedado. A esto se le conoce como <i>quimioterapia adyuvante</i>. También se puede usar quimioterapia (algunas veces con radiación) para tratar de reducir el tamaño de algunos cánceres más grandes antes de la cirugía. Denominado como <i>quimioterapia neoadyuvante o de inducción</i>. En algunos casos, esto posibilita el uso de una cirugía menos radical y la extirpación de menos tejido. Esto puede conducir a menos efectos secundarios graves causados por la cirugía. Igualmente se puede usar quimioterapia (con o sin radiación) para tratar cánceres que son demasiado grandes o que se han propagado demasiado como para ser extirpados mediante cirugía. El objetivo es reducir el crecimiento del cáncer por el mayor tiempo posible y ayudar a aliviar cualquier síntoma que esté causando. Los medicamentos de quimioterapia que se utilizan con mayor frecuencia para el cáncer orofarínge son: Cisplatino, carboplatino, 5-fluorouracilo (5-FU), paclitaxel (Taxol®), docetaxel (Taxotere®). Otros medicamentos que se usan con menos frecuencia incluyen: metotrexato, ifosfamida (Ifex®) y bleomicina. (American, Oral Cavity and Oropharyngeal, 2014)
	RINOFARINGE	Aunque la respuesta tumoral al tratamiento radioterápico es en general alta, la notable quimiosensibilidad de estas neoplasias ha llegado a valorar la utilidad de incorporar la quimioterapia en el tratamiento, y fundamentalmente de forma concurrente a la radioterapia, ello es así tras haber observado la limitada eficacia en la evolución de la enfermedad con la quimioterapia neoadyuvante. En este sentido, las guías internacionales recomiendan el tratamiento combinado de quimiorradioterapia para estadio T1, N1- N3 y T2b-4 con cualquier N. (Alegría, 2009)
	GLANDULAS SALIVALES	Tratamiento preferiblemente quirúrgico en ocasiones combinado con radioterapia

QUIRÚRGICO	CAVIDAD ORAL	La cirugía consiste en la extirpación de toda la lesión, con un amplio margen de seguridad para evitar recidivas. Las técnicas posibles, en función del tamaño del tumor son: <i>Resección simple.</i> Se trata de realizar, bien una cuña en lengua, o una resección limitada en suelo de boca o encía. Todas estas resecciones se realizan por vía transoral. <i>Hemiglossectomia.</i> Las reconstrucciones quitan movimiento a la lengua y ello irá en detrimento de la deglución y articulación del lenguaje. <i>Hemiglosopelvectomia.</i> Está indicada en los tumores que afectan a una hemilengua y al suelo de la boca del mismo lado. Cuando el tumor afecta levemente a la mandíbula, se complementa lo indicado con una mandibulectomía marginal. <i>Hemiglosopelvectomia con mandibulectomia interruptora.</i> Está indicada en tumores que, además de infiltrar la lengua y/o el suelo de boca, infiltran profundamente la mandíbula. En ocasiones, especialmente en cáncer de la cavidad oral, el paciente puede necesitar cirugía reconstructiva y cirugía plástica para reconstruir huesos o tejidos. Sin embargo, la cirugía reconstructiva no siempre se puede realizar debido a daños al tejido restante por la cirugía original o por la radioterapia. Si no hay posibilidad de cirugía reconstructiva, quizás un especialista en prótesis dentales pueda crear una prótesis (parte artificial dental o facial) para restaurar con satisfacción la facultad de pasar alimentos, de hablar y la apariencia. Los pacientes recibirán entrenamiento especial para usar dicho dispositivo. (Alegría, 2009)
	OROFARINGEO	El tratamiento quirúrgico de los carcinomas situados en la Orofaringe tiene indicación cuando son de pequeño tamaño, o relativamente extensos en superficie pero no infiltrativos de planos profundos. En los tumores que afectan al plano muscular, la resección es igualmente posible, pero la reconstrucción no siempre es factible mediante cierre directo. En estos casos, hay varias opciones: el cierre mediante tres colgajos locales simultáneos (velo del paladar, mucosa yugal y pared posterolateral faríngea) los colgajos regionales y los microvascularizados. Salvo en la primera opción, la reconstrucción quirúrgica es compleja y el resultado funcional no siempre es bueno, con frecuentes insuficiencias velares que repercuten tanto en la deglución como en la resonancia de la voz. Otras técnicas útiles son : la laringectomía parcial supraglótica ampliada a la base de la lengua o a la porción caudal de la región amigdalina, la faringolaringectomía total ampliada a la base de la lengua y/o la porción caudal de la región amigdalina y la subglosfaringectomía lateral. Estas técnicas están

		indicadas en el tratamiento quirúrgico de tumores extensos de valècula con extensión hacia la hipofaringe. Una vez realizada la exéresis tumoral, se procede a la reconstrucción faríngea, que puede hacerse mediante colgajos locales, colgajos pediculados fasciocutàneos o musculocutàneos y colgajos libres microanastomóticos. La cirugía para los cánceres de cabeza y cuello altera con frecuencia, la facultad del paciente para masticar, para deglutir el alimento o para hablar. Quizás el aspecto del paciente sea diferente después de la cirugía, puesto que la cara y el cuello pueden presentar edema, que desaparece en unas pocas semanas. Sin embargo, si se extirpan los ganglios linfáticos, el flujo de la linfa puede ser más lento en donde se extirparon, y la linfa se puede acumular en los tejidos. Esto puede causar una inflamación que dure más tiempo. Después de una cirugía del cuello, quizás el paciente sienta fijación total o parcial de la hemilaringe del lado afectado, entumecimiento, endurecimiento o fibrosis del tejido en algunas regiones de este y de la garganta debido a la sección de algunos nervios. Si se extirparon los ganglios linfáticos en el cuello, los hombros pueden estar descendidos o caídos y el cuello pueden volverse débil y rígidos. (Alegría, 2009)
	RINOFARINGE	La cirugía de la rinofaringe no está exenta de un significativo grave de complejidad por su difícil abordaje anatómico y por los límites que imponen a su resección la base del cráneo y el SNC. No obstante, existen diferente opciones quirúrgicas. En general se consideran irreseables aquellas recidivas que afecta al clivus, a los músculos prevertebrales, a la arteria carótida interna y a la fosa infratemporal o con extensión intracraneal. La supervivencia pos operatoria en los casos de afectación del seno cavernoso o de la arteria carótida es inferior a 9 meses, lo cual confirma la importante limitación que supone la invasión de estas estructuras en la cirugía de rescate. El abordaje tumoral puede realizarse mediante técnicas endoscópicas o mediante cirugía externa. (Alegría, 2009)
	GLANDULAS SALIVALES	El tratamiento aceptado para este tumor es la extirpación quirúrgica. En caso de las lesiones parótidas se elimina todo el lóbulo afectado. Las lesiones intrabucuales se tratan comúnmente mediante la excisión extracapsular conservadora. Las celulares tumorales son tan frecuentes en las capsulas que pueden quedar pequeños nidos en el tejido después de la enucleación. Si se comprueba que hay invasión capsular, por lo general se hace una incisión más amplia con eliminación de un margen de tejido normal, y de la mucosa suprayacente; como estos

	tumores son radioresistentes, la irradiación con rayos X no proporciona beneficios y por lo tanto está contraindicada. La eliminación de tumores malignos se complica por la presencia del nervio facial, ya que corre el riesgo de que sea cortado quirúrgicamente. En la mayor parte de los casos una parotidectomía superficial es el tratamiento más adecuado, una extirpación puede producir recurrencia, cada recaída aumenta el riesgo de malignidad. La tasa recidiva con una parotidectomía adecuada es casi del 4%; con intentos fallidos de enucleación aproximándose a un 25% debido a la incapacidad para reconocer durante la intervención las diminutas protrusiones de la glándula principal. En algunos casos puede surgir un carcinoma a partir de un adenoma pleomorfo que se denomina carcinoma ex adenoma pleomorfo maligno. La incidencia de la transformación maligna aumenta con la duración del tumor. Es de aproximadamente el 2% en los tumores con una evolución de menos de cinco años y casi del 10% en aquellos con quince o más años de duración. Estas neoplasias son las más agresivas que se presentan en las glándulas salivales, siendo responsables de un 30% a un 50% de mortalidad a la edad de los cinco años (Arias, 2008)
--	---

Tabla tratamiento de cáncer de cabeza y cuello⁴

METODOS DE REHABILITACIÓN

El objetivo del tratamiento de cánceres de cabeza y cuello es controlar la enfermedad, pero los médicos se preocupan también de preservar, tanto como sea posible, la función de las zonas afectadas y de ayudar a que el paciente regrese a sus actividades normales lo más pronto posible después del tratamiento. La rehabilitación es una parte muy importante de este proceso. Las metas de la rehabilitación dependen de la extensión de la enfermedad y del tratamiento recibido por el paciente.

⁴ Tabla tratamiento de cáncer de cabeza y cuello específicamente en cavidad oral, orofaringe, rinofaringe y glándulas salivales. (Alegría, 2009) (American, Oral Cavity and Oropharyngeal, 2014) (NIC, 2016) (NCI, Cancer Orofaringeo - Tratamiento, 2016)

De acuerdo a la ubicación del cáncer y al tipo de tratamiento, la rehabilitación puede incluir fisioterapia, asesoría de alimentación, terapia foniátrica y de la deglución, más asesoría y terapia respiratoria para cuidar un estoma en caso de tener traqueotomía. Es posible que los pacientes con problemas del habla después del tratamiento necesiten terapia para poder hablar. Por lo general, un Fonoaudiólogo es el encargado de visitar al paciente en el hospital para planificar la terapia y enseñarle ejercicios para el habla o métodos alternativos de interacción comunicativa. Dicha terapia usualmente continúa después de que el paciente regresa a casa.

Quizás algunos pacientes presenten dificultades para comer después del tratamiento y requieran recibir alimentación por vía parenteral, la cual, aporta al paciente por vía intravenosa los nutrientes básicos que este necesita, por lo que las sustancias suministradas deben proporcionar la energía requerida y la totalidad de los nutrientes esenciales (azúcares, sales, aminoácidos, vitaminas, etc.) y deben ser inocuas, es decir que el consumo habitual no implique riesgos para la salud de la persona, porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes; por ende debe ser, este alimento tratado con suma moderación y apto para el metabolismo del paciente. Otra vía de nutrición es la Enteral que puede ser suministrada por sonda por gastrostomía hasta que la persona pueda comer por sí misma, estos métodos de nutrición deben ser supervisados por el personal de enfermería y el Fonoaudiólogo puede ayudar a los pacientes a aprender de nuevo cómo ingerir los alimentos después de los tratamientos recibidos.

DISFAGIA

Según las fonoaudiólogas Ortiz m, Sepúlveda A. (2004), la disfagia es un trastorno en la deglución cuyos signos o síntomas pueden involucrar la cavidad oral, la faringe, la laringe y/o el esófago, haciendo difícil la ingestión segura de los nutrientes esenciales para la subsistencia del ser humano.

La dificultad para deglutir puede ocurrir en presencia de un desorden neurológico o estructural ocasionado por trauma y/o por procedimientos de tratamiento para cáncer de cabeza y cuello, interfiriendo en la propulsión del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago en cualquiera de las 3 fases de la deglución: oral, faríngea y esofágica y a su vez puede generar riesgos de penetración o aspiración de residuos alimenticios. Ortiz M. Sepúlveda A. (2004)

La disfagia orofaríngea: Hace referencia a las alteraciones de tipo oral, faríngeo y del esfínter esofágico superior, representan alrededor de 80% de las disfagias diagnosticadas.

La disfagia esofágica: Se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico inferior y el cardias, generalmente se produce por causas mecánicas y supone 20% de las disfagias que se diagnostican. El transporte normal del alimento ingerido depende del tamaño del bolo, el diámetro de la luz por donde debe pasar, la contracción peristáltica y la relajación normal de los esfínteres esofágicos superior e inferior durante la deglución.

La disfagia ocasionada por el estrechamiento de la luz para el paso del bolo se denomina **disfagia mecánica**, mientras que la disfagia debida a falta de coordinación, a debilidad de las contracciones peristálticas o a la relajación de los esfínteres, se denomina **disfagia motora**.

La disfagia mecánica se produce por alteraciones anatómicas o estructurales, secuelas postquirúrgicas o de radioterapia que interfieren en la progresión del bolo. Por lo general aparece en forma regular, rítmica y progresiva, la dificultad primero es para los alimentos sólidos, luego los semisólidos y por último para los líquidos, otro aspecto para resaltar consiste en que es muy común que las personas refieren “un lugar fino” donde sienten que se estacionan los alimentos.

En cuanto a la disfagia funcional o motora, se encuentra que por lo general es producida por una alteración en las áreas cerebrales que controlan los complejos mecanismos de la deglución y suponen una alteración en la secuencia coordinada de movimientos que permiten una deglución segura, así como en la contracción de los músculos que participan en la deglución. Se presenta en forma brusca con dificultad para ingerir alimentos tanto líquidos como sólidos, no tiene una localización específica. (Vasquéz, 2015)

SINTOMATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN:

Etapas Anticipatoria: Dificultades posturales, control deficiente de cabeza, déficit oculomotor, dificultades sensoriales, falta de motivación y gusto por ciertos alimentos, fallas en la selección de las consistencias e instrumentos.

Etapas Preparatoria: Poco control mandibular durante la apertura oral, selle labial débil o ausente, sialorrea o xerostomía, incapacidad para lateralizar la lengua, movimiento

mandibular reducido, dificultad para formar el bolo por sensibilidad reducida, aumento del tiempo del tránsito bucal.

Etapas oral: Trastornos sensoriales (gusto, temperatura, tacto, textura), protrusión lingual, elevación lingual reducida, sialorrea, derrame de alimentos, aumento del tiempo del tránsito bucal, incoordinación y debilidad oromotora, broncoaspiración previa a la deglución, dificultad en la deglución de líquidos y sólidos (fraccionada), presencia de reflejos orales arcaicos, manifestación de tos, atoro, ahogo.

Etapas faríngea: Incompetencia velo faríngea o regurgitación nasal, sensación reducida o ausente, retraso en el reflejo deglutorio, tos durante la deglución, sensación de alimento pegado a la garganta, atragantamiento, carraspeo, broncoaspiración antes o después de la deglución, degluciones múltiples y audibles, calidad vocal alterada, dificultades con sólidos

Etapas esofágica: Broncoaspiración después de la deglución, reflujo o regurgitación por peristalsis esofágica reducida, eructos frecuentes, náuseas, emesis, dolor, los después de la deglución, apetito pobre, sensación de llenura.

Por otro lado, existen síntomas asociados a problemas deglutorios entre los que se encuentran: Caquexia, neumonías, infecciones del TRS, fiebre, aumento o disminución de peso e insomnio. (Giraldo, 2005)

Según el autor Luis A. Vázquez (2015), la intervención foniátrica debe estar centrada en la detección temprana de los pacientes en riesgo de presentar disfagia con o sin aspiración;

en la evaluación clínica y la implementación de pruebas diagnósticas objetivas que permitan identificar cualquier alteración anatómica o funcional que pueda estar ocasionando la disfagia.

Entre las pruebas diagnósticas objetivas tenemos la videofluoroscopia de deglución que es la prueba de oro para evaluar el mecanismo de deglución. El propósito de este estudio es observar la respuesta de cada uno de los órganos que participan en la deglución cuando la persona ingiere una variedad de consistencias de alimentos (líquidos claros, líquidos espesos, compotas y sólidos), lo cual permite identificar la anatomía y funcionalidad de éstos, así como la presencia de penetración, aspiración, su mecanismo y la técnica para reducirlo o eliminarlo. De acuerdo con los hallazgos durante la prueba se utilizan una serie de maniobras posturales y de estrategias terapéuticas que podrían facilitar el paso de los diferentes alimentos y según ellas recomendar técnicas de manejo para llevar a cabo la terapia de deglución. (Urrea, Torres, & otros, 2000)

La intervención fonoaudiológica requiere de una anamnesis completa que incluya diagnóstico médico, antecedentes personales, evolución del problema, síntomas referidos, información nutricional y de alimentación, tratamiento recibido.

La Valoración clínica además de las pruebas objetivas como Nasofaringolaringoscopia y Videofluoroscopia de deglución debe considerar: Comportamiento en situación de alimentación, examen de habilidades prealimenticias y fonatorias, reflejos, estructuras de cabeza y cuello, detección del movimiento de báscula laríngea, evaluación funcional de succión, masticación y deglución. Una buena evaluación-diagnóstico específica: la severidad

del problema, la etapa afectada, el riesgo de broncoaspiración, la tolerancia vía oral y el tipo de consistencia a suministrar. (Urrea, Torres, & otros, 2000)

El diagnóstico y tratamiento dependen del trabajo en equipo de un grupo de profesionales conformado por médicos (neurólogos, otorrinolaringólogos, cirujanos, gastroenterólogos, neumólogos, internistas, radiólogos, entre otros), fonoaudiólogos, nutricionistas, enfermeros, familia y cuidadores.

El manejo terapéutico incluye el desarrollo de sesiones individuales en los que se integran dentro de la terapia indirecta ejercicios preparatorios para la estabilización de patrones musculares y funciones estomatognáticas y dentro de la terapia directa ejercicios de ingesta de alimentos con diferentes consistencias, a saber: (Giraldo, 2005)

TERAPIA DIRECTA	TERAPIA INDIRECTA
Ejercicios para control neuromuscular practicas deglutorias: Con saliva, con líquidos (diluidos y espesos), con sólidos (blandos y duros). En los últimos se incluye manipulación del bolo y proceso de masticación. La terapia directa involucra: Cambios Posturales. Estrategias Compensatorias. Estrategias Facilitadoras.	• Control postural y alineamiento corporal. • Estabilización de patrones musculares de cabeza y cuello. • Entrenamiento fono respiratorio. • Resistencia y movilidad de OFA, ejercicios de soplo e incremento del rendimiento respiratorio y competencia velopalatina. • Estimulación térmica con hielo o estimulación faríngea profunda (Logemann). • Estimulación gustativa y olfativa • Eficiencia del cierre glótico (ejercicios isométricos e isotónicos). • Ejercicios fonatorios: incremento del rendimiento fonatorio. • Rehabilitación de las otras funciones laríngeas: risa, tos, carraspeo y esfínter glótico incrementar TMF con agudos. • Ejercicios de tracto vocal semiocluido u ocluido.

Tabla procedimientos de intervención fonoaudiológica directa e indirecta para el manejo de la disfagia⁵

⁵ Rehabilitación foniátrica en pacientes con patologías con compromiso hipotónico. Grupo Foniátrico de Cali. (Giraldo, 2005)

Como apoyo y según el grado de dificultad en el manejo terapéutico se requiere de la implementación de cambios posturales y de estrategias compensatorias y facilitadoras.

CAMBIOS POSTURALES

POSTURA	EJECUCIÓN	OBJETIVO
1. FLEXIÓN DE CUELLO	Se da la orden verbal: "baje la cabeza".	Se usa ante un retraso en el reflejo deglutorio. Facilita la evolución faríngea al reducir el espacio. Ubica epiglotis sobrepuesta protegiendo vía aérea. Disminuye la velocidad de tránsito del bolo.
2. ROTACIÓN DE CABEZA AL LADO DÉBIL	Aplicar presión sobre cartílago tiroides.	Usada en lesiones unilaterales como hemiparesia y parálisis laríngea o faríngea. Se incrementa el cierre laríngeo al cerrar el seno piriforme correspondiente y dirige el alimento al lado más fuerte.
3. INCLINACIÓN DE CABEZA AL LADO BUENO		Usada en la reducción del control lingual unilateral, con el fin de conservar los alimentos mientras se mastica y deglute.
4. CABEZA HACIA ATRÁS	Signo de ganso	Usada en trastornos movimientos anteroposteriores de lengua, porque la gravedad hace vaciar la cavidad bucal. ⁶

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

ESTRATEGIA	ORDEN	OBJETIVO
1. TECNICA SUPRAGLOTICA Deglución Supraglótica Deglución segura o controlada.	Pasos: mastique, forme el bolo, inspire, retenga, trague, exhale.	Se usa en reducción del peristaltismo de la faringe (parálisis laríngea, insuficiencia glótica, disminución del movimiento de báscula) Ayuda al cierre laríngeo antes de la deglución. Permite que los residuos sean removidos y tragados nuevamente.
2. DEGLUCIÓN MÚLTIPLE O REPETITIVA	Trague, trague, trague.	Prevenir derramamientos espontáneos hacia la glotis De base, la fase oral debe ser normal.

⁶ **Cambios Posturales:** MEMORIAS SEMINARIO TALLER ALTERACIÓN EN LA DEGLUCIÓN: DISFAGIA - Programa de Fonoaudiología. (Pájaro, 1999)

3.TECNICA DE MENDELSON Maniobra de Mendelson	Sube la laringe	Trata de prolongar voluntariamente la elevación de la Laringe durante la deglución al manipular el cartílago tiroideo.
4.TRAGO SUPERSUPRAGLÓTICO	Retenga la respiración y luego trague bajando los brazos con fuerza.	Busca aumentar la aproximación del cartílago aritenoides a la epiglotis.
5.TRAGO FORZADO	Trague con fuerza y haciendo ruido.	Mejora la retracción de la base de la lengua para proteger el bolo. ⁷

ESTRATEGIAS FACILITADORAS

1. *Presentación de los alimentos.*

En lo referente a la textura, existen algunas recomendaciones generales para la presentación de los alimentos (Gonzalez & Panizo, 2015) mencionan que es importante que dentro de la dieta se incluya la máxima variación de alimentos para evitar la rutina y procurar que las condiciones organolépticas sean atractivas, que el alimento sea homogéneo, no presente grumos ni espinas y que sea húmedo y de fácil masticación; que evite dobles texturas con mezclas de líquido y sólido.

Dentro de la fase anticipatoria del proceso de ingesta hay que considerar el gusto y la preferencia del usuario por ciertos alimentos, además del color, aspecto agradable, olor, temperatura adecuada del alimento, para definir el grado de apetencia del usuario durante la situación de alimentación.

2. *Cantidades suministradas.*

⁷ **Estrategias Compensatorias:** MEMORIAS SEMINARIO TALLER ALTERACIÓN EN LA DEGLUCIÓN: DISFAGIA - Programa de Fonoaudiología. (Pájaro, 1999)

Durante el tratamiento el fonoaudiólogo puede empezar a suministrar determinada consistencia en “dosis terapéutica” desde 1cc, 3cc, 5cc o 10cc a tolerancia y en varias dosis hasta la cantidad que no genere situación de riesgo para el usuario. Por otro lado el nutricionista es el profesional encargado de indicar la cantidad en calorías que debe ingerir la persona para manejar un adecuado soporte nutricional.

3. Tiempo de duración del proceso de ingestión de alimentos.

Dependiendo del trastorno de la deglución y según las estructuras y funciones conservadas, algunos pacientes pueden requerir asistencia o apoyo del cuidador en la dieta y regulación de la velocidad de ingesta, ya sea por vía oral o con la sonda de nutrición enteral; en otros casos la alimentación por sonda requiere un suministro diurno y/o nocturno.

4. Uso de instrumentos:

De acuerdo con las funciones motoras gruesas o finas conservadas y con la coordinación mano boca pueden emplearse diferentes instrumentos como vaso, cuchara de goma, pitillo, pocillos hondos y hasta en ocasiones jeringas.

5. Consistencia alimentos

Según el CEADAC existen diferentes tipos de dietas:

1. *Dieta Basal:* Normal. Cuando no existen problemas en la deglución, incluyendo todas las texturas y consistencias.
2. *Dieta Blanda o fácil masticación:* en relación a problemas masticatorios pero sin síntomas de disfagia. Posible como dieta de transición a la dieta normal
3. *Dieta de Disfagia o reeducación deglución:* Evita alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Masticación débil o ausente

4. *Dieta Túrmix (producto comercial)*: Purés comerciales de consistencia uniforme, homogénea, saborizados, y que reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos. (Gonzalez & Panizo, 2015)

En la dieta de disfagia, los mismos autores, mencionan dentro en su Guía de Nutrición en Disfagia, el Método de exploración clínica volumen viscosidad MECV V tiene la función de determinar la consistencia y cantidad alimenticia a suministrar, de acuerdo con las disfunciones de la eficacia y la seguridad, por lo cual los objetivos de este método son:

1. Detectar disfunciones de la EFICACIA de la deglución como:

- a. Incapacidad para mantener el bolo en la boca
- b. Existencia de residuos orales
- c. Presencia de residuos en faringe
- d. Incapacidad para tragar el bolo en una única deglución.

2. Detectar disfunciones de la SEGURIDAD de la deglución. Detecta signos de aspiración o paso de parte del bolo a vía aérea .Detecta tanto aspiraciones clínicas (tos, cambios de voz, carraspeo) como aspiraciones silentes (aspiraciones que no cursan con tos y son difíciles de detectar).

3. Seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces para la ingesta de fluidos.

Para su implementación se utilizan bolos alimentarios de 3 viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudin) y 3 volúmenes crecientes (5ml, 10ml y 20ml). Se evalúan los signos de disfagia

en la deglución en un orden progresivo de dificultad. Todo ello bajo la monitorización de la saturación periférica de oxígeno mediante un pulsioxímetro para detectar las posibles aspiraciones silentes y aportar más seguridad a la prueba.

Para modificar la viscosidad de los líquidos se utiliza un espesante comercial, para ello es importante seguir las instrucciones del fabricante y los pacientes y cuidadores deben identificar en la práctica diaria las características de cada viscosidad y el comportamiento del espesante sobre diferentes alimentos.

- Textura néctar: puede beberse en vaso, al caer forma un hilo fino.
- Textura miel: se puede beber o tomar con cuchara; al caer forma gotas gruesas, no mantiene su forma.
- Textura pudín: solo puede tomarse con cuchara, al caer mantiene su forma. (Gonzalez & Panizo, 2015)

En el proceso de intervención considerando algunas dificultades existen viscosidades a suministrar de acuerdo con el objetivo a desarrollar como se mencionan en la siguiente tabla.

PROBLEMA	SOLUCIÓN	OBJETIVO
Trastorno función lingual.	Líquidos espesos	Se controlan más fácil.
Retraso reflejo deglutorio.	Papillas.	Se sensan más fácilmente
Reducción cierre faríngeo.	Líquidos espesos.	No penetran en la laringe rápidamente.
Reducción peristaltismo faríngeo uni o bilateral.	Líquidos diluidos.	Pasa más fácil por gravedad, necesita menos peristaltismo. ⁸

⁸ (Pájaro, 1999)

SOPORTE NUTRICIONAL ALTERNO

Si no es posible suministrar vía oral o esta no proporciona un aporte nutricional adecuado se piensa en la adaptación de tipos de sondas como, la SNG (sonda nasogástrica) que se emplea para el suministro de agua o medicamentos, la SNY (sonda nasoyeyunal) permite la nutrición enteral en un tiempo no mayor de 4 a 6 semanas de duración y la sonda de gastrostomía (PEG) que se implanta cuando existe la necesidad de nutrición enteral prolongada (más allá de 4-6 semanas) La severidad de la disfagia puede oscilar entre una dificultad leve con alguna consistencia hasta una total imposibilidad para la deglución. Se tienen en cuenta varios criterios (clínicos y radiológicos) para establecer la vía de alimentación más adecuada. (Gonzalez & Panizo, 2015)

Criterios para no suministrar Vía Oral

- Disminución del estado de alerta
- Poca respuesta a la estimulación
- Deglución ausente
- Dificultad para movilizar las secreciones
- Ausencia de la tos (broncoaspiraciones silentes)
- Reducción notoria de la amplitud y fuerza de:
 - Los movimientos orolingüofaciales,
 - Los movimientos faríngeos
 - Los movimientos laríngeos
- Broncoaspiración del más del 10% en todas las consistencias
- Latencia de más de 10 segundos

Ingesta Vs Grado de Severidad de la disfagia

DISFAGIA SEVERA

- Nada Vía oral
- Nutrición completa a través de método alternativo de alimentación
- Inicio dosis terapéutica bajo supervisión de la fonoaudióloga

DISFAGIA MODERADA A SEVERA

- Método alternativo de alimentación
- Éxito limitado y ocasional de la ingesta por vía oral
- Requiere supervisión permanente
- Dosis terapéutica con mayor frecuencia

DISFAGIA MODERADA

- Nutrición Mixta: Método alternativo de alimentación e inicio de la vía oral
- Confiable con la consistencia autorizada
- Requiere supervisión permanente
- La fonoaudióloga ingresa nuevas consistencias en la dieta.

DISFAGIA LEVE A MODERADA

- Dificultad en el suministro de líquidos claros y solidos
- Personal de enfermería es responsable de la supervisión durante la ingesta
- Puede iniciar alimentación independiente verificando el ritmo de la ingesta y la posición

DISFAGIA LEVE

- Recibe dieta regular con restricción en algunas comidas
- Puede mantener algunas técnicas o posturas de facilitación
- Episodios ocasionales de tos con líquidos claros
- No requiere supervisión

SIN DISFAGIA

- Deglución eficiente, segura y sin riesgos
- Independiente en la alimentación por vía oral con todas las consistencias⁹

En el caso de autorizar vía oral en el manejo de las consistencias solidas es importante considerar algunas contexturas difíciles y de riesgo que se presentan a continuación:

GRUPOS DE ALIMENTOS	PERMITIDOS	NO PERMITIDOS
HUEVOS	• En forma de tortilla, revuelto, frito o cocido retirando la yema. • Cocido/relleno (con atún y/o jamón y yema troceada) si y solo si, está acompañado de salsas tipo mayonesa o tomate.	• Yema de huevo cocido excepto en la forma descrita en el apartado “permitidos”
CARNES Y PRODUCTOS CARNICOS	• Admitidas las consistencias y preparaciones que se citan a continuación, siempre y cuando, estén tiernas, jugosas y preferiblemente acompañadas de salsas (espesas y homogéneas): -Carne picada -hamburguesas -Albóndigas -Salchichas de texturas homogénea -Pastel de carne -Jamón cocido, mortadela, lacón.	• No está permitida ninguna de las carnes de las que se citan a continuación en su presencia entera (bistec, pechuga, muslos, etc.): - Carnes Rojas - Ave (pollo, pavo...) - Caza (conejo, liebre...)

⁹ (López & Sastoque, 2010)

PESCADOS	• Sin espinas preferiblemente cocidos y/o acompañados de salsas tipo mayonesa	• Con espinas, pieles y/o pescados secos
VERDURAS	• Verduras y hortalizas cocidas: espinacas, acelgas, coliflor, brécol, col de Bruselas, champiñón, seta. • Tomate: crudo entero (sin piel y con el grado de madurez que le proporcione consistencias blandas) o triturado y tamizado. • Patata: cocida, frita (no crujiente) aplastada. • Preparados en forma de cremas y purés.	Están prohibidas: • Todas las verduras y hortalizas crudas excepto el tomate en la forma descrita en la sección “permitidos” • Las cocidas que se citan a continuación: maíz, guisantes, judías verdes, apio, puerro, espárrago, alcachofa.
FRUTAS	• Las citadas a continuación siempre que tengan el grado de madurez suficiente para aportarle una consistencia blanda: melocotón, nectarina. • Frutas cocidas, asadas o en almíbar (exceptuando macedonias a base de frutas con tamaño similar al guisante o maíz). El almíbar debe ser retirado completamente de modo que no quede ningún resto de líquido.	• Piña (permitida en el almíbar) • Plátano • Uva • Naranja • Kiwi • Fresa • Manzana y pera • Melón y sandía • Frutos secos
CEREALES Y DERIVADOS	• Los que no se incluyen en la sección de no “permitidos” (papillas de cereales, crema de arroz).	• Piña (permitida en almíbar), plátano, uva, naranja, kiwi, fresa, manzana, pera, melón, sandía y frutos secos
LEGUMBRES	• En forma de cremas y purés.	• Ninguna se permite en su forma original; pero si en la forma descrita en la sección “permitidas”
PRODUCTOS LACTEOS	• Yogures sin trozos de frutas. • Natillas con consistencias no líquidas. • Flanes, con la preocupación de retirar cualquier líquido residual. • Quesos con texturas blanda (queso fresco tipo “Burgos”)	• Los no incluidos en el apartado “permitidos”

BEBIDAS	• Bebidas espesadas con consistencias néctar, miel o pudín, según tolerancia individual.	• Las no incluidas en apartado “permitidas”
OTROS		• Helados¹⁰

En el caso de autorizarse la vía oral en un usuario se pretende cubrir el soporte nutricional con el apoyo del profesional experto en nutrición y dietética.

A continuación se muestra, para cada grupo de alimentos, las raciones diarias a consumir, así como la cantidad de alimentos que incluye cada ración.

GRUPOS DE ALIMENTOS	RACIONES	CANTIDAD / RACIÓN
Farináceos (pan, pasta, arroz, patatas, legumbres). Este grupo es buena fuente de hidratos de carbono, hierro, vitamina B1 y fibra.	• 4-6 día: -Pan: a diario -Pasta: 1-2/semana -Arroz: 1-2/semana -Legumbres: 1-2/semana -Patata: 2/4semana	• 40-80gr. • 40-60gr. (en crudo) • 50-100gr. (en crudo) • 50-100gr. (en crudo) • 180gr.(patata mediana)
Frutas y verduras Grupo rico en agua, fibra, vitaminas y minerales	• 5 días: -3 frutas (1 en forma de cítrico) -2 verdura (1 en crudo y otra cocida)	• 120-220gr. • 150-200gr.
Leche y Derivados Este grupo constituye la mejor fuente alimentaria de calcio, vitaminas A, B2 y D, además de proteínas de alta calidad, grasas e hidratos de carbono.	• Menores 11 años: 2-3 día • Adolescentes: 3-4/día • Embarazo y Lactancia: 3.4/día • > 65 años: 2-3/día	• 1 taza leche • 2 yogures • 40-50gr. Queso
Carnes y aves Este grupo es rico en proteínas, grasa, hierro y vitaminas A, D y E	• 3/4semana	• 80/100gr.
Pescados		

¹⁰ Textura de alimentos: Guía de nutrición para personas con disfagia. (Gonzalez & Panizo, 2015)

Este grupo es rico en proteínas, grasa (azules) de alto valor biológico (omega 3), vitaminas del grupo B (B1, B2, B3, B12), las liposolubles A y D y ciertos minerales (fosforo, potasio, sodio, calcio, magnesio, hierro y yodo).	• 4/5 semana	• 150gr.
Huevos Fuente de proteínas de alto valor biológico (contiene todos los aminoácidos esenciales), grasas (colesterol), vitaminas y minerales.	• 3/4 semanas	• 60gr. (1 unidad)
Grasas y Aceites Los aceites vegetales son fuente importante de energía (9 kcal/gr). Proporciona ácidos grasos esenciales y vitaminas. (E)		• 30-50gr/día • 3-5 cucharadas aceite vegetal
Agua		• 15.2 l/día¹¹

MARCO LEGAL (1997, 2007)

En Colombia se distinguen dos leyes que reglamentan la asistencia en Cuidados Paliativos CP. La Ley 1384 de 2010 (Ley Nacional del Cáncer o “Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del Cáncer en Colombia”), establece que los CP son parte del cuidado y atención integral que mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer y la de sus familias. A través de esta ley se determina el alivio del dolor en los niveles de atención en salud y se da el acceso a los opioides. Esta ley, ya aprobada, aún no se ha implementado en su totalidad.

¹¹ Grupo de alimentos: Guía de nutrición para personas con disfagia. (Gonzalez & Panizo, 2015)

La segunda es la Ley 1733 del 8 de septiembre de 2014 (“Ley Consuelo Devis Saavedra, por medio de la cual se regulan los servicios de CP para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”). Determina que los CP deben mejorar la calidad de vida de los pacientes por medio del manejo integral del dolor; contemplando aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y emocionales. Esta ley reglamenta los deberes de las entidades y compromete al Ministerio de Salud y a otros entes de regulación a hacer cumplir la prestación adecuada de los servicios, con la pertinencia médica y efectuando lo contemplado en el Plan Obligatorio de Salud. Servicios-unidades y equipos de CP. (Aguirre & Bravo, 2015)

Por otro lado el Congreso Colombiano reglamenta la profesión de fonoaudiología y se dicta normas para su ejercicio en Colombia. Ley 376 DE 1997 (JULIO 4).

A continuación se exponen algunos artículos de dicha ley, de acuerdo a la prestación del servicio del fonoaudiólogo.

Artículo 2o. ÁREAS DE DESEMPEÑO PROFESIONAL. El profesional en fonoaudiología desarrolla los programas fonoaudiológicos en investigación, docencia, administración, asistencia y asesoría en las siguientes áreas de desempeño profesional, lenguaje, habla y audición.

Artículo 8o. DE LOS ÓRGANOS ASESORES Y CONSULTIVOS. Las federaciones, las facultades de fonoaudiología, asociaciones científico-profesionales y gremiales de fonoaudiólogos o terapeutas del lenguaje de nivel superior universitario que oficialmente

funcionen en el país, serán órganos asesores y consultivos del gobierno nacional, departamental, distrital y municipal

Artículo 9o. DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO. El gobierno nacional teniendo en cuenta el carácter de contenido social y humanístico de la fonoaudiología, podrá reglamentar el servicio social obligatorio para los profesionales de fonoaudiología, cuando las necesidades de la comunidad lo requieran.

METODOLOGÍA

- **Tipo de Estudio:**

Este estudio es de tipo descriptivo. Se llevó a cabo por medio del análisis de artículos encontrados en las bases de datos de la Universidad del Valle y pretendió recoger información sobre el manejo fonoaudiológico en pacientes Oncológicos que fueron diagnosticados con disfagia Orofaríngea.

- **Enfoque de Estudio:**

El enfoque de estudio de investigación se desarrolló desde un enfoque Mixto, Cuantitativo Cualitativo con predominio Cualitativo, en el que se procedió a la recolección y clasificación de la información por medio de categorías de análisis que enmarcaron las investigaciones acerca del manejo en pacientes Oncológicos diagnosticados con disfagia Orofaríngea, este estudio se desarrolló en un periodo de 11 meses con el fin de dar cuenta de la situación actual del tema.

- **Diseño del estudio:**

La investigación que se desarrolló fue una revisión documental, es decir, que se realizó la recolección y análisis de textos, con el fin de identificar categorías y variables, así como las relaciones entre las mismas, con el fin de describirlas y realizar un análisis que llevara a una interpretación de los procedimientos de intervención del fenómeno estudiado

- **Técnicas de recolección del estudio:**

La recolección de información se realizó por medio de la identificación y revisión de artículos hallados en las bases de datos de la Universidad del Valle como, Pub Med Central, EMBACE, EBSCO, SCIELO, DOAJ, ELSEVIER, Pub Med, OVID y JOURNALS, para lo cual se emplearon una serie de palabras clave en relación el manejo de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo; éstas se fueron modificando durante la investigación, a medida que se hallaron categorías emergentes.

- **Instrumentos para la recolección de información**

Como instrumentos para la recolección de datos se emplearon:

- Formulario de Registro de Artículos -FRA (Anexo 3)
- Rejilla de recolección de datos bibliográficos (Anexo 2)
- Herramienta de Búsqueda de palabras (Anexo 1)
- Gestor Bibliográfico APA

- **Ruta metodológica**

1. Se elaboró y empleó una herramienta diseñada por la autora, con el fin de realizar la búsqueda de los textos en las bases de datos de la Universidad del Valle.

- 1.1 El instrumento de búsqueda, corresponde a las palabras clave, propuestas desde los criterios de inclusión del presente estudio como: Disfagia, Fonoaudiología, oncología, métodos de alimentación, deglución Rehabilitación en español y en inglés, Deglutition, Disorders, Language and Hearing Sciences Medical Oncology, Feeding Methods, Deglutition Rehabilitation., según el DeCS.
- 1.2 Tras realizar una primera búsqueda bibliográfica, para fundamentar el marco teórico acerca del proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo, se identificó que la mayoría de los textos se encontraban en un idioma diferente al español, por lo tanto se consideró importante extender la búsqueda a la terminología en inglés (Ver, anexo 1).
- 1.3 De igual manera, las palabras clave se combinaron formando binomios o trinomios de palabras, para identificar las actividades relacionadas con la disciplina. La rejilla de búsqueda elaborada se presenta en los resultados
2. Tras la búsqueda de textos por palabras clave, en las bases de datos establecidas a través del buscador general de bases de datos de la página de la biblioteca de la Universidad del Valle, se encontraron más de quinientas publicaciones correspondientes a un período de los últimos ocho años (2008-2016).
3. Las publicaciones se sometieron a un segundo filtro, que consistía en el análisis de las mismas, a través de la rejilla de chequeo del manejo fonoaudiológico en el proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo que había sido previamente diseñado para implementar un formato de registro clasificando la información de

acuerdo a las variables del estudio expuestas posteriormente (para conocer la tabla correspondiente a cada texto, ver anexo 2).

3.1 Tras hallar los textos que incluyeron 2 o más de las palabras claves, se seleccionaron aquellos publicados en bases de datos que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.2 Este formato de registro fue elaborado, teniendo en cuenta las características del proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo, que fueron identificadas tras la revisión de la literatura; estas categorías de análisis se presentan en detalle en el apartado de resultados, debido a que corresponden al cumplimiento de los objetivos de la presente investigación.

3.3 El segundo filtro permitió determinar, si los textos cumplían con los parámetros temáticos para ser incluidos en la muestra final; por lo cual, tras dicho chequeo, se seleccionaron 30 textos (Ver anexo 3, rejilla de formato bibliográfico en el cual se encuentra las características de los textos) cuyo contenido incluye información relevante relacionada con el tema de investigación.

4. Se implementó un registro cualitativo de la información de cada artículo seleccionado, en el formato elaborado en la Universidad del Valle, como parte del grupo de alfabetización académica (ver, anexo. FRB 3).

5. Los textos se organizaron en el gestor bibliográfico APA

6. **Criterios de inclusión y de exclusión**

Criterios inclusión

1. Artículos que se enfoquen en el tratamiento de Personas Adultas

2. Artículos con casos clínicos de pacientes que padezca la enfermedad del Cáncer
3. Artículos que hablen de pacientes con Disfagia Orofaríngea en el paciente oncológico
4. Artículos relacionados con el proceso de ingesta de alimentos en el paciente oncológico
5. Artículos publicados del año 2008 hasta el año 2016.

Criterios de exclusión

1. Artículos que se enfoquen en el tratamiento de población infantil.
2. Artículos que no consideren la intervención del proceso de alimentación.
3. Artículos anteriores al 2008.

7. Variables del estudio

A continuación se presentarán y se describirán las variables del estudio

1. PROFESIÓN DE LOS AUTORES:

Hace referencia a las profesiones de los autores que participan de los estudios de investigación de los pacientes Oncológicos con Disfagia Orofaríngea. Los cuales pueden ser:

- Médicos
- Enfermeras
- Nutricionistas
- Fonoaudiólogos
- ORL
- Gastroenterólogos
- Terapeuta respiratorio
- Neurólogo

- Especialistas en Terapia Miofuncional
- Especialistas en Disfagia y/o otros trastornos en el proceso de ingesta

2. UBICACIÓN:

Da cuenta de las bases de datos de la Universidad del Valle, en las que fueron encontrados los artículos.

3. AÑO DE PUBLICACIÓN:

Para este estudio se tuvieron en cuenta aquellos artículos publicados en un periodo de 8 años (2008-2016)

4. MÉTODOS DE NUTRICIÓN:

Corresponde a las vías de nutrición o métodos de alimentación que se emplearon con los usuarios que presentan cáncer orofaríngea a saber: enteral, parenteral, oral.

5. CONSISTENCIAS ALIMENTICIAS:

Hace referencia a las consistencias alimenticias para la alimentación por vía oral: licuados espesos, líquidos claros, líquidos tipo néctar, semisólidos, sólidos blandos y sólidos duros, utilizados en pacientes con cáncer orofaríngeo

8. Finalmente, se establecieron correlaciones entre las categorías, y a continuación se presentan los hallazgos sintetizados a través de una distribución porcentual, su análisis estadístico y su discusión en un texto reflexivo.

RESULTADOS DEL ESTADO DE ARTE

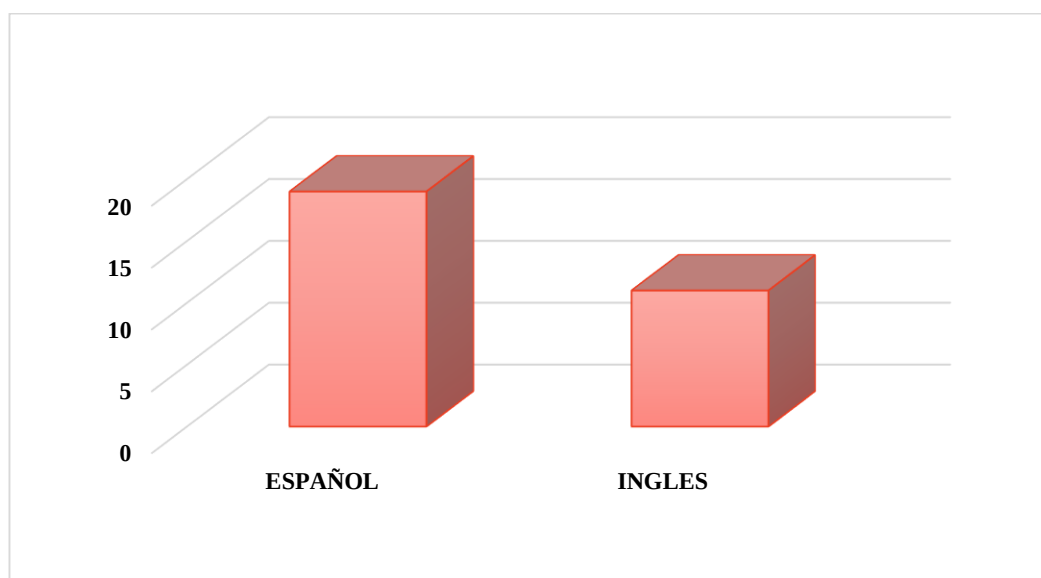
Con el objetivo de documentar y describir el que hacer del profesional en Fonoaudiología en el proceso de ingesta de alimentos en el paciente con cáncer orofaríngeo, se realizó la exploración de artículos en el buscador general de las bases de datos, haciendo uso de las palabras claves (Disfagia, Fonoaudiología, oncología, métodos de alimentación, deglución Rehabilitación) y de los periodos comprendidos para dicha búsqueda, arrojando 11347 artículos en las presentes bases de datos de la Universidad del Valle, EMBACE, EBSCO, SCIELO, OVID, DOAJ, ELSEVIER, Pub Med Central, Redalyc, Pub Med y Science Direct, acto seguido se combinaron las palabras claves formando binomios o trinomios, arrojando 2586 artículos de los cuales se fueron seleccionando en una primera revisión 579 artículos y en una segunda revisión 120 artículos al cruzar las variables; por lo tanto la búsqueda sistemática de la literatura dio lugar a un total de 13913 artículos de los cuales sólo 30 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

En la exploración de los artículos seleccionados se identifica la intervención fonoaudiológica como un proceso que busca generar calidad de vida y bienestar a los pacientes con cáncer y a sus familiares, mediante el establecimiento de canales comunicativos y el manejo de síntomas como la disfagia. Además, se determinó la naturaleza del proceso del cáncer orofaríngeo, las causas, tratamiento, síntomas, rehabilitación, métodos alimenticios y el trabajo interdisciplinar para realizar actividades de evaluación, diagnóstico e intervención desde el comienzo, durante y final del proceso de la enfermedad, en el que se encontraron referencias a nivel internacional.

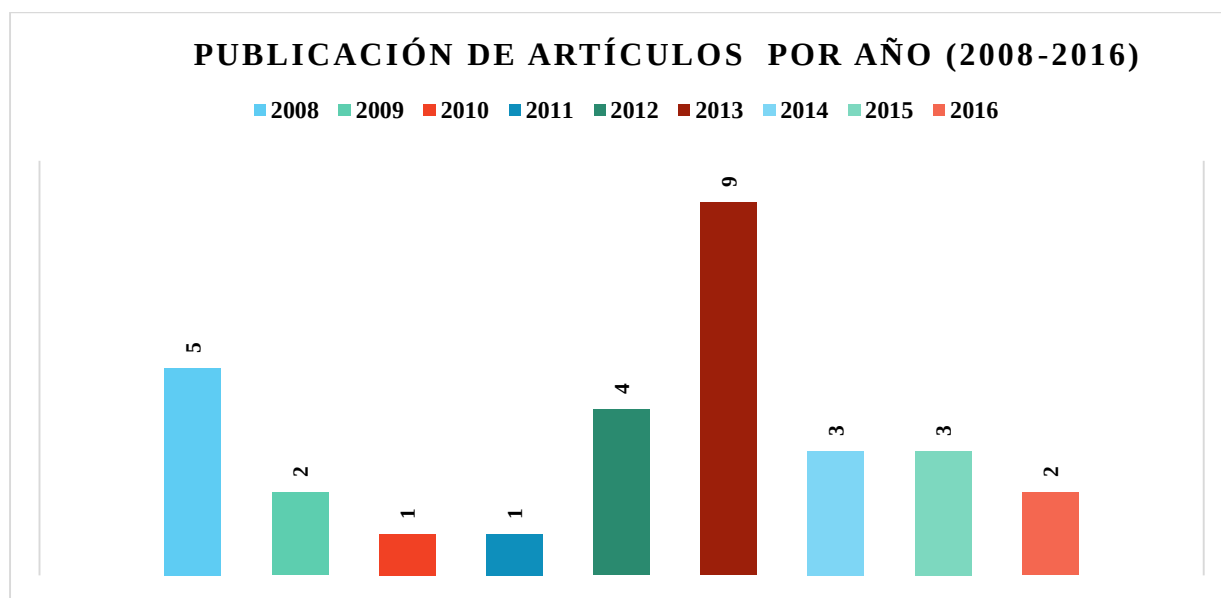
Durante la exploración de los artículos en el buscador de las bases de datos de la Universidad del Valle, se identificó que la mayoría de los textos se encontraban en un idioma diferente al español, se consideró importante extender la búsqueda a la terminología en inglés,

al ver que la literatura en español acerca del tema era limitada y que esto podía influir en el número de investigaciones halladas sobre el tema en los últimos cinco años. Por lo que se evidenció que la mayoría de los artículos encontrados estaban escritos en español con una cantidad de 19 publicaciones y en inglés 11, arrojando un total de 30 artículos publicados y utilizados para la construcción del estado del arte.

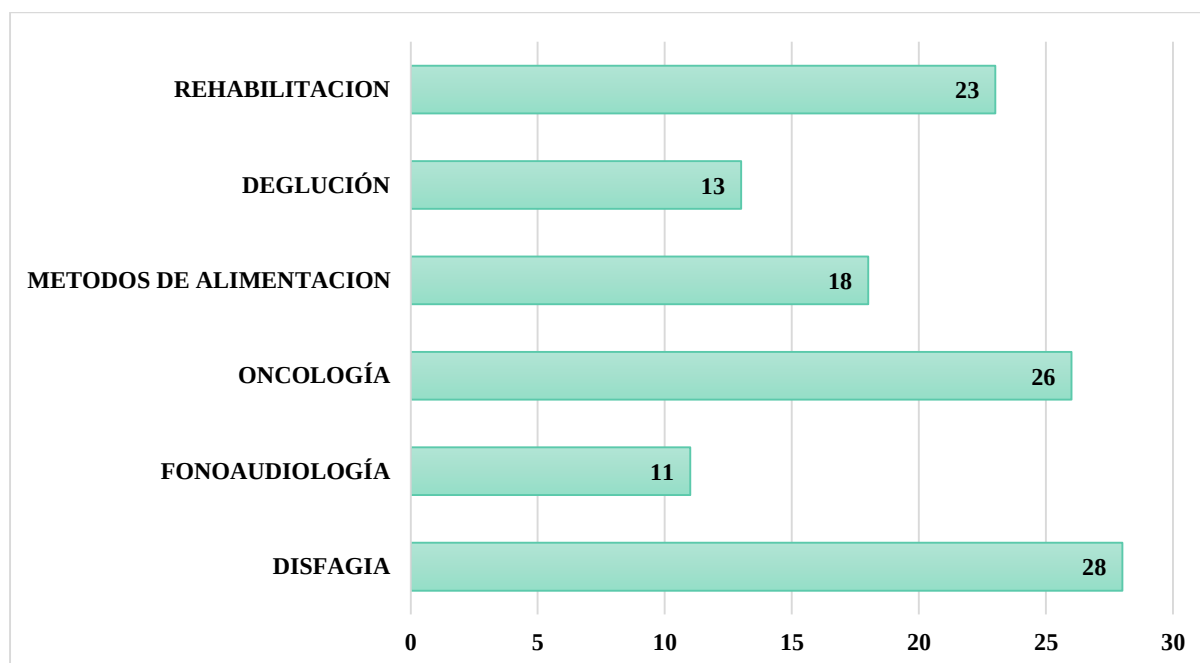
GRAFICA # 1: ARTÍCULOS ESCRITOS EN INGLÉS Y ESPAÑOL



En relación con el año de publicación de los artículos seleccionados, para el presente estudio se tuvieron en cuenta aquellos divulgados en un periodo de 7 años (2008-2016). Observándose que hubo 9 publicaciones en el año 2013, 4 artículos en el año 2012, 5 en el 2008, 3 en 2014 y 2015, 2 publicaciones para los años 2009 y 2016, y 1 para los años 2010 y 2011.

GRAFICA # 2: PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS EN UN PERIODO DE 8 AÑOS

De acuerdo con lo anterior, se realizó la búsqueda de los artículos haciendo uso de las palabras claves propuestas desde los criterios de inclusión del presente estudio como: Disfagia, Fonoaudiología, Oncología, Métodos de Alimentación, Deglución Rehabilitación en español y en inglés, Deglutition, Disorders, Language and Hearing Sciences Medical Oncology, Feeding Methods, Deglutition Rehabilitation., según el DeCS. Se encontraron 30 textos escritos de los cuales, para la palabra clave disfagia habían 28 artículos relacionados, 26 para oncología, 23 de rehabilitación, métodos alimenticios con 18 publicaciones, 13 en deglución y por último 11 artículos que mencionaban el rol Fonoaudiológico de una manera integral, evidenciándose mayor publicación de acuerdo a la palabra clave, disfagia y oncología, tal cual como se presenta en la siguiente gráfica.

GRAFICA #3: NUMERO DE PUBLICACIONES POR VARIABLE

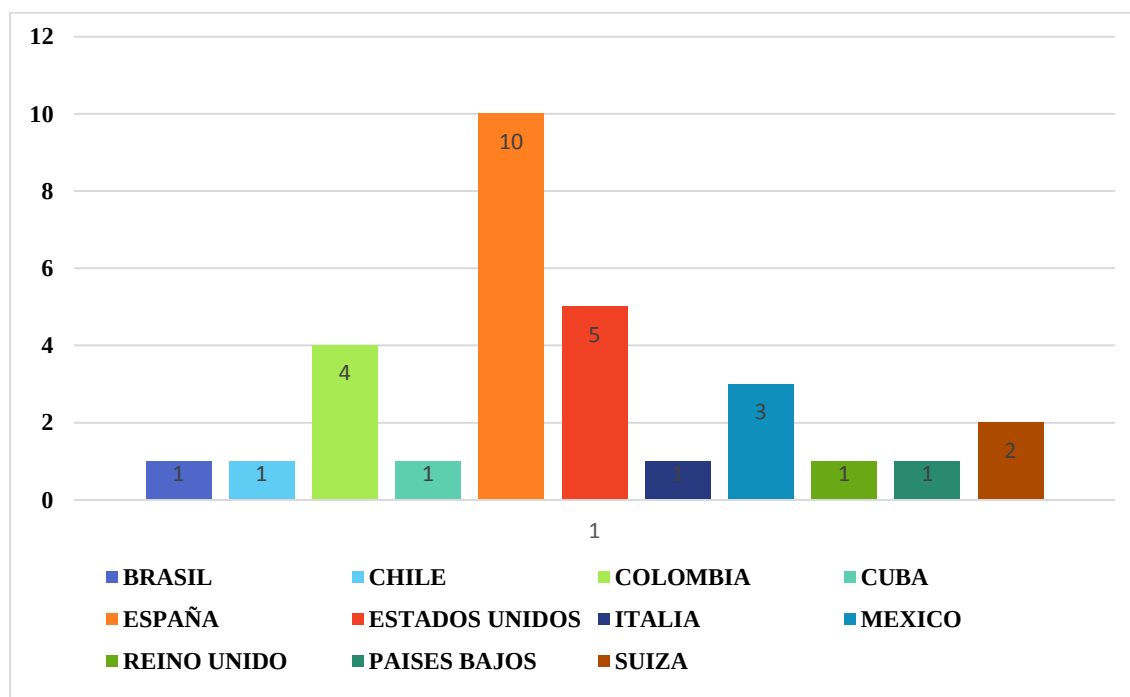
Teniendo en cuenta las palabras clave para la exploración de los artículos se consideró hacer una fusión entre estas con la finalidad de identificar las actividades relacionadas con la disciplina, formando binomios o trinomios de palabras las cuales se muestran a continuación

ESPAÑOL	INGLES
FONOAUDIOLOGÍA / CANCER	SPEECH THERAPY / CANCER
CANCER OROFARINGEO	OROPHARYNGEAL CANCER
DIETA / CANCER OROFARINGEO	DIET / OROPHARYNGEAL CANCER
DEGLUCIÓN / CANCER	SWALLOWING / CANCER
METODOS DE ALIMENTACIÓN / DISFAGIA / CANCER	METHODS POWER / DYSPHAGIA / CANCER
REHABILITACIÓN / CANCER OROFARINGEO	REHABILITATION / OROPHARYNGEAL CANCER
DISFAGIA	DYSPHAGIA

DISFAGIA / CANCER OROFARINGEO	DYSPHAGIA / OROPHARYNGEAL CANCER
CANCER DE CABEZA Y CUELLO	HEAD AND NECK CANCER
DISFAGIA / FONOAUDIOLOGÍA	DYSPHAGIA / SPEECH THERAPY
REHABILITACIÓN / DISFAGIA	REHABILITATION / DYSPHAGIA

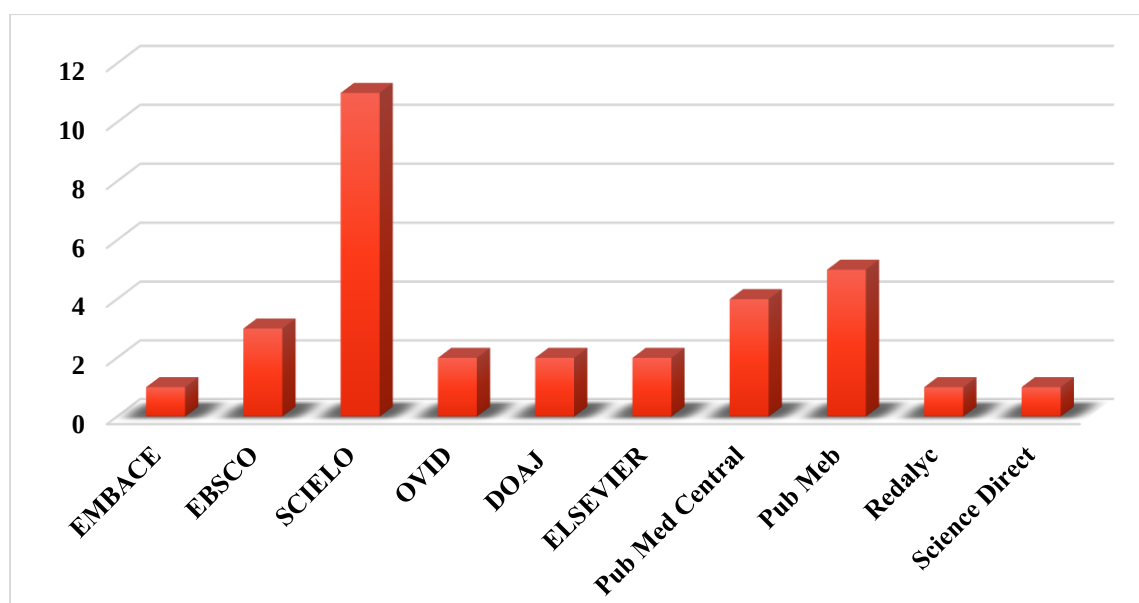
Además, se hizo una relación de los artículos hallados por país, encontrándose 4 publicaciones en Colombia y mayor número de publicaciones a nivel internacional: España con un total de 10 artículos, Estados Unidos con 5 publicaciones; México con 3, Suiza con 2 publicaciones y los países como, Italia, Brasil, Cuba, Países bajos, Reino unido y Chile con una publicación, para dar un total de 30 artículos publicados y usados para el trabajo de investigación.

GRAFICA #4: ARTICULOS SELECCIONADOS POR PAÍS



Por otro lado, como ya se había expuesto con anterioridad se realizó la búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos de la Universidad del Valle, EMBACE, EBSCO, SCIELO, OVID, DOAJ, ELSEVIER, Pub Med Central, Redalyc, Pub Med y Science Direct, las cuales arrojaron información importante para la construcción del estado del arte, encontrándose que la mayor publicación de artículos se hallaban en la base de datos SCIELO con 11 artículos, seguido de la base de dato Pub Med con 5 artículos, 4 en la Pub Med Central, la EBSCO con 3, en cuanto las bases de datos como OVID, DOAJ, ELSEVIER con 2 publicaciones cada uno y Redalyc, Science Direct y EMBACE con una sola publicación. Para dar un total de 30 artículos explorados y con información relevante al tema de investigación.

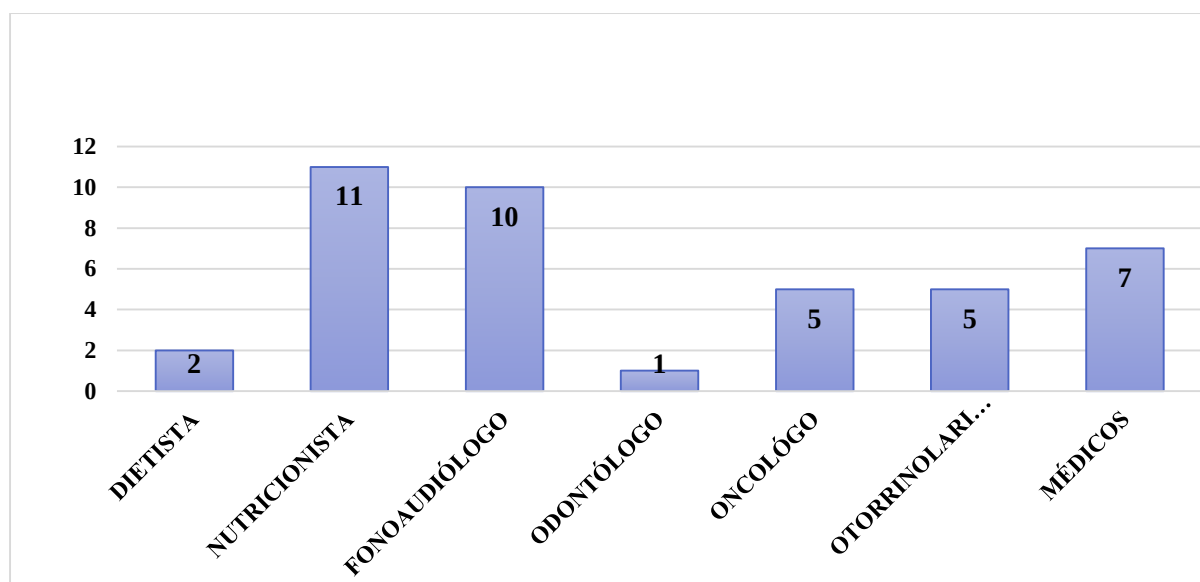
GRAFICA #5: BASES DE DATOS SELECCIONADOS PARA LA EXPLORACIÓN DE ARTICULOS PUBLICADOS ACORDE CON EL TEMA DE INVESTIGACIÓN



De acuerdo con los artículos seleccionados existe una intervención multi e interdisciplinaria por parte de los profesionales de la salud entre los que se encontraron: médicos (otorrinolaringólogo y oncólogo), nutricionistas, dietistas, enfermeras, odontólogos, fonoaudiólogos (patólogos del habla y del lenguaje, logopedas, terapeutas del habla) quienes intervienen en diferentes momentos, según los estadios del cáncer, en acciones como:

evaluación - diagnóstico, tratamiento específico mediante extirpación quirúrgica, quimioterapia, radioterapia y rehabilitación.

GRAFICA #6: PROFESIONALES QUE APORTARON A LA ESCRITURA DE LOS ARTÍCULOS ÚTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN



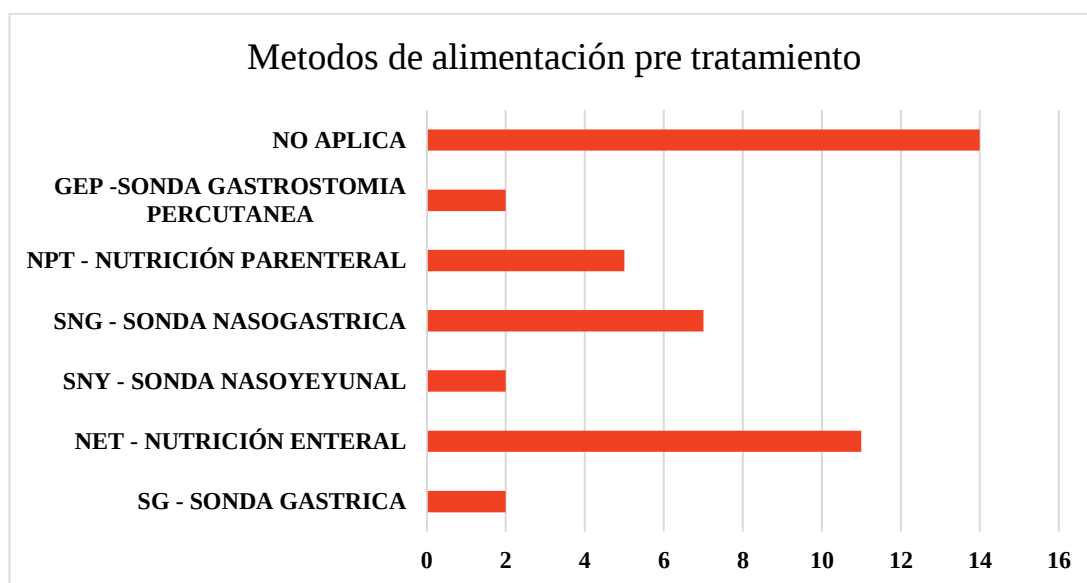
Cabe resaltar que se agruparon los profesionales expertos en el área de la comunicación y lenguaje que publicaron 10 artículos y que fueron relacionados entre los escritos por patólogos del habla y del lenguaje, logopedas, terapeutas del habla y fonoaudiólogos, que para efectos de visualización de la gráfica, se agruparon en el ítem de fonoaudiólogos. Así mismo, en el grupo de médicos no se especificó en algunos de los artículos el área de especialización quedando seleccionados los ítems de oncólogo, otorrinolaringólogo y médicos.

De acuerdo a la gráfica se identificó que los profesionales que más escriben y aportan a los procesos de intervención en los pacientes con cáncer orofaríngeo son los médicos con un total de 17 autores, seguidos por los nutricionistas y dietistas con un total de 13 autores. Dentro

de algunos artículos desarrollados por médicos y nutricionistas se observó el aporte de los fonoaudiólogos en la descripción de las acciones desarrolladas en la rehabilitación de los trastornos de ingesta a diferencia de los artículos escritos exclusivos de estos profesionales en los que la visión fue más integral.

Por otro lado se muestra a continuación aquellas consistencias y métodos de alimentación encontrados en los estudios de investigación, para el manejo de la disfagia y trastornos de la deglución, en los momentos pre y post tratamiento del paciente con cáncer orofaríngeo en las presentes gráficas.

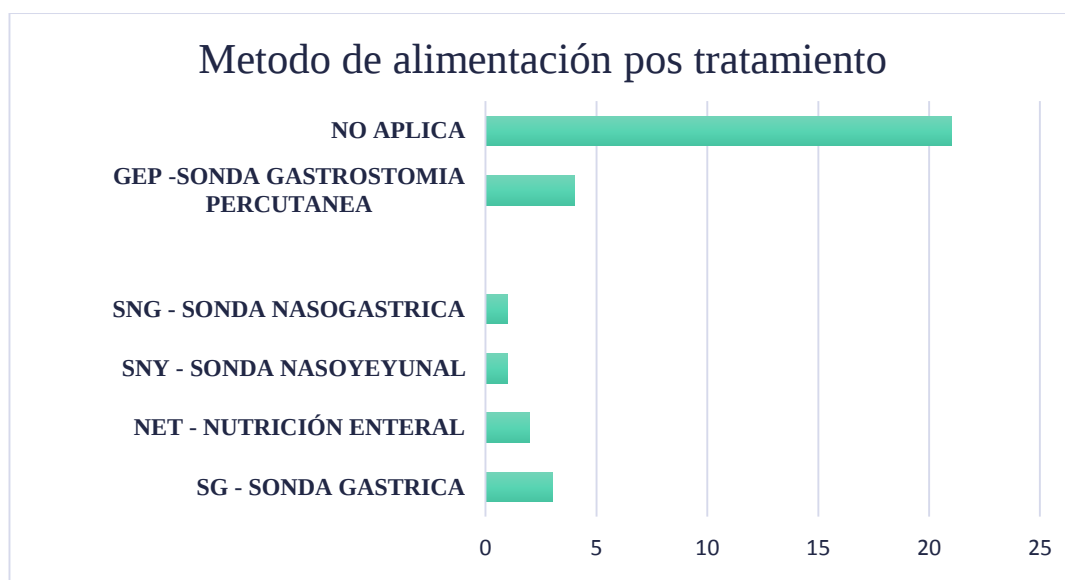
GRAFICA # 7: METODOS DE ALIMENTACIÓN EN EL PRE TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CÁNCER OROFARÍNGEO



De acuerdo con la gráfica, se identificó que en 14 de los artículos seleccionados no hubo discusión alguna frente a los métodos de alimentación en el pre tratamiento de los pacientes con cáncer; sin embargo se observó que 11 de los artículos explorados hablaban sobre el uso

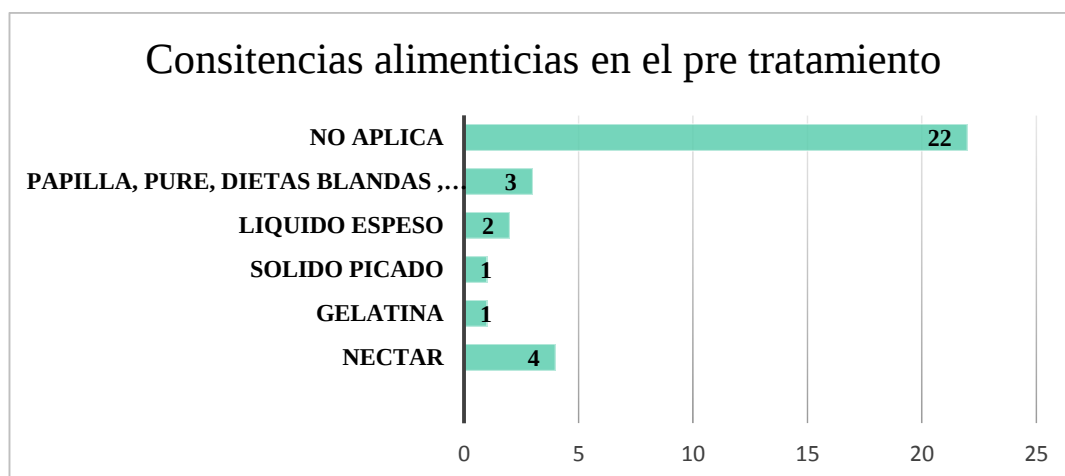
de la nutrición enteral pero no especificaban cuales, 7 de los estudios opinaron el uso de la SNG, 5 artículo de NPT y 2 expusieron sobre el uso de la PEG y SNY.

GRAFICA #8: METODOS DE ALIMENTACIÓ EN EL POS TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON CÁNCER OROFARINGEO



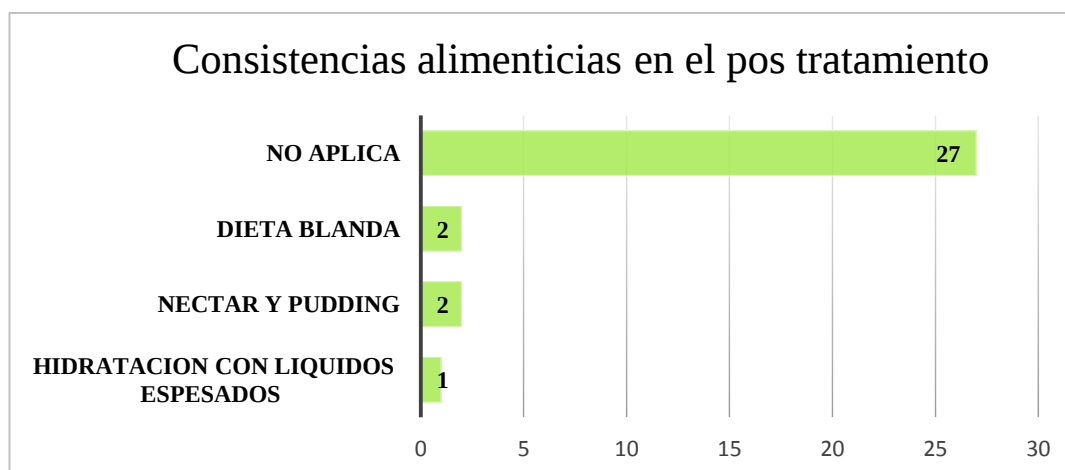
En cuanto a la gráfica de los métodos de alimentación después del tratamiento se observó muy poca información al respecto, encontrándose referencia al tema en 21 artículos; de esta manera, en 4 estudios se menciona el uso de la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP), que consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda en el estómago a través de la pared abdominal y que es usada fundamentalmente para administrar alimentación a los pacientes con disfagia con el fin de que el paciente pueda tener una adecuada esperanza de vida. (Peponi & Glanzmann, 2011); mientras que por otro lado, 3 de los artículos explican el uso de la sonda gástrica (SG), 2 de los artículos mencionan el uso de la NET sin especificar el tipo de sonda y 1 de los artículos referencia el uso de la SNG.

GRAFICA #9: CONSISTENCIAS ALIMENTICIAS EN EL PRE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER OROFARINGEO.



De acuerdo a la gráfica, se identificó que 22 de los artículos seleccionados no arrojan información específica sobre las consistencias alimenticias en el pre tratamiento de los pacientes con cáncer, 4 de los estudios expusieron sobre el uso de néctar como consistencia alimenticia a manejar, 3 artículos hablaron sobre el consumo de dietas blandas, papillas purés y molidos, 2 sobre la toma de líquidos espesos y 1 menciona el empleo de la gelatina como consistencia de elección.

GRAFICA #10: CONSISTENCIAS ALIMENTICIAS EN EL POS TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER OROFARINGEO.



En la anterior gráfica se muestra como pocos artículos referencian las consistencias alimenticias en el pos tratamiento para los pacientes con trastornos en la alimentación, encontrándose 27 artículos, solo 2 de los cuales arrojaron información sobre el manejo de dietas blandas, 2 sobre el uso del néctar y pudding y 1 sobre hidratación con líquidos espesos.

De acuerdo con lo anterior se evidenció poca información sobre el manejo de estos procesos en el pre y pos tratamiento del cáncer; sin embargo se expondrán a continuación algunos apartados de los artículos seleccionados que revelan las consistencias, métodos de alimentación, técnicas compensatorias y facilitadoras, maniobras y rehabilitación en los pacientes con cáncer orofaríngeo con secuelas de disfagia.

Las fonoaudiólogas Castro & Sampallo (2014) en su estudio de investigación “*CONSISTENCIAS Y TEXTURAS ALIMENTICIAS EN DISFAGIA. PERSPECTIVA FONOAUDIOLÓGICA*”, abordan los contenidos que hacen referencia a la caracterización del alimento tomando en cuenta tres conceptos principales: consistencia, textura y viscosidad.

Consistencias: La identificación de las consistencias debería ser muy específica. Muchos clínicos tienden a dividir por tipos de alimento en varios subtipos acorde a la viscosidad y/o cualidades cohesivas. Esto implica que si la viscosidad es más alta el fluido es más lento (ejemplo miel), en cambio si la viscosidad es baja, el fluido fluye más rápido (ejemplo agua). La cohesión en cambio describe la habilidad del material para permanecer junto y uniforme y típicamente esta usada para describir las propiedades de los sólidos (ejemplo apio) o semisólidos (ejemplo fideos). Así mismo, se tiene en cuenta que los alimentos cambian durante la manipulación del bolo en la cavidad oral, visto en un coctel de frutas pues pasa de sólido a sólidos mixtos y a líquidos claros durante la masticación. En la circunstancia en el que la

persona se someta a algún tipo de tratamiento, o se vea enfrentada a alguna patología, al momento de consumir alimentos es necesario hacerle determinadas modificaciones, las cuales se verán implicadas en las consistencias que puede o no asumir, con tal de lograr una exitosa y segura ingesta del mismo. Frente a esto Jegtvig describe: Líquido claro; Líquido espeso; Puré y Blando.

Texturas: Las texturas en los alimentos juegan un rol importante en el cuidado de los pacientes con disfagia, es necesario ejemplificar las texturas con tal de comprender las diferencias que existen entre una y otra de la siguiente forma: Líquido (Fluido normal, Ligeramente espeso, Moderadamente espeso, Extremadamente espeso), Alimento (Alimento normal, Blando, Picado y húmedo, Puré suave)

Viscosidad: Se refiere a la propiedad clínicamente relevante de los líquidos utilizados para el manejo de la disfagia. Así mismo la ASHA define la viscosidad como una propiedad del líquido que describe la resistencia del material para fluir. Al aplicarlo a un estado definido como es el líquido, puede observarse unos rangos que correlacionan su unidad dinámica de medida, en estos se encuentran: Claro, Néctar, Miel, Espeso.

Es fundamental conseguir que las texturas de los alimentos sean homogéneas, evitando siempre alimentos pegajosos y con doble textura o que se fragmenten con facilidad. Por tanto es importante que en estos pacientes, se adapten la textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos teniendo en consideración el grado de disfagia orofaríngea que presenten los pacientes. En la actualidad existen diversas guías clínicas que describen cómo conseguir distintos niveles de adaptación de sólidos y líquidos. (García & Velasco, 2014).

Para más información, Castro y Sampallo (2014) exponen la clasificación de los alimentos recomendados presentando algunas consideraciones para los líquidos y sólidos, considerando la textura y la viscosidad.

Tabla 1.

Categorización de las características de los alimentos aplicada en contexto específico.

Consistencia	Textura	Viscosidad	Reología	Alimentos Recomendados
Líquido	Claro	Claro	Poco viscoso	Agua, café (sin granos o residuos), té, infusiones, gaseosa, jugo sin pulpa, leche materna (en caso de lactantes)
	Espeso –tipo néctar–	Como néctar	Poco viscoso	<u>Lácteos:</u> leche, batidos ^(b) , yogurt sin fruta ^(b)
	Espeso –tipo miel–	Como miel	Viscoso	Malteadas, algunas compotas, jugos, avenas o coladas (libre de grumos)
	Espeso	Como espeso	Viscoelástico	<u>Cereales:</u> blando libre de grumos (como puré de papilla), pasta o fideos en puré, arroz en puré <u>Verduras y legumbres:</u> verduras en puré, papas hechas puré, legumbres en puré, sopa de verduras que han sido mezclados (libre de grumos) ^(b) <u>Frutas:</u> puré de frutas, banano hecho puré <u>Lácteos:</u> yogurt sin grumos, pasta de queso suave (queso para untar o cuajada) <u>Proteína y nueces:</u> puré de carne/pescado (puré con salsa para lograr una textura húmeda espesa), soufflés y mousses (mousse de hígado, tipo paté), legumbres en puré, hummus, tofu blando, puré de huevos revueltos <u>Postres:</u> flan, postres lácteos ^(b) , flanes ^(b) , yogurt ^(b) y helado ^(b) , merengue suave, crema ^(b) <u>Variado:</u> sopa (sin grumos) ^(b) , mermelada, condimentos y salsas blandas.

Así mismo, presentan los alimentos recomendados considerando el grado de severidad de la disfagia, en donde puede apreciarse que existe una variedad en cuanto a las consistencias - texturas y demás caracterizaciones, evitando signos de penetración y aspiración a vía aérea. (Castro & Sampallo, 2014)

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta la evaluación de la severidad de la disfagia, puede determinarse el mejor momento para la alimentación por vía oral, el tipo de consistencia, las restricciones de ciertos alimentos y el uso de alternativas de alimentación. La severidad de la disfagia se determina a partir del nivel de deterioro global del paciente y de la consistencia, textura y volumen de alimento tolerado. Dependiendo de las manifestaciones clínicas del paciente durante la deglución de los líquidos y otros tipos de alimentos el grado de severidad de disfagia puede ser leve, leve-moderado, moderado, moderadamente-severo o severo. (Aguirre & Bravo, 2015)

García y Velasco (2014), exponen un *Método de Exploración Clínica Volumen –Viscosidad (MECV-V)* que permite identificar precozmente a los pacientes con disfagia orofaríngea, y por tanto con riesgo de presentar alteraciones de la eficacia y seguridad de la deglución que podrían desencadenar en el paciente desnutrición, deshidratación y aspiraciones. Este método de cribado, además de detectar algunos de los signos más frecuentes es importantes de la disfagia, también nos orienta sobre cuál es la viscosidad y el volumen más adecuados para compensar al paciente y alimentarlo de una manera segura y eficaz. El MECV-V consiste en administrar al paciente 5, 10 y 20 cc de alimento en texturas néctar, pudding y líquido, obtenidas con espesante comercial. Así mismo observar la presencia de tos, cambios vocales, residuos orales,

deglución fraccionada, incompetencia del selle labial o residuos faríngeos, mientras se monitoriza la saturación.

Los signos clínicos que detecta el MECV-V son:

- Inadecuado sello labial, es decir la incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca.
- Existencia de residuos orales en lengua, debajo de lengua y encías una vez acabada la deglución.
- Deglución fraccionada, es decir necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.
- Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, que dejan sensación de tener residuo en la garganta.

Durante la aplicación del MECV-V, si el paciente presenta cualquiera de estas alteraciones: tos, cambio de voz o desaturación de oxígeno, la prueba para ese volumen y esa viscosidad se considerará positiva, es decir, será un bolo poco seguro para el paciente, por lo que será necesario aumentar la viscosidad y/o disminuir el volumen para poder nutrirlo e hidratarlo de forma segura.

En la práctica clínica habitual, cuando se confirma que no es posible mantener un estado de nutrición e hidratación adecuado solo con una alimentación por vía oral, por ser ésta insuficiente, ya sea por el tamaño del tumor, laceraciones, falta de apetito, entre otros, de acuerdo con esto se debe recurrir a los suplementos nutricionales orales (SON). (García & Velasco, 2014)

Según el estudio de Pérez y Delfín (2013), el tratamiento de la radioterapia, radioquimioterapia y cirugía presentan una causa y un efecto en cada uno de los procesos, tal es el caso del estrés metabólico causado por la cirugía, y que se asocia a un hipermetabolismo, falla orgánica múltiple y pérdida de proteínas. Los efectos secundarios como la diarrea, vomito, náuseas, disfagia, odinofagia, xerostomía, hipogeusia o ageusia dan como resultado una disminución en la ingestión de alimentos, la cual a su vez conlleva a un estado de desnutrición. Un dato importante es que los pacientes sometidos a radioterapia y cirugía concomitante tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones, tales como disfagia y odinofagia severa, las cuales pueden afectar gravemente el estado de nutricio del paciente. La desnutrición y la pérdida acelerada de peso son el diagnóstico secundario más frecuente en pacientes con cáncer. (Pérez & Delfín, 2013). Por todo lo anterior, es importante la intervención del fonoaudiólogo en el manejo del cáncer orofaríngeo con el fin de lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

En el tratamiento quirúrgico, al realizarse una resección o extracción de algunas estructuras de la boca pueden empeorar las funciones deglutorias, lo que genera aumento o acumulación de residuos a nivel vestibular o faríngeo, aparición de infecciones orales, incremento de la latencia del reflejo deglutorio y del tiempo de tránsito del bolo y por lo tanto riesgo de penetración o aspiración después de la deglución sobre todo en los pacientes que son sometidos a la glossectomía total. En el caso del tratamiento de radioterapia la cual en ocasiones es utilizada comúnmente en conjunto con la extirpación quirúrgica de tumores de CC y aunque ofrece importantes beneficios curativos, también induce daños en los tejidos normales y puede dar lugar a la mucositis, xerostomía, fibrosis, necrosis de los tejidos blandos, y osteorradionecrosis de la mandíbula, lo que hace necesario implementar cambios en el manejo no sólo de la consistencia, sino también en la temperatura, para evitar el consumo de

alimentos calientes por las quemaduras que pueden producir en la mucosa. También por la quimioterapia se reduce el flujo salival entre otros. (Pauloski, 2008), situación que debe considerarse al momento de definir la humedad o hidratación de los alimentos.

Por otro lado también es importante mencionar que en el tratamiento del cáncer orofaríngeo, los pacientes tienden a padecer de desnutrición, deshidratación, infecciones respiratorias y posteriormente neumonías, para ello se es necesario adoptar una serie de medidas posturales, higiénicas y soportes nutricionales, siendo el fonoaudiólogo el encargado de implementar las siguientes recomendaciones:

- Asegurar una posición corporal de seguridad a la hora de las comidas, manteniendo al paciente sentado con la espalda en contacto con el respaldo de la silla y los pies apoyados en el suelo o en posición de 45°, si se le alimenta en la cama, con la cabeza ligeramente flexionada durante la deglución, evitando la hiperextensión del cuello.
- El paciente debe estar en actitud vigilante, respondiendo a órdenes sencillas. No se debe dar de comer a ningún paciente somnoliento o con tendencia al sueño.
- Se debe evitar distraer al paciente durante la comida.
- No utilizar jeringas ni pajitas.
- El ambiente debe ser cómodo y tranquilo.
- El paciente debe ser siempre vigilado durante las comidas.
- Mantener una higiene bucal.¹²

¹² (García & Velasco, 2014)

Según los autores Nazar y Fuentealba (2009) en su estudio “EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA DISFAGIA OROFARINGEA” exponen que la rehabilitación de la disfagia es realizada principalmente por el equipo de fonoaudiología, contando con el apoyo de fisiatras, nutricionistas, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales. Determinando de esta manera que la rehabilitación de la deglución debe ser manejada por un tratamiento directo e indirecto.

Tratamiento indirecto: Se realiza sin alimentos y consiste en ejercicios para mejorar motricidad oral, faríngea y laríngea. Se realiza deglución de saliva y estimulación termal y con sabores. Se enseñan maniobras que previenen la aspiración, como es la doble deglución.

Tratamiento directo: Con alimento, incluye ejercicios motores orales, técnicas posturales compensatorias, maniobras de deglución y modificación de la dieta. En algunos casos puede ser necesario el uso de dispositivos que faciliten la alimentación, como cucharas de goma, pocillos hondos, vasos que prevengan el derrame de líquidos, etc. Las maniobras de deglución consisten en combinaciones de cambios posturales, ejercicios musculares y técnicas respiratorias que permiten realizar una deglución más segura al compensar las alteraciones presentes en el proceso. Un ejemplo es la deglución Supraglótica, en la cual el paciente deglute con una apnea forzada tras inspirar profundamente, manteniendo las cuerdas vocales cerradas durante el tránsito del bolo hacia el esófago.

Cuando un paciente ha estado en régimen 0 durante algún período, el reinicio de la alimentación oral constituye un momento crítico para evaluar tanto la eficacia de la rehabilitación como el riesgo de aspiración. En esta circunstancia se indica una ingesta terapéutica, que corresponde a la administración de alimento asistida por el fonoaudiólogo y con estricto control de saturación de O₂, aumento de secreciones y sinología aspirativa. Según

la tolerancia del paciente y las dificultades que se detecten, se podrá aumentar progresivamente la ingesta oral o bien solicita una reevaluación endoscópica o videofluoroscopia. La meta que se persigue en todo paciente con disfagia es lograr recuperar una alimentación exclusiva, o al menos parcial, por vía oral. Si la respuesta a la rehabilitación es satisfactoria, se evaluará un eventual retiro de las sondas de alimentación.

En algunos casos puede ser necesaria la utilización de medicamentos como terapia adyuvante. Los medicamentos sialagogos y anticolinérgicos permitirán regular el flujo salival. Para Prevenir el reflujo gastroesofágico se utilizan inhibidores de la bomba de protones (omeprazol y derivados).

Es fundamental el entrenamiento de familiares y cuidadores sobre las técnicas a incorporar durante la alimentación del paciente, para así mantener controlado el riesgo de eventos aspirativos una vez que el paciente regrese a su hogar. Deben dejarse indicaciones generales por escrito, que sean visibles para todo el equipo de salud durante la hospitalización. Al ser dado de alta, al paciente y su familia se le entregan por escrito una serie de consejos de alimentación: consistencia de sólidos y líquidos, posición de la cabeza y del cuerpo, necesidad de ayuda y/o supervisión, etc.

Además se destaca el rol del fonoaudiólogo en el proceso de la cirugía en la disfagia orofaríngea, la gran mayoría de los pacientes con trastornos de deglución faríngea puede ser manejada exitosamente con la rehabilitación fonoaudiológica, siendo más bien excepcionales los casos que requerirán de algún tipo de procedimiento quirúrgico. En casos severos de

disfagia orofaríngea, con aspiración inmanejable y neumopatías a repetición, puede ser necesario realizar cirugías paliativas de salvataje: traqueostomía asociada a una desfuncionalización laríngea (sutura de cuerdas vocales) o a una separación laringotraqueal. Sin embargo, la mayoría de las terapias quirúrgicas en disfagia buscan apoyar el proceso de rehabilitación, corrigiendo trastornos funcionales y favoreciendo el reestablecimiento de la ingesta oral. Estos procedimientos se clasifican en:

Técnicas que controlan la insuficiencia velo-faríngea: La palatopexia está indicada para evitar el reflujo faringe-nasal en pacientes con paladar parético o francamente paralizado y consiste en fijar la mitad afectada del paladar blando a la pared posterior faríngea.

Técnicas que previenen la aspiración: En casos de parálisis laríngea con cuerda vocal fija en abducción, se puede cerrar el hiatus glótico y prevenir la aspiración mediante una inyección cordal o una tiroplastía de medialización. La tiroplastía es una cirugía realizada sobre el esqueleto laríngeo, en la cual la cuerda vocal paralítica es medializada mediante la colocación de un injerto.

La suspensión laríngea es otro procedimiento que reduce el riesgo de aspiración, al elevar y adelantar la laringe y así dejarla menos expuesta a una aspiración por derrame del bolo o por residuos hipofaríngeos.

DISCUSIÓN

El presente estado del arte permitió identificar el rol del fonoaudiólogo en el manejo del proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo. A continuación se presenta una discusión que comprende la comparación entre la teoría que existe acerca de aquello que implica para el fonoaudiólogo actuar en el campo clínico y aquello que se está haciendo, con el fin de identificar tanto los avances como las concordancias entre la teoría y la práctica reportada en la literatura correspondiente a los últimos ocho años.

A partir del marco teórico y los resultados presentados en los apartados anteriores se dispone de una información relevante para la formulación conceptual, la identificación de factores de riesgo y síntomas primarios y secundarios en los diferentes etapas del diagnóstico y tratamiento del cáncer, para la definición de los momentos de intervención del equipo inter y multidisciplinar en el manejo del cáncer orofaríngeo y para la definición del rol del fonoaudiólogo como profesional experto en la determinación de habilidades comunicativas y las prácticas adecuadas para el desarrollo de un proceso de ingesta de alimentos eficaz y eficiente, permitiendo así el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios y sus familias y su integración en los diferentes contextos.

La evidencia muestra poca participación del profesional en fonoaudiología en acciones pretratamiento de tipo preventivas, de detección, investigación, asesoría y acompañamiento y de evaluación–diagnóstico del cáncer, con excepción del momento de valoración diagnóstica con el apoyo de la videofluoroscopia; pero con mayor prevalencia en el abordaje de las dificultades en la etapa post quirúrgica donde sobrevienen las secuelas estructurales y

funcionales para el desempeño de las funciones fonatorias, articulatorias y del proceso de ingesta de alimentos del paciente oncológico.

Dentro de los profesionales de la salud y el proceso de intervención del cáncer orofaríngeo, se encontró una amplia participación del nutricionista en todas las etapas del diagnóstico y tratamiento del cáncer. En los momentos preliminares a la definición del tratamiento, estos profesionales implementan protocolos de intervención que permiten una valoración global del estado y el riesgo nutricional y la definición de la capacidad deglutoria. Se resalta el estudio de Arribasla & L.Hurtos (2013) en el que según la *ESPEN European Society for Parenteral and Enteral Nutrition* se recomienda realizar una valoración nutricional periódica y preventiva en pacientes Oncológicos para implementar el manejo oportuno en aquellos pacientes en los que se detecte un déficit nutricional empleando el VGS-GP Valoración Global Subjetiva por el paciente el cual permite conocer la prevalencia de desnutrición de los pacientes con CCC en el momento del diagnóstico, el NRS Nutricional Risk Screen que evalúa el riesgo nutricional al considerar el peso, cambios en la dieta y presencia de enfermedad aguda; el GUSS Gugging Swallowing Screen el cual ofrece la posibilidad de poder establecer un plan de alimentación adecuado para el grado de disfagia que presente el paciente (García & Trujano, 2013) y el IMC Índice de Masa Corporal en los pacientes diagnosticados con neoplasia de cabeza y cuello, para la evaluación del riesgo nutricional, de la capacidad deglutoria y la determinación de adaptación de un soporte nutricional precoz e intensivo reduciendo la pérdida de peso, antes, durante y después del tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias y así mismo evitar complicaciones asociadas como la desnutrición y la deshidratación.

La aplicación de estos protocolos es muy útil, para detectar malnutrición, seleccionar pacientes que se beneficien de una intervención nutricional específica y para diseñar un tipo de intervención para los pacientes oncológicos, es a su vez un arduo trabajo que requiere mucho tiempo y dedicación, y que debe manejarse a través de equipos especializados con un alto grado de entrenamiento en oncología en los que participe el fonoaudiólogo.

De acuerdo con lo anterior el paciente oncológico es tratado estructuralmente con medición de los riesgos, avances de la enfermedad y mal pronóstico sin considerar las consecuencias comunicativas del individuo como ser social. Se definen con prioridad los riesgos de una penetración y una broncoaspiración y por consecuencia los riesgos de una neumonía secundarias a procesos inadecuados durante la ingesta de alimentos, pero se dá poca importancia al proceso de rehabilitación del habla y la comunicación, lo que amerita fonoaudiólogos integrales con una visión sistémico ecológica del ser humano con necesidades comunicativas y de participación dentro de los diferentes contextos.

El equipo de profesionales encargado de los pacientes oncológicos, además del nutricionista y el fonoaudiólogo, debe contar con médicos especialistas en cirugía general, otorrinolaringología, oncología, radiología, además de especialistas en odontología en higiene oral, cirugía oral y maxilofacial y prostodoncia.

Cabe aclarar que aunque existen diferentes profesionales especializados no es fácil articular un trabajo y coordinar todas las acciones individuales en beneficio del paciente, quien muchas veces tiene que equilibrar por la seguridad de este y la actuación en salud con criterios de calidad, las sugerencias y propuestas de intervención de cada profesional y es por eso que el médico tratante o el personal de enfermería de salas de hospitalización debe mediar al

conocer un usuario con necesidades vitales durante cada etapa. Según Aguirre y Bravo (2013), el equipo profesional que atiende las necesidades del paciente terminal y de su familia debe ser interdisciplinario y el programas en Cuidados Paliativos ofrecido por una institución de salud deben brindar en cualquiera de las instancias, asistencia de calidad, con equidad y accesibilidad; a nivel domiciliario, hospitalario o en instituciones tipo hospicio o geriátricas.

Por lo tanto hoy en día se requiere de la participación de profesionales que elaboren e implementen protocolos en los que se consideren también “los periodos de crisis por los que tienen que atravesar estas personas, donde hay un momento sintomático antes del diagnóstico y una adaptación inicial; un periodo crónico, comprendido entre el inicio del tratamiento sintomático y las complicaciones severas; y un periodo terminal, en el que hay un grado severo de discapacidad y conocimiento de muerte inevitable” (Aguirre & Bravo, 2015). Por tanto en cada momento de abordaje de estos pacientes es importante que se promuevan los CP y la rehabilitación no solo en los métodos de alimentación y la disfagia sino también en las habilidades comunicativas, pensándose a la persona como un ser social que tiene emociones, ideales, que siente y que piensa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en el 2002 los cuidados paliativos (CP) como “la asistencia promovida por un equipo interdisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”. Los CP, al desarrollarse como respuesta al sufrimiento, se convierten en un derecho básico para todo paciente con una enfermedad que no responde al tratamiento. Por ello, se deben organizar y adaptar al modelo

de atención de salud de cada país, considerando la cultura y contexto de los pacientes y sus familias.

De acuerdo con lo anterior la fonoaudiología busca generar calidad de vida y bienestar a los pacientes con CCC y a sus familiares, mediante el establecimiento de canales comunicativos y el manejo de algunos síntomas como la disfagia y el dolor cráneo-facial.

Por otro lado existen otros aspectos a considerar dentro de la intervención profesional del fonoaudiólogo, la ética en la intervención de la comunicación plantea que se debe velar por generar canales comunicativos de cualquier modalidad. Incluso, se debe garantizar la implementación de un método comunicativo real, ajustado al contexto cultural y ambiental del paciente, considerando a la familia. En cuanto a la ética fonoaudiológica en la intervención de la deglución plantea que las distintas acciones profesionales deben considerar los factores relacionados con la seguridad y eficacia de la deglución. (Aguirre & Bravo, 2015)

Hecha tal salvedad, dentro de los procesos y el manejo del fonoaudiólogo en los pacientes con cáncer orofaríngeo, cabe destacar el que hacer de este profesional, los momentos y acciones ejecutadas en las etapas del cáncer; por ende es fundamental un diagnóstico precoz de la misma y la instauración de un tratamiento eficaz que incluya maniobras posturales, soporte nutricional, técnicas compensatorias y rehabilitación, así mismo formar parte de un equipo inter y multidisciplinar que participe del tratamiento de evaluación e intervención de los pacientes con cáncer que presenten dificultades en el proceso de comunicación, alimentación o síntomas como la disfagia, siendo esta la única manera de asegurar una atención integral a largo plazo a estas personas con el fin de que disminuya su morbi-mortalidad.

Como se afirmó con anterioridad el fonoaudiólogo debe tener conocimiento del diagnóstico clínico y tener la posibilidad de ampliar el diagnóstico de base del paciente considerando algunos aspectos tales como:

- Historia médica, con datos sobre neumonías previas, procesos de aspiración, picos febriles, antecedentes de intubación o traqueotomía.
- Estudio del nivel funcional motor, fatigabilidad y control postural.
- Función motora oral y faríngea, exploración de la sensibilidad orofaríngea, de los reflejos velopalatino, deglutorio y la presencia de tos voluntaria.
- Un test con texturas, en el que se observe la presencia de apraxia de la deglución, residuos orales, tos o carraspeo al tragar, elevación laríngea reducida, voz húmeda o degluciones múltiples para un mismo bolo.¹³

Es importante que dentro del ámbito clínico y ambulatorio de las personas que presenten disfagia o trastorno de la alimentación, se favorezca la intervención fonoaudiológica, a través del manejo apropiado del sistema estomatognático, la deglución segura, la hidratación, la nutrición y el favorecimiento de la calidad de vida de la persona con disfagia, ya que lo ideal es que se preserve el estado de salud, mientras se siga alimentando por vía oral y se preserve la independencia en esta actividad diaria, que es la alimentación.

A su vez es importante que se sigan publicando artículos por parte de los fonoaudiólogos y de esta manera se den a conocer sus experiencias y aprendizajes, así como el requerimiento de

¹³ (Aguirre & Bravo, 2015)

un trabajo integral, con definición de los procesos en los que puede intervenir y el trabajo en conjunto que puede llegar a desarrollar de la mano con otros profesionales, tales como: los nutricionistas y los dietistas, encargados de determinar la cantidad de las dietas para mantener el paciente con un suficiente contenido calórico basado en las recomendaciones del fonoaudiólogo encargado de asignar las consistencias del alimento y de esta manera entre ambos profesionales mantener al paciente hidratado con las comidas y contenidos de fluidos adecuados e individualizados.

De acuerdo con los resultados en el que se menciona la aplicación del Método de Exploración Clínica Volumen –Viscosidad MECV-V y aunque la aplicación de este protocolo es específicamente de los nutricionistas, cabe resaltar que el fonoaudiólogo también sería el profesional idóneo para su implementación, desde sus conocimientos en el manejo de la deglución, la disfagia y los métodos de alimentación. Igualmente se destaca la labor en conjunto con las enfermeras y las auxiliares, encargados de la atención directa del paciente en el manejo posterior de las actividades básicas y de la vida diaria durante la estancia intrahospitalaria y también en consulta externa. También están los terapeutas respiratorios, que son profesionales capacitados para trabajar con pacientes que sufren de problemas y/o afecciones cardio-pulmonares o respiratorias agudas o crónicas, por ende también son los encargados del manejo de la neumonía por aspiración.

Por tanto, para que el trabajo en equipo se dé, es importante que se manejen las 4C: compromiso, complementariedad, coordinación y comunicación que permiten que se respete la opinión y saberes de cada uno de los profesionales y así mismo se tomen las decisiones adecuadas ante el paciente.

Como se explicó con anterioridad en el marco teórico, la vía de alimentación convencional para cualquier persona sana es la vía oral; pero el paciente con cáncer de cavidad oral presenta con frecuencia incapacidad para masticar, deglutir los alimentos o ambos, y en este caso el fonoaudiólogo, es quien define el tipo de alimentación previo y posterior al tratamiento, con el propósito de evitar secuelas secundarias, sobre todo en el post tratamiento ya que los métodos de tratamiento para el cáncer tienden a presentar reacciones adversas. (Pauloski, 2008). El fonoaudiólogo se encarga de determinar las estrategias facilitadoras, compensatorias y posturales de acuerdo con cada caso para hacer más eficiente el proceso de ingesta y más segura la deglución, mientras que el nutricionista determina las cantidades de ingesta y el médico los tipo de nutrición enteral o parenteral en caso de requerirse.

Los Patólogos del Habla - Lenguaje / Fonoaudiólogos han sido designados como los profesionales idóneos para el manejo de la disfagia. Los Fonoaudiólogos participan activamente en el manejo de los pacientes con disfagia y ofrecen servicios que incluyen la evaluación, diagnóstico y rehabilitación. Tienen la responsabilidad de con la información obtenida durante la evaluación, hacer recomendaciones de alimentación incluyendo el tipo de dieta, la cantidad de la comida a ingerir por cada porción, el posicionamiento y otras técnicas de facilitación, y los ejercicios de terapia indirecta para favorecer un adecuado proceso de ingesta. Los pacientes que están motivados, moderadamente en estado de alerta y tienen cierto grado de deglución son candidatos apropiados para la rehabilitación de la disfagia.

Siempre que sea posible se debe intentar rehabilitar al paciente para que pueda en menor o mayor medida mantener una ingesta oral adecuada y poder retirar la NE si la hubiese. En este sentido la rehabilitación es un pilar básico en el tratamiento del paciente con disfagia. A parte de las estrategias posturales mencionadas anteriormente, es preciso realizar siempre por el

personal entrenado estrategias de estimulación sensorial (estimulación mecánica de la lengua, estimulación térmica, cambios de sabores).

En concordancia con el marco teórico revisado, además de la terapia directa donde se trabajan ejercicios para el control neuromuscular y las practicas deglutorias con saliva o diferentes consistencias alimenticias, existe una terapia indirecta de intervención siendo este el trabajo preparatorio para la estabilización de patrones musculares de cabeza, cuello, estructuras orofaciales y laríngeas, con el fin de rehabilitar las funciones fonatoria, respiratoria, articulatoria y resonancial.

De acuerdo con todo lo anterior expuesto sobre la importancia y el papel que debe desempeñar el fonoaudiólogo dentro del proceso y manejo de ingesta en los pacientes con cáncer orofaríngeo, se hace necesario decir que este profesional está capacitado y se requiere de su trabajo en el campo clínico, por ende es importante que tanto los estudiantes de pregrado como los egresados investiguen y publiquen sus acciones en el que hacer en los pacientes oncológicos para el aprovechamiento de dichas experiencias

CONCLUSIONES

- Todas las unidades funcionales para la atención integral del cáncer y la implementación de los cuidados paliativos según la ley 1384 de Abril 19 de 2010 deberán disponer de un fonoaudiólogo como el profesional idóneo para la rehabilitación de los procesos comunicativos y/o del proceso de ingesta de alimentos.
- Una orientación nutricional oportuna y adecuada puede disminuir los índices de riesgo nutricional. Por lo cual es de vital importancia contar con el fonoaudiólogo como parte

del equipo multidisciplinario para la determinación de las consistencias alimenticias a suministrar en cualquiera de los estadios del cáncer.

- La intervención fonoaudiológica para el manejo de las alteraciones vocales, del habla y del proceso de ingesta de alimentos debe abordarse desde el momento mismo del diagnóstico y la detección del Cáncer y no en forma tardía como lo reportan los resultados.
- Un tratamiento oportuno de la disfagia con el apoyo del nutricionista y el fonoaudiólogo puede evitar la pérdida de peso crítico, estados de desnutrición y deshidratación, neumonías o complicaciones que deterioran la calidad de vida del paciente oncológico.
- El profesional en fonoaudiología es el profesional con las competencias para determinar las modificaciones del alimento es decir, textura –viscosidad para que el paso del bolo a través del sistema estomatognático y tracto arodigestivo superior sea seguro y exitoso

RECOMENDACIONES

A partir del presente estado del arte, pueden generarse otros trabajos que permitan el diseño de los protocolos y guías de manejo para la promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo de neoplasias y enfermedades relacionadas en pacientes oncológicos con disfagia orofaríngea. Por tanto se espera que este documento sea tomado como un referente conceptual, de todas las acciones que puede realizar un fonoaudiólogo, resaltando que no solo este profesional es apto para trabajar e intervenir en la atención del paciente en estado terminal, sino, desde el comienzo y durante el tratamiento de la enfermedad, permitiendo que el fonoaudiólogo de forma integral se adapte a las necesidades del sujeto, generando una eficacia en los resultados, el aprendizaje y conocimientos del manejo en el proceso de ingesta de alimentos en los pacientes con cáncer orofaríngeo.

Aunque el proceso de ingesta de alimentos es una función vital del individuo, la comunicación también se constituye como una necesidad básica del ser humano como ser social, por lo tanto la intervención del profesional en fonoaudiología debe ser vista de manera integral para permitir la participación de sus usuarios en todas las actividades básicas de la vida diaria, desde un modelo sistémico ecológico.

De acuerdo con lo anterior, se ha tenido en cuenta que el desempeño profesional se encuentra mediado por la formación académica, se recomienda que para fortalecer el hacer profesional se integre a la formación de los futuros profesionales el entrenamiento teórico - práctico de todas las acciones posibles de intervención en el manejo de la disfagia y otros trastornos en la ingesta de alimentos. Por ende se considere dentro de la malla curricular de los programas académicos de fonoaudiología cursos que desarrollen la competencia en el hacer profesional con los pacientes oncológicos para que de esta manera el egresado pueda trabajar también con esta población de manera eficaz. De igual manera se implemente un trabajo interdisciplinar desde la formación académica y en el desempeño profesional en el manejo del paciente oncológico desde un parámetro colaborativo.

De acuerdo al estudio de investigación también se recomienda, que se incentive a los profesionales de fonoaudiología a la investigación y publicación, ya que según los resultados arrojados en el presente trabajo, se encontraron pocos estudios publicados por fonoaudiólogos en el manejo de pacientes con cáncer, específicamente orofaríngeo, dentro de las etapas y procesos de evaluación-diagnóstico y tratamiento.

Referencias

- Aibar, S., Gandur, N., & otros, &. (2005). *MANUAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA*. Instituto Nacional del Cáncer, 1-74.
- ALCALDIA, BOGOTA. (23 de DICIEMBRE de 1993). *LEY 100 DE 1993*. Recuperado el 2 de SEPTIEMBRE de 2015, de www.alcaldiadebogota.gov.co
- Alegría, B. J. (2009). *Tratado de Otorrinolaringología y patología cervicofacial*. Barcelona: EdiDe, S.L.
- American, C. S. (2014). Linfoma no Hodgkin. *American Cancer Society*.
- American, C. S. (2014). Oral Cavity and Oropharyngeal. *Journal Cáncer*.
- Arias, R. A. (2008). *DIAGNÓSTICO EN ODONTOLOGÍA*. Cali: Universidad del Valle.
- Brandi , P., & Barrera, E. (2012). DATOS Y ESTADISTICAS SOBRE EL CANCER ENTRE LOS HISPANOS/LATINOS. *AMERICAN CANCER SOCIETY*, 1-40.
- Cadena, E., & Guerra, r. (2014). Cirugía Robótica Transoral (TORS), en el manejo de lesiones neoplásicas de cabeza y cuello. *Revista Colombiana de Cancerología*, 1-9.
- CANCER DE OROFOARINGE Y DE CAVIDAD ORAL. (2015). *American Cancer Society*, 1-79.
- Cardemil, F. (2014). EPIDEMIOLOGÍA DEL CARCINOMA ESCAMOSO DE CABEZA Y CUELLO. *Chilena de cirugía*, 614-620.
- García, R. V., & Trujano, R. (2013). FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO EN EL CENTRO DE ATENCION ONCOLÓGICA DEL ESTADO DE MICHOACÁN. *NUTRICIÓN HOSPITALARÍA*.
- Giraldo, J. P. (2005). Rehabilitación foniátrica en pacientes con patologías con compromiso hipotónico. *Taller practico: Rehabilitación foniátrica en pacientes con patologías con compromiso hipotónico*. Cali: Grupo Foniátrico de Cali.
- Gonzalez, C., & Panizo, E. (2015). *GUIA DE NUTRICIÓN PARA PERSONAS CON DISFAGIA*.
- Guillermo, C., & Gaston, F. (2007). Clinical features and survival of. *MEDICA DE CHILE*, 1-7.
- Guzmán, P., & Villaseca, M. (2011). Carcinoma epidermoide oral y orofaríngeo. Estudio clínico-patológico. *Chilena de Cirugía*, 250-256.
- MARTINEZ, D. P. (2009). *HACIA LA CONSOLIDACIÓN DEL SERVICIO DE DIÁGNCO E INTERVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR DE MÉERI*. BOGOTA.
- NACIONAL, C. (22 de 05 de 2007). ARTICULO 47. *CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA*. Recuperado el 15 de SEPTIEMBRE de 2015

- Nazar, G., & Ortega, A. (2009). EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA DISFAGIA OROFARINGEA. *MEDICA CLINICA LOS CONDES*, 1-9.
- NCI. (2016). Cancer Orofaringeo - Tratamiento. *INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA*.
- NCI. (2016). Sarcoma de tejido blando en adultos. *INSTITUTO NACIONAL DE CANCER*.
- NIC. (2016). Cáncer de glándulas salivales: Tratamiento (PDQ®)–Versión para profesionales de salud. *INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER*.
- Ordoñez, D., & Aragón, N. (2014). Cáncer oral en Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. *Salud Pública de México*, 1-8.
- Ortiz, M., & Sepulveda, A. (2004). *DICCIONARIO DE FONOAUDIOLOGÍA*. BOGOTA: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.
- Pajaro, S. (1999). MEMORIAS SEMINARIO TALLER ALTERACIÓN EN LA DEGLUCIÓN: DISFAGIA . *MEMORIAS SEMINARIO TALLER ALTERACIÓN EN LA DEGLUCIÓN: DISFAGIA - Programa de Fonoaudiología*. Cali: Universidad Santiago de Cali.
- PARDO, C., & CENDALES, R. (2007 - 20011). INCIDENCIA MORTALIDAD Y PREVALENCIA DE CÁNCER EN COLOMBIA. *INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA - ESE COLOMBIA*, 1 - 150.
- SALUD, S. D. (2014). *INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA*. MEXICO D.F: Delegación Tlalpan, C.P. 14080 México.
- SOCIAL, M. D. (09 de ENERO de 2007). *LEY No 1122* . Recuperado el 16 de SEPTIEMBRE de 2015
- Torre, L., & Bray, F. (2012). Global Cancer Statistics. *American Cancer Society - Cancer Journal for Clinicians*, 87-108.
- Urrea, F., Torres, M. P., & otros, &. (2000). *MEMORIAS DIPLOMADO TERAPIA MIOFUNCIONAL, Escuela de Rehabilitación Humana, Facultad de*. Cali: Universidad del Valle.
- Vasquéz, P. L. (2015). *DISFAGIA*. MALAGA. Recuperado el 26 de 09 de 2015, de www.medynet.com/usuarios/jraguilar/.../disfagia.pdf.
- Villares, M., & Tapia, R. (2003). DISFAGIA PRETRATAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO. *NUTRICIÓN HOSPITALARÍA*, 238-242.

ANEXOS

ABREVIATURAS

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.
 IMC: Índice de Masa Corporal.
 IMCi: Índice de Masa Corporal calculado con el peso inicial.
 ORL: Otorrinolaringológico.
 SENBA: Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada.
 SENPE: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral.
 VGS: Valoración Global Subjetiva.
 VGS-GP: Valoración Global Subjetiva Generada por el Paciente.
 CCC: Cáncer de Cabeza y Cuello.
 RHNM: Registro Histopatológico de las Neoplasias en México.
 NRS-2002: Nutritional Risk Screen 2002
 GUSS: Gugging Swallowing Screen
 %PCP: Porcentaje de cambio de peso
 MECV-V: Método de Exploración Clínica Volumen –Viscosidad
 NPT: Nutrición Parenteral Total
 NET: Nutrición Enteral Total
 BL: Dieta Blanda. g/dL: Gramos por decilitro.

ANEXO #1: FORMATO DE REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA
TITULO: PAPEL EQUIPO NUTRICIONAL EN EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA
AUTOR: Pilar García-Peris, Cristina Velasco y Laura Frías Soriano
REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO: NUTRICIÓN HOSPITALARIA, EMBACE /EBSCO, ESPAÑA, Madrid, 2014
UBICACIÓN Y CALIDAD DEL ARTÍCULO: ISSN:0212-1611: A1

RESUMEN:

Una deglución normal es la acción coordinada de estructuras conformadas por cabeza, cuello y tórax implica una secuencia de acontecimientos en la que unos esfínteres funcionales se abren para darle paso al bolo alimenticio y que se cierran posteriormente, protegiendo la vía aérea; la deglución tiene dos características específicas, 1. La eficacia de la deglución: posibilidad para ingerir los alimentos calóricos y líquidos para mantener una adecuada alimentación e hidratación. 2. La seguridad de la deglución para ingerir todos los alimentos sin que se presente complicaciones respiratorias o posteriores alteraciones en el momento de la deglución, ocasionando por ende una disfagia, causada por una dificultad orgánica o funcional, se puede dar en pacientes de cualquier edad y se clasifica en orofaríngea y esofágica. Según el autor “Las alteraciones estructurales condicionan una dificultad para la progresión del bolo, e incluyen alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos y laríngeos, los esofágicos, los esteofitos cervicales, las estenosis postquirúrgicas o radioterapias”.

La Disfagia es un síntoma diagnosticable y tratable, el cual depende de un trabajo interdisciplinario en conjunto con las familias y cuidadores, aunque existe poca evidencia sobre la incidencia y la prevalencia de la disfagia orofaríngea, se conocen diversos cuadros clínicos sobre el recorrido del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago, capaces de ocasionar una disfagia, en caso de ser orofaríngea puede causar desnutrición hasta en un 1/3 de los pacientes quienes la padezca, trayendo consigo alteraciones en la deglución. La prevalencia en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello ha sido en un porcentaje para presentar disfagia del 30 y 50%, dependiendo del estadio del tumor, la técnica quirúrgica, tratamiento con coadyuvante y el tiempo de evolución desde la cirugía.

Además, la disfagia puede ocasionar diversas complicaciones graves para el paciente, como la disminución en la eficacia de la deglución, presentando posteriormente desnutrición y deshidratación, también puede producir atragantamiento con obstrucción en la vía aérea o más frecuente una aspiración traqueobronquial, originando una neumonía por aspiración en el 50% de los casos, con una mortalidad de hasta del 50%. Cabe resaltar que la disfagia, independientemente de la etiología de la misma, la desnutrición y la deshidratación están siempre presentes debido a la disminución en la ingesta de nutrientes. Según el autor “En el cáncer de cabeza y cuello, la desnutrición en distintas series se sitúa entre el 20%-88%, dependiendo de la localización del tumor, del tiempo desde la cirugía, y de si el enfermo ha tenido tratamiento coadyuvante con quimioterapia y/o radioterapia”. De acuerdo al artículo, cabe resaltar que muchas de los pacientes, quienes perdían peso presentaban poco apetito, no deseaban comer en compañía de otras personas, o pensaban que la disfagia había empeorado su calidad de vida, variable que se tuvo en cuenta frente a quienes no presentaban dificultades para la deglución.

Por tanto es importantes tener en cuenta en qué momento se puede sospechar de la presencia de una disfagia en pacientes que refieren síntomas aparentemente diversos, es decir cuando hay presencia de tos o se atraganta al comer, ya que puede haber la probabilidad de presentar una aspiración, secreciones en la glotis, sensación de residuos en la garganta necesidad de hacer varias degluciones, siendo esto síntomas de hipomotilidad faríngea. También de la presencia de pérdida de peso progresiva, la necesidad de alargar los tiempos de la comida o no terminar de consumir todos los alimentos, ocasionando una desnutrición o la presencia de infecciones respiratorias constantes.

En cuanto al tratamiento de la disfagia es importante que se piense en los objetivos principales como en la recuperación del estado de hidratación y nutrición adecuado del paciente e intervenir

la infecciones respiratorias y a si mismo evitar neumonías. Por tanto se debe llevar acabo soportes nutricionales, maniobras posturales y una adecuada rehabilitación.

Con respeto a lo anteriormente mencionado, para llevar acabo el tratamiento para la disfagia orofaríngea se debe tener en cuenta un equipo multidisciplinar de diversos perfiles profesionales: enfermeras, dietistas, endocrinólogos, gastroenterólogos, otorrinolaringólogos, radiólogos, geriatras, neurólogos, rehabilitadores, logopedas, terapeutas ocupacionales y un largo etc. Quienes garanticen a la paciente recibir una atención médica e integral.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

La disfagia orofaríngea es un síntoma muy prevalente en diversas patologías, ocasionando complicaciones fundamentales en la desnutrición, deshidratación y neumonía causada por aspiraciones, tomándose en cuenta que es un síntoma que se puedes prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar. Para ello es imprescindible que estos enfermos sean atendidos por un equipo multidisciplinar.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

TITULO:

FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO EN EL CENTRO DE ATENCION ONCOLÓGICA DEL ESTADO DE MICHOACÁN

AUTOR: L. E. García Rojas Vázquez¹, L. A. Trujano-Ramos² y E. Pérez-Rivera³

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

NUTRICIÓN HOSPITALARIA, SCIELO, MEXICO, Michoacan, 2013

UBICACIÓN Y CALIDAD DEL ARTÍCULO:

ISSN:0212-1611: A1

RESUMEN:

En Michoacan, México, el cáncer de cabeza y cuello (CCC), es el tercer tipo de cancer más frecuente y representa el 12% de las defunciones. El incremento de la desnutrición en un paciente con CCC se ha relacionado con el aumento de la mortalidad (L. E. Garcia Rojas Vasquez, 2013)

A lo largo del tiempo, se ha evidenciado un incremento dramático en la demanda de servicios de deglución y alimentación en todos los escenarios: hospitales de tercer y cuarto nivel, centros médicos, atención domiciliaria y hogares para adultos.

De acuerdo a lo anterior, la causa de la desnutrición en los pacientes, es debido a múltiples factores como: localización del tumor, secuelas del tratamiento quirúrgico y efectos adversos de la quimioterapia y radioterapia, aumentando de forma negativa el proceso de curación y la calidad de vida de las personas. Por lo que en el presente artículo se propone “identificar los factores que se relacionan con el riesgo nutricio en pacientes con cáncer de cabeza y cuello del

centro de atención oncológica de Morelia, Michoacán, México” con el propósito de proporcionar los nutrientes necesarios, prevenir la desnutrición y reducir los efectos adversos del tratamiento.

Se realizó un estudio con 30 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, quienes presentaban CCC, personas específicamente con dificultades en el proceso de la deglución, cuyas personas fueron evaluadas con las pruebas de: VGS ONCOLÓGICO (Valoración Global subjetiva para personas con cáncer), NRS (Nutricional Risk Screen) y el GUSS (Gugging Swallowing Screen), parámetros que aportan a la valoración del riesgo nutricional y capacidad deglutoria de los pacientes. Estos protocolos se volvieron aplicar posteriormente a los 6 meses.

Resultados

De acuerdo a los protocolos aplicados se identificó que según al estadio de la enfermedad y la zona anatómica comprometida, el grado de disfagia se mostró con mayor frecuencia en aquellos pacientes adultos mayores y con el tipo cáncer que comprometía la vía oral como el de faringe, laringe y nasofaringe. Según el autor “otros estudios revelan que la prevalencia de este tipo de cáncer suele presentarse con mayor frecuencia a partir de los 50 años de edad, pero el consumo de tabaco y alcohol desde edades tempranas predispone a presentarlo a partir de la tercera década de vida. En un estudio realizado se menciona que la disfagia es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con tumores de cabeza y cuello”. Sin embargo en el presente estudio los porcentajes estuvieron centrados en todos los estadios, por lo que el grado de la disfagia fue proporcional al estadio de la enfermedad.

Conclusiones:

Se concluye que de acuerdo a los resultados arrojados en las escalas de riesgo nutricional se relacionan de manera directamente proporcional con la localización del tumor y el estadio. Por lo que se considera de suma importancia se de una orientación nutricional adecuada con la finalidad de disminuir los índices de desnutrición, de igual manera contar con el apoyo de un nutricionista dentro del equipo interdisciplinar.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Aporto al estado del arte, en la incidencia del cáncer, síntomas e índices de desnutrición y el apoyo interdisciplinar que los pacientes oncológicos necesitan.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

TITULO:

FACTORES PRONOSTICO DE DESNUTRICION A PARTIR DE LA VALORACION GLOBAL SUBJETIVA GENERADA POR EL PACIENTE (VGS-GP) EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

AUTOR: L. Arribas*', L. Hurtos', R. Milà^ E. Fort' y I. Peiró'

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

NUTRICIÓN HOSPITALARIA, SCIELO, ESPAÑA, Barcelona, 2013

UBICACIÓN Y CALIDAD DEL ARTÍCULO:**DOI:** 10.3305/NH.2013.285.6752**ISSN:0212-1611:** A1**RESUMEN:**

Estudios realizados en los últimos años afirman que es importante que los pacientes con Cáncer tengan el acompañamiento nutricional pertinente y así mismo no se presente una evolución negativa de la enfermedad, como en muchos de los casos una desnutrición. Se debe tener en cuenta que el desgaste energético en el tratamiento, puede generar bajo peso, al igual que la localización del tumor, principalmente las neoplasias de cabeza y cuello, ya que estas masas por su tamaño o ubicación pueden deteriorar el estado nutricional del paciente o incluso en la imposibilidad de mantener un aporte dietético correcto, entre otros, ocasionando una anorexia odinodisfagia y obstrucción mecánica, dificultándose el tratamiento y la calidad de vida para estas personas. Proporcionándose como tratamiento cirugías (con mutilación de ciertos órganos que dificultan una correcta deglución), radioterapia (con problemas de mucositis, xerostomía o disgusia) y quimioterapia (náuseas, vómitos, anorexia).

De Acuerdo a lo anterior la ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) recomienda realizar una valoración nutricional periódica y preventiva en pacientes Oncológicos en la que se realicen intervenciones precoz en aquellos pacientes que se detecten un déficit nutricional. Por tanto es importante que se lleve a cabo el método de cribado Como el VGS-GP en donde se incluyen los datos de valoración nutricional, utilizados como valoración inicial de los pacientes diagnosticados de neoplasia de cabeza y cuello, siendo esto un soporte nutricional precoz e intensivo reduciendo la pérdida de peso, antes durante y después del tratamiento, mejorando la calidad de vida de los pacientes de CCC. Por esta razón es importante que a los pacientes se les realicen una valoración antes de empezar el tratamiento.

Metodología:

Se incluyeron todos aquellos pacientes ambulatorios mayores de 18 años valorados por el comité de tumores de cabeza y cuello (UFCC) del Hospital Universitari de Bellvitge – Institut Català d'Oncologia- con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello para su estadiaje y valoración de tratamiento. Se tuvo en cuenta las variables de: sexo, fecha de nacimiento, localización y estadio tumoral, tratamiento propuesto, síntomas, talla, evolución del peso, ingesta, necesidad de soporte, cambios de composición corporal (pérdida de masa muscular, pérdida de masa grasa) e IMC. No se escogieron en el estudio aquellas personas que fueron tratados anteriormente en otro centro por tener neoplasia primaria de cabeza y cuello.

La dietista especializada en pacientes con cáncer fue la encargada de realizar la valoración nutricional con la prueba de VGS-GP (Valoración Global Subjetiva por el paciente), en la que se estudió la evolución de los cambios de composición corporal y la necesidad de soporte nutricional. En aquellos casos en que fue necesario la prescripción de nutrición enteral por sonda registrando la duración del tratamiento.

Resultados y Discusión

Síntomas como la anorexia y la disfagia hacen que los pacientes bajen de peso rápidamente, por lo que su estado nutricional y los valores del IMC se vean alterados. En la mayoría de los casos, aproximadamente entre el 30-50% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello pierden el 10% de su peso corporal antes de iniciar el tratamiento con radioterapia, por lo que la ESPEN (Sociedad Española de Nutrición) plantea que se realicen valoraciones nutricionales a todos los pacientes que inicien el tratamiento con radioterapia y aquellas pacientes con nutrición esteral se les asigne la colocación de ostomías de alimentación cuando la administración de nutrición enteral se prolongue más de 6 semanas.

Conclusiones

- Se debe tener en cuenta el estado emocional de los pacientes tras recibir el diagnóstico y en la espera de realizar el tratamiento, ya que estos pueden ser factores no idóneos para llevar a cabo una valoración completa mediante la VGS-GP, por tanto la identificación de parámetros pronósticos independientes facilitaría la detección de pacientes en riesgo en el mismo momento del diagnóstico.
- Por otro lado es importante la participación del equipo nutricional, ya que estos pueden optimizar el cuidado del paciente desde el momento del diagnóstico.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El objetivo del presente artículo es conocer la prevalencia de desnutrición y los factores predictivos independientes de desnutrición de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el momento del diagnóstico tratados en un hospital oncológico de tercer nivel.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	
TITULO:	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON CANCER DE CAVIDAD ORAL
AUTOR:	Dana Aline Pérez Camargo, Luigina De Nicola Delfín
REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:	NUTRICIÓN HOSPITALARIA, SCIELO, ESPAÑA, MADRID, 2013
UBICACIÓN:	DOI:10.3305/nh.2013.28.5.6591 ISSN: 0212-1611: A1
RESUMEN:	La prevalencia del cáncer de cavidad oral en las personas, varía según los niveles de desarrollo del país que habitan, además de sus características demográficas y geográficas; no obstante en la actualidad, éste ocupa el doceavo lugar de todas las neoplasias malignas a nivel mundial. En México, aproximadamente el 75% de los casos de este tipo de cáncer son diagnosticados en etapas tardías, por lo cual la tasa de supervivencia a cinco años es de 80% para etapas iniciales; 40% cuando hay afección regional y menos del 20% para pacientes que desarrollan

metástasis.

De esta forma, se realiza un estudio descriptivo en los años 2009 a 2011 donde se incluyeron a 99 pacientes con cáncer de cavidad oral, el 58% correspondieron al sexo femenino y 40% al sexo masculino en edades de entre los 34 y 94 años, cuyos tipos de tratamientos estaban entre el tratamiento médico en concomitancia con radioterapia 28%, seguido de cirugía 23,2% y radioterapia con un 18%. Esta tipología de cáncer se presenta mayoritariamente entre los 50 y 70 años de edad, con un porcentaje significativo para las mujeres, lo cual podría suceder por su incremento en el consumo cigarrillos, fenómeno que se pudo observar en el estudio ya que la incidencia de cáncer en mujeres fue del 58,6%.

Se evidencia que posteriormente al tratamiento, las complicaciones presentadas son xerostomía, odinofagia y/o mucositis y disfagia, entre otras como náuseas, vómito, diarrea, disgeusia, astenia, disnea y estreñimiento que conllevan a la disminución de la ingesta de alimentos, la baja de peso y estados de desnutrición, así, Cualquier tipo de tratamiento antineoplásico afecta el estado de nutrición del paciente, ya sea de manera directa o indirecta, por lo cual se debe realizar un seguimiento de soporte nutricional, ya que juega un papel importante en la recuperación del paciente y el uso de papilla convencionales no es suficiente para cubrir su requerimiento.

Una alternativa de alimentación es la nutrición enteral que se puede administrar por medio de una sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía; administrada antes y durante la radioterapia para tratar de prevenir la pérdida de peso, deshidratación e interrupción del tratamiento. Estudios confirman que una dieta enteral suplementada con arginina en el período postoperatorio temprano mejora el estado inmunológico y acelera la recuperación de la inmunodepresión después del trauma quirúrgico, además de que reduce las complicaciones postoperatorias y la duración de la estancia hospitalaria significativamente.

Conclusiones:

Los pacientes con cáncer de cavidad oral pueden sufrir altos riesgos de desnutrición, lo que está relacionado con los diferentes tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia o sus combinaciones), pero sus efectos secundarios dan como resultado una disminución en la ingestión de alimentos, la cual a su vez conlleva a un estado de desnutrición o a una pérdida importante de peso. Es por esta razón, que el soporte nutricional de los pacientes con desnutrición debe iniciarse antes del tratamiento médico. Por otra parte, un porcentaje de pacientes con este tipo de cáncer, son diagnosticados en etapas tardías, por lo que el diagnóstico temprano, favorecerá a un tratamiento oportuno y como consecuencia un incremento en la tasa de supervivencia.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio aporta en la prevalencia del cáncer, síntomas que se presentan de acuerdo al tratamiento de radioterapia y quimioterapia y los efectos que puede ocasionar en los pacientes con cáncer como desnutrición. De esta manera se realice un soporte nutricional convencional para favorecer el estado de salud de los pacientes.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA
TITULO: MANEJO DE LA NUTRICION PARENTERAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ESPAÑA

AUTOR:

Clara Vaquerizo Alonso, Alfonso Mesejo, José Acosta Escribano

REVISTA, BASES DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

NUTRICIÓN HOSPITALARIA, SCIELO, ESPAÑA, MADRID, 2013.

UBICACIÓN:

DOI:10.3305/nh.2013.28.5.6815

ISSN:0212-1611: A1

RESUMEN:

La terapéutica nutricional tiene un papel clave en los cuidados aportados en las Unidades de Cuidados intensivos y ha llegado a ser una parte rutinaria del manejo de los pacientes críticamente enfermos, tanto médicos como quirúrgicos. Aunque la contribución de la terapéutica nutricional en la mejoría de los resultados de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) es un área de candente interés, hay poca información disponible respecto a las diferencias en las prácticas nutricionales en las UCIs de nuestro país

Encuestas realizadas en Europa y norte américa demostraron que la terapéutica nutricional no era la más óptima, apuntando a que hay que buscar otras alternativas para mejorar la nutrición en pacientes críticos. Aunque la terapéutica nutricional tiene un rol importante en los cuidados que aporta a las unidades de cuidados intensivos, convirtiéndose en algo rutinario para los pacientes críticos.

Se realizó una encuesta nutricional en la que participaron doce unidades de medicina intensiva durante los meses de enero a marzo de 2012, cuyas características en general eran diferentes a otras unidades del país.

La encuesta se dividió en dos: A) El manejo del aporte nutricional artificial en los pacientes graves, principalmente parenteral, dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, con el propósito de evaluar prácticas habituales y conocimientos sobre aporte nutricional. B) La valoración específica de una nueva fórmula de nutrición parenteral, N9-EBAO (emulsión basada en aceite de oliva) especialmente adaptada al paciente grave, sobre su tolerancia y supuestas ventajas respecto del resto de las mezclas parenterales tricompartimentales de uso habitual.

La encuesta fue remitida al médico líder de la unidad en nutrición en su servicio. Se recogieron datos poblacionales generales. Número de camas de UCI, número de camas del hospital y número de ingresos al año en UCI. Se solicitó el porcentaje de pacientes en las diferentes áreas patológicas: médica, quirúrgica, traumática, polivalente y la asistencia a pacientes quemados.

Para generar información de los pacientes con nutrición enteral se analizó la disponibilidad de diferentes mezclas nutricionales enterales, como las dietas estándar con/sin fibra, hiperproteicas, hiperproteicas con fibra y, dentro de las específicas, las dietas para control glucémico, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y las suplementadas con arginina, glutamina y con aceite de pescado y antioxidantes. Para los pacientes de nutrición parental

se revisó la cantidad que se administraban de mezclas comerciales, mezclas definidas por la farmacia o mezclas individualizadas, de igual manera su frecuencia en todas las presentaciones. También se hizo enfoque a las prácticas habituales en la programación y aportes de la nutrición artificial. El número total de calorías/día aportadas en nutrición parenteral, el aporte medio de aminoácidos y de lípidos. Se analizó si los aportes suplementados de oligoelementos y vitaminas eran las recomendadas o debían modificarse al tipo de paciente o patología.

Resultados y Discusión

La encuesta realizada en 12 unidades de Cuidados Intensivos españolas refleja que la mayoría de los pacientes que requirieron nutrición artificial recibieron nutrición enteral (60%). Las guías de práctica clínica recomiendan, de forma preferente, la ruta enteral frente a la parenteral por la menor tasa de hiperglucemia e infecciones, así como menor coste. Al respecto el resultado muestra que en la mayoría se siguen utilizando las guías europeas que recomiendan de la NPC cuando la NE es insuficiente para cubrir el aporte calórico/proteico. En el 92% de las UCIs existe un protocolo consensuado de nutrición artificial y es el médico intensivista el responsable de la prescripción. El 69% de las UCIs encuestadas utilizan Nutrición Parenteral “tres en uno” comercializadas por la industria. Las NP “tres en uno” tienen la ventaja de estar disponibles las 24 horas del día, requieren menor manipulación en su preparación y administración y suponen menor gasto de personal. Los pacientes que recibieron la fórmula N9-EBAO, requirieron menor dosis de insulina para mantener la normoglicemia, en probable relación con el menor aporte de glucosa de dicha formulación, aunque el diseño del estudio no permite establecer un criterio de causalidad, las doce UCIs seleccionadas para la encuesta nutricional, la práctica clínica en el manejo de la nutrición parenteral se adaptan a las recomendaciones de las distintas Sociedades Científicas. Por otro lado, es recomendable realizar más estudios prospectivos y en pacientes críticos que requieren NP para identificar los potenciales beneficios clínicos de las distintas formulaciones lipídicas en subgrupos específicos de pacientes.

En conclusión, en las doce UCIs seleccionadas para la encuesta nutricional, los patrones de práctica clínica en el manejo de la nutrición parenteral se adaptan a las recomendaciones de las distintas Sociedades Científicas. La escasa diversidad en las pautas de manejo nutricional puede estar en relación con el papel activo del intensivista en la indicación y prescripción del soporte nutricional y en la existencia de protocolos consensuados de Nutrición Artificial. Por otro lado, son precisos más estudios prospectivos y multicéntricos en pacientes críticos que requieren NP para identificar los potenciales beneficios clínicos de las distintas formulaciones lipídicas en subgrupos específicos de pacientes.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio aporta a la construcción de los resultados y la discusión. De acuerdo con los datos arrojados en la encuesta se recomiendan el uso de la Nutrición Parenteral Complementaria cuando la Nutrición Enteral es insuficiente para cubrir el aporte calórico/proteico.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	
TÍTULO:	CONSEJO NUTRICIONAL EN PACIENTE ONCOLOGICO
AUTOR:	San Mauro, I.; Micó, V.; Romero, E.Bodega, P.; González, E
REVISTA, BASE DE DATOS, PAIS, CIUDAD Y AÑO:	nutrición clínica dietética y hospitalaria, DOAJ DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS, ESPAÑA, MADRID, 2013
UBICACIÓN:	DOI:10.12873/333advicencology ISSN: 1989-208X : A2
RESUMEN:	Existen diversas guías clínicas, estrategias, protocolos y consensos sobre el manejo del paciente oncológico, referente al asesoramiento nutricional. La eficacia de las recomendaciones nutricionales o del consejo dietético ha sido ampliamente estudiada por el grupo de Ravasco, 2005, que ha demostrado que el asesoramiento puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello mejor que si éstos reciben sólo suplementos, sin consejo ni seguimiento. En el presente estudio se muestra 17 pacientes en el que solo 5 recibieron pautas nutricionales (29,41%). Del total de la muestra, el 25% presentó pérdida de peso durante el proceso (desde el diagnóstico al fin del tratamiento). La pérdida de peso y la desnutrición es común en pacientes oncológicos, siendo ambas origen de complicaciones durante el transcurso de la enfermedad. La expresión máxima de desnutrición es la caquexia tumoral. Así, la caquexia tumoral es un síndrome complejo en el que, junto con un estado de desnutrición, se incluyen pérdida de peso, disminución de la masa muscular, anorexia y saciedad precoz, debilidad, anemia. Es de vital importancia detectar de forma precoz la desnutrición y para ello es necesario disponer de métodos fiables y de fácil acceso, para brindar una evaluación nutricional correcta. Sin embargo, de la muestra estudiada, a 3 (17,65%) pacientes se les realizó una valoración nutricional previa (realizada por un oncólogo, urólogo y homeópata) y tan solo 1 (5,88%) asistió a la consulta de un nutricionista. Según el Consenso de 2008, el primer paso de la intervención nutricional son las recomendaciones nutricionales o consejo dietético. Estas recomendaciones deben darse si el paciente es capaz de ingerir, como mínimo, el 75% de los requerimientos nutricionales que le corresponden y, si no existe planteamiento de una terapia de riesgo próxima. Siguiendo las pautas e indicaciones de los distintos consensos. Por ejemplo, a un paciente con disfagia, disgeusia y descomposición se le aconseja consumir brócoli y sardinas en aceite. Este consejo es inadecuado puesto que para el tratamiento de la diarrea se desaconsejan los alimentos flatulentos como el brócoli y la dieta grasa a la que contribuiría un alto consumo de sardinas en aceite. Además, el paciente no recibe consejo sobre la disgeusia y la disfagia, pudiendo provocar complicaciones como la aspiración.

CONCLUSIONES:

Detectar malnutrición, controlar los biomarcadores de la evolución de cada paciente, así como conocer y aconsejar la mejor pauta para aliviar su sintomatología, resulta muy importante en el paciente oncológico. Es a su vez un arduo trabajo que requiere mucho tiempo y dedicación, y que debe manejarse a través de equipos multidisciplinares especializados en nutrición con un alto grado de entrenamiento en oncología. Por la gran evidencia arrojada del buen uso del consejo nutricional para el paciente oncológico, y la puesta de manifiesto en la escasez cuantitativa y cualitativa del mismo en la muestra estudiada, creemos importante hacer un llamamiento a desarrollar protocolos hospitalarios que incluyan el consejo nutricional, como un paso rutinario, constante y realizado por profesionales en nutrición humana y dietética, formados y especializados.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El presente estudio persigue la evaluación de las pautas nutricionales que se ofrecen en materia de cáncer en los distintos centros de España con el objetivo de analizar la adecuación de las mismas en cada caso.

Este estudio aporta a la información sobre asesoramiento a los pacientes sobre los síntomas que pueden darse de acuerdo a la patología y de esta manera mejorar la calidad de vida de estas personas.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA
TITULO: TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA Y LA DISGLOSIA TRAS GLOSECTOMÍA TOTAL Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE FASCIOCUTÁNEO ANTEROLATERAL DE MUSLO: A PROPÓSITO DE UN CASO
AUTOR: Itziar Galarza Ibarrondo, Leire Ortiz Fernández y Borja Andikoetxea Agorria
REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO: Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, ELSEVIER, ESPAÑA, BIZKAIA, 2012
UBICACIÓN: DOI: 10.1016/j.rlfa.2013.11.003 ISSN: 0214-4603: A2
RESUMEN: Los carcinomas de boca en estadios T2, T3, T4 son tratados con cirugía para erradicar el tumor y se complementan con tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia. La cirugía oncológica en lesiones extensas obliga a realizar resecciones muy amplias, siendo preciso efectuar reconstrucciones con colgajo libre periférico. La dinámica deglutoria en la fase oral y de transporte, como la comunicación hablada, están seriamente comprometidas tras la cirugía al reducirse casi en su totalidad el rango de movilidad de la lengua. Como consecuencia de ello, se precisa un tiempo prolongado de nutrición enteral (sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea) hasta lograr la ingesta por boca. Las transformaciones anatómicas de la cavidad oral modifican seriamente la propia imagen corporal, comprometiendo severamente la calidad de vida del paciente; como consecuencia de ello, se precisa un tiempo prolongado de nutrición enteral (sonda nasogástrica o

TITULO:

TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA Y LA DISGLOSIA TRAS GLOSECTOMÍA TOTAL Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LIBRE FASCIOCUTÁNEO ANTEROLATERAL DE MUSLO: A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTOR:

Itziar Galarza Ibarrondo, Leire Ortiz Fernández y Borja Andikoetxea Agorria

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, ELSEVIER, ESPAÑA, BIZKAIA, 2012

UBICACIÓN:

DOI: 10.1016/j.rlfa.2013.11.003

ISSN: 0214-4603: A2

RESUMEN:

Los carcinomas de boca en estadios T2, T3, T4 son tratados con cirugía para erradicar el tumor y se complementan con tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia. La cirugía oncológica en lesiones extensas obliga a realizar resecciones muy amplias, siendo preciso efectuar reconstrucciones con colgajo libre periférico. La dinámica deglutoria en la fase oral y de transporte, como la comunicación hablada, están seriamente comprometidas tras la cirugía al reducirse casi en su totalidad el rango de movilidad de la lengua. Como consecuencia de ello, se precisa un tiempo prolongado de nutrición enteral (sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea) hasta lograr la ingesta por boca. Las transformaciones anatómicas de la cavidad oral modifican seriamente la propia imagen corporal, comprometiendo severamente la calidad de vida del paciente; como consecuencia de ello, se precisa un tiempo prolongado de nutrición enteral (sonda nasogástrica o

gastrostomía percutánea) hasta lograr la ingesta por boca. Las transformaciones anatómicas de la cavidad oral modifican seriamente la propia imagen corporal, comprometiendo severamente la calidad de vida del paciente

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE PRESENTA un estudio de QUIEN PRESENTÓ UNA lesión ulcerada en vientre lingual compatible con carcinoma epidermoide. Se practicó glossectomía total con mandibulectomía marginal sinfisaria y su reconstrucción con colgajo fasciocutáneo libre anterolateral del muslo y vaciamiento ganglionar funcional bilateral, a quien se le dio un diagnóstico de disfagia orofaríngea secundaria a glossectomía total y mandibulectomía, disglotia severa con fonación forzada.

Dentro del programa de intervención se establecieron unos objetivos de terapia los cuales fueron: favorecer el sello labial, tragar la saliva y manejar las propias secreciones. Lograr decanulación de traqueostomía, favoreciendo la coordinación neumofónica. Realizar ingesta de alimentos de forma segura y eficaz, previniendo complicaciones y mejorar la inteligibilidad del discurso y su calidad de vida. En el momento de la ingesta, una vez que el paciente deglutía la saliva, se le aplicó la prueba de tolerancia oral utilizando el modelo de cribado de deglución de Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004), que fue positivo para alimentos con viscosidad néctar y con un volumen de 2,5 ml. Se entrenó la deglución con la ingesta de agua gelificada y productos lácteos con un volumen inicial de 2,5 ml, aumentándolo progresivamente hasta 10 ml.

Durante la 5.ª sesión de logopedia el paciente ya no babeaba, hablaba sin disnea con la cánula taponada, se hacía entender en su entorno más directo, y en esta sesión comenzó ingesta con agua gelificada. El cirujano realizó cierre del traqueostoma a los 15 días del postoperatorio, coincidiendo con la 7.ª sesión de logopedia. A la 8.ª sesión era capaz de realizar 3 tomas seguras y eficaces al día, con dieta blanda triturada e hidratación con líquidos espesados. A la 9.ª sesión, día 20 del postoperatorio, se retiró la SNG, porque ya ingería 5 tomas al día sin compromiso respiratorio, procediéndose al alta hospitalaria con derivación al domicilio. La terapia se aplicó durante 9 sesiones, con una duración de 30 min, en 20 días de ingreso hospitalario. A los 25 días del alta hospitalaria refería buena tolerancia oral, realizaba ingesta de líquidos, no presentaba signos de disfagia, sin pérdida de peso y con ausencia de complicaciones. En la consulta se le realizó una valoración objetiva y perceptual de la fonación y el habla.

En este paciente se restableció la deglución, sin complicaciones, a los 20 días de la cirugía y la comunicación oral con su entorno más inmediato, valorándose su eficacia, con una escala perceptual

El manejo de estos pacientes es complejo, requiere evaluaciones de un equipo multidisciplinar especializado y decisiones individualizadas. La labor en equipo favoreció el inicio de la terapia durante el ingreso tras la cirugía. La terapia logopédica diseñada y realizada de forma individualizada restableció la deglución y la comunicación oral antes del alta hospitalaria, mejorando notablemente la calidad de vida del paciente.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este artículo tiene como objetivo resaltar el manejo en el tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y para efectos del mismo, con cáncer de lengua; destacando la importancia que tiene la inclusión del fonoaudiólogo en el equipo de profesionales tratantes, como experto que ayuda a disminuir o compensar las consecuencias de la glossectomía en

los procesos de habla y deglución; siendo este el profesional más indicado para rehabilitación de los pacientes en los procesos del habla, Aunque el tipo de abordaje quirúrgico en pacientes con cáncer de lengua dependa de la etapa de la enfermedad.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA
TITULO: EFFECTS OF THERAPY IN OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA BY SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS: A SYSTEMATIC REVIEW
AUTOR: Renée Speyer, Laura Baijens, Mariëlle Heijnen, Iris Zwijnenberg
REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO: Espringer DISPHGIA, Pub Med Central, PAISES BAJOS, MAASTRICHT, 2010
UBICACIÓN: DOI: 10.1007/s00455-009-9239-7 ISSN: 1432-0460: A1
RESUMEN: En la literatura, la endoscopia y/o de la deglución videofluoroscopia de fibra óptica se toman como el estándar de oro. Cualquiera de los dos se utiliza para evaluar el éxito o el fracaso de una terapia de deglución, con frecuencia junto con una variedad de evaluaciones clínicas tales como la clasificación de gravedad de disfagia o el estado de la dieta. Más recientemente, las mediciones de calidad de vida se han convertido en parte del protocolo de evaluación para los trastornos de la deglución. Las herramientas de evaluación se administran de muchas maneras diferentes. La literatura revela una gran variabilidad en la cantidad o el tipo de bolos y la viscosidad de los líquidos que se ofrecen a los pacientes durante la evaluación. El número de ensayos y los puntos de corte elegidos para la aspiración o la penetración también puede diferir significativamente. Al utilizar maniobras de deglución (como la cirugía estética de mentón) o viscosidades diferentes (tales como pasta de frente líquido) durante videofluoroscopia, el cegamiento no es aplicable. En última instancia, se incluyeron 59 estudios. Los resultados mostraron pruebas de alta calidad controlada aleatoria (nivel A) y 49 ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados (nivel B). Los autores de nueve de los 10 estudios A y 25 B de los 49 estudios realizaron análisis estadísticos para evaluar los efectos de la terapia. Todos los otros estudios utilizaron análisis descriptivos. Durante el tratamiento, en la modificación del bolo, es decir la viscosidad, el volumen, la temperatura, y / o acidez del alimento, antes del tratamiento, todos los pacientes que presentaban disfagia pseudo bulbar estaban en una dieta de puré más fluidos y habían experimentado al menos un periodo de neumonía por aspiración. En un estudio posterior de un grupo de residentes que estaban en una dieta modificada mecánicamente, Groher y McKaig describen los cambios en el nivel de la dieta después de una sola evaluación por un patólogo del habla y del lenguaje. Niveles dietéticos fueron

clasificados como mecánica, mecánica suave, en puré, o enteral. El uso de la estadística descriptiva, los autores encontraron que el 91% de todos los sujetos fueron capaces de tolerar las dietas a un nivel superior al de la alimentación recibida antes de la evaluación. Continuaron con estas dietas durante una evaluación de seguimiento de 30 días. El cuatro por ciento de los sujetos se encontraron a estar en niveles dietéticos altos de lo que podía tolerar, mientras que sólo el 5% se considera que está en el nivel adecuado.

Cinco ensayos clínicos aleatorizados que más realizan los análisis estadísticos se encuentran en la literatura. Todos estudiaron los efectos de la modificación en bolo mediante sesiones individuales. Bhattachary compararon los efectos de líquidos en oposición a los bolos en un grupo de sujetos con parálisis unilateral de las cuerdas vocales. Entre todos los sujetos que muestran la aspiración y / o penetración (31 de 55 sujetos), el 25% aspiró con fluidos poco viscosos, pero no en bolos de pasta. La penetración se produjo en el 79% de los sujetos al utilizar el líquido y el 50% cuando se utiliza pasta

En el presente artículo estudiaron pacientes oncológicos con la aspiración después de la cirugía de cabeza y cuello, los pacientes habían recibido terapia funcional, incluyendo la estimulación térmica, ejercicios motores orales, técnicas compensatorias y las medidas dietéticas. La mayoría de los pacientes comenzaron terapia de deglución después de que el proceso de curación se terminó, es decir, entre los días 9 y postoperatorias, cuatro pacientes iniciaron después (4 meses a 2 años). La terapia duró hasta que se consiguió una dieta completa la ingesta oral, excepto cuando se esperaba una mejora adicional de la función de deglución o apareció un nuevo crecimiento del tumor. Después de la terapia, el 75% de todos los sujetos recuperó la ingesta oral completa.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

En este artículo se presenta una revisión sistemática de la literatura sobre los efectos de la terapia de deglución llevada a cabo por terapeutas del habla y lenguaje. También se expone perspectivas de diferentes autores quienes llegaron a la conclusión que las consistencias espesas o gruesas eran probablemente las más seguras en el momento de la ingesta oral en pacientes con parálisis unilateral de las cuerdas vocales debido a la disminución del riesgo de penetración laríngea y aspiración.

Además de las maniobras y técnicas de compensación y la intervención del fonoaudiólogo en el pos tratamiento

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

TITULO:

ALIMENTOS DE CONSISTENCIA LÍQUIDA Y LA DEGLUCIÓN: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

AUTOR:

Elaine Cristina Pires; Fernanda Chiarion Sassi; Laura Davison Mangilli.

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

REVISTA DE LA SOCIEDAD BRASILEÑA DE FONOAUDIOLOGÍA, SCIELO, BRASIL, SAU PAULO, 2012

UBICACIÓN:

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342012000400020>

ISSN: 1982-0232: **A1**

RESUMEN:

La disfagia es un trastorno de la deglución debido a variaciones en uno o más de sus fases y puede ser causada por características neurológicas y / o estructurales. Puede causar la aspiración traqueal de laringe, es decir, la entrada de alimentos o líquidos, incluyendo las secreciones de saliva en la vía aérea (por debajo de la glotis). Tos, asfixia asfixia, problemas pulmonares, la deshidratación, la desnutrición, la sepsis, / pérdida de peso y la muerte son resultados característicos de aspiración debido a la disfagia.

Hay varios factores que interfieren con la deglución eficiencia, entre ellos podemos mencionar la consistencia del bolo, el volumen ingerido, la temperatura, la propia característica anatómica de las personas y la integridad de los músculos y los nervios que intervienen en el proceso de deglución. Los estudios internacionales han demostrado que los cambios fisiológicos relacionados con la deglución debido a la consistencia ingerido. El líquido es llamado por algunos autores como la penetración laríngea consistencia más relevante y aspiración, incluso cuando se compara con tragar líquido espesado.

En el presente estudio se analizaron 17 participantes adultos sanos, ocho hombres y nueve mujeres, con una edad media de 46,9 años. Las señales fueron adquiridas de la deglución de líquido para tragar, néctar, la miel, líquido y engrosadas.

Por otra parte, algunos autores estudiaron la deglución de 229 hombres mayores de 66 años de edad, con disfagia de diversas causas entre ellos, cáncer de cabeza y cuello y no causas definidas. El objetivo del estudio fue comparar el riesgo de penetración / aspiración durante la deglución de diferentes consistencias y volúmenes, a través videoglutograma. Se ensayaron 4 ml pudín consistencia pastosa; 4:10 ml de líquido delgada (bario); líquido en la copa (deglución libre); carne (8 g de bario); 5 ml de líquido en el suministro concomitante de la carne. El aumento del riesgo de penetración de la siguiente manera: Pudín; carne; 4 ml, seguido de 10 ml de líquido fino; líquido concomitante con el suministro de carne; y la mayor evidencia de la penetración fue durante la deglución libre. El mayor riesgo de aspiración de los siguientes: la carne; 4 ml, seguido de 10 ml de líquido fino; deglución libre; concurrente líquido con el suministro de carne. Los autores concluyen que el riesgo de penetración de aspiración / laringotraqueal puede variar dependiendo del tipo de alimento. El uso de la mezcla de varias consistencias debe utilizarse con precaución en la disfagia.

Con el fin de determinar la mejor consistencia (líquida o en pasta) para realizar pruebas de *detección* de la deglución, un grupo de autores evaluaron 85 pacientes con disfagia y 12 individuos sanos. La evaluación de la deglución se lleva a cabo utilizando videodeglutogram durante la deglución serie de 5 a 20 ml, la consistencia de néctar de alimentos, líquidos y pudín. En una evaluación clínica se verificó la calidad de voz y la presencia de tos; el examen objetivo de la deglución se verificó la presencia de residuos en la región orofaríngea. También se llevó a la oximetría de pulso. Los resultados del estudio mostraron

un 64,7% de especificidad y sensibilidad del 83,7% con la metodología aplicada, la penetración comprobar la torta en la laringe y el 100% de sensibilidad para la aspiración.

En un estudio se investigó si la textura y la viscosidad de la comida alteran la presión de la lengua contra el paladar durante la deglución. El estudio incluyó a 11 adultos sanos con una edad media de 30 años. La presión de la lengua se obtuvo mediante el estudio superficie electromiográfica, concomitante con el videodeglutogram modo de realización durante la ingesta de líquido, líquido espesado y semi-sólido. Los autores observaron que la duración de la amplitud electromiografía pico de la deglución, el área y la duración entre *el inicio*, pico y *desplazamiento* de electromiografía de los músculos de la lengua, aumenta con la progresión de la consistencia. Los autores concluyen que los alimentos aumenta el tiempo de tránsito oral consistencia y aumento de la viscosidad también aumenta el tiempo de tránsito de la faringe.

Algunos autores trataron de determinar cuál sería la mejor estrategia para prevenir la aspiración del líquido - cambiar la postura de la cabeza (cabeza inclinada) o utilizar consistencias líquidas espesadas en la miel y néctar

El objetivo del estudio es definir las características acústicas de los sonidos de la deglución ⁽¹⁸⁾ También debe destacarse. Sonidos de deglución se han utilizado como signos clínicos de la deglución durante años, pero el uso de análisis acústico como una herramienta de ayuda en este estudio está presente y puede ser considerado como un campo de estudio que proporcionará grandes beneficios para el conocimiento de la deglución.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El propósito de esta revisión sistemática fue elevar los textos científicos internacionales que hacían hincapié en la fisiología de la deglución de líquidos en sus fases oral y faríngea.

Los estudios citados en esta revisión mostraron que la comida en consistencia líquida es más propensos a la penetración laríngea, en muchos grupos diferentes, a partir de individuos sanos adultos con trastornos neurológicos y las personas mayores con y sin disfagia.

La investigación está fuertemente relacionada con las formas de identificación disfagia y no las características proporcionadas por la ingestión de diferentes consistencias.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	
TITULO:	CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA
AUTOR:	E. Camarero González
REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS,, CIUDAD Y AÑO:	NUTRICIÓN HOSPITALARIA - SUPLEMENTOS, Redylac, ESPAÑA, MADRID, 2009
UBICACIÓN:	ISSN: 1888-7961: A1

RESUMEN:

Las alteraciones de la deglución ocasionan dos tipos de complicaciones: las derivadas del insuficiente aporte de nutrientes y de agua debido a una deglución ineficaz, y las derivadas del riesgo de que los alimentos y las secreciones digestivas y faríngeas alcancen las vías respiratorias y los pulmones. Todo ello conlleva un aumento de la morbilidad y mortalidad¹ en los pacientes que la sufren. Pero además la disfagia como síntoma deteriora la calidad de vida, y sus complicaciones elevan el coste sanitario debido a la prolongación de la estancia hospitalaria y al aumento de recursos sanitarios empleados.

La disfagia motora se caracteriza predominantemente por la dificultad para deglutir líquidos y mezclas de alimentos de diferentes texturas, pero además en muchas ocasiones y dependiendo del grado de afectación, se acompaña de alteraciones en la deglución de alimentos sólidos. En la disfagia mecánica o por obstrucción está alterada la deglución de sólidos pero en los casos avanzados la disfagia es completa y desaparece incluso la posibilidad de tragar los líquidos y la propia saliva. La consecuencia es la aparición de deshidratación y el desarrollo de desnutrición.

El riesgo aumenta cuando se añaden pérdidas extraordinarias de agua por fiebre, vómitos diarrea o tratamiento con diuréticos.

Por otro lado ancianos institucionalizados que sufrían disfagia, se observó que aquellos que se alimentaban por vía oral presentaban diuresis reducidas (menos de 800 ml/día) y marcadores de deshidratación (BUN, BUN/Cr, Osm Urinaria y Osm Urinaria/Osm Sérica) en una proporción significativamente mayor que los que se alimentaban con nutrición enteral por sonda. Un estudio español sobre el mismo tipo de pacientes concluía que el 39% de los ancianos con disfagia residentes en instituciones, presentaban datos de deshidratación

Entre los enfermos oncológicos con alteraciones de la deglución el mayor riesgo de deshidratación lo presentan los pacientes en tratamiento con radio y quimioterapia por cáncer de cabeza y cuello debido a la mucositis que aparece durante el mismo y que causa odinofagia y disfagia, siendo la deshidratación y la mucositis complicada, causas comunes del ingreso hospitalario de estos pacientes. La deshidratación en estos enfermos agrava la xerostomía producida por la acción de la radioterapia sobre las glándulas salivales y aumenta el efecto nefrotóxico de los citostáticos. La deshidratación puede conducir a insuficiencia renal prerenal, agravar una insuficiencia renal preexistente o desencadenar una descompensación hiperosmolar, así como aumentar la toxicidad renal de los medicamentos. Además puede producir letargo y confusión mental incrementando la disfagia, y disminuye la secreción salival lo que favorece la proliferación en la cavidad oral de gérmenes patógenos. Ambas condiciones favorecen la neumonía por aspiración

De acuerdo a lo anterior existen factores para la disminución de la ingesta en la disfagia, como, pérdida de alimentos por boca y nariz, vómitos de alimentos “deglutidos”, interrupción por atragantamiento y tos, disminución del volumen de los bocados, fatiga de la musculatura orofaríngea, aumento del tiempo de comidas, dependientes del paciente, rechazo de la ingesta por ansiedad, depresión, pérdida del valor social de las comidas, pérdida del apetito, entre otros

En los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en los que la frecuencia de disfagia es muy alta, Nguyen ha estudiado la seguridad de la deglución mediante la videofluoroscopia, antes del tratamiento concomitante con quimio-radioterapia, y dos meses después de finalizado el mismo, observando que el 59% de los pacientes presentaron aspiración antes durante o después del tratamiento, lo que ocasionó la muerte en 6 casos (9%). El 33% de los pacientes desarrolló aspiración grave como consecuencia del tratamiento.

Para el tratamiento de la disfagia existen áreas de atención terapéutica en disfagia, tratamiento rehabilitador Maniobras compensatorias, Técnicas invasivas, Dilatación/Cirugía, Modificaciones dietéticas, Suplementos orales, Nutrición enteral por sonda en condiciones agravantes como Mucositis, Xerostomía, Deshidratación, Gingivitis, periodontitis, caries Higiene deficiente Dependencia Enfermedad causal

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio tiene como objetivos conocer el tratamiento en la disfagia, Corregir las alteraciones de la deglución, Prevenir las complicaciones respiratorias, Conseguir y mantener un buen estado nutricional, Mejorar la calidad de vida del paciente oncológico.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

TITULO:

COMPLICACIONES ORALES EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA: REVISIÓN DE LITERATURA

AUTOR:

Diana Carolina Hurtado Redondo John Harold Estrada Montoya

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

Journal of Applied Oral Science, SCIELO, COLOMBIA, BOGOTA, 2012

UBICACIÓN Y CALIDAD DEL ARTÍCULO:

ISSN: 1678-7757: A1

RESUMEN:

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en el ámbito global, aspecto comprobado al revisar las estadísticas que muestran que, para el 2008, 7,6 millones de personas en el mundo murieron de cáncer. Esta cifra tenderá a incrementarse durante los próximos años de acuerdo con todos los pronósticos, incluidos los más optimistas. Más del 70% de todas las defunciones por cáncer se producen en los países de ingresos bajos y medios, cuyos recursos para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes.

A pesar de que el cáncer oral no ocupa los primeros lugares en cuanto a número de afectados, las cifras siguen en aumento, ya que se presentaron ese mismo año 263.900 nuevos casos y 128.000 muertes (incluido cáncer de labio). Las cifras más altas de cáncer en cavidad oral son encontradas en Melanesia, Asia Sur-central, Europa central y oriental,

El crecimiento de cifras de cáncer en las mujeres en la mayoría de los países europeos se debe principalmente a la epidemia de tabaquismo en curso. Esto contrasta con la tendencia decreciente en todas las edades, tanto en hombres como en mujeres en Estados Unidos y el Reino Unido, donde comenzó la epidemia de tabaquismo y se negó antes. Sin embargo, las tasas de incidencia para los sitios de cáncer oral en relación con las infecciones por VPH, como la de orofaringe, amígdalas y base de la lengua, están aumentando en los adultos jóvenes en Estados Unidos y en algunos países de Europa. Una de las hipótesis que presentan los investigadores es que se debe en parte a los cambios en la conducta sexual-oral, que involucran un a mayor transmisión de virus con potencial carcinogénico

En Colombia, durante el periodo 2000-2006 se presentaron 34.000 muertes por cáncer, de las cuales 174 fueron por cáncer oral; se presentaron 58.500 nuevos casos, de los cuales 451 fueron cáncer oral.

Al referirse a los cánceres de cavidad oral, vale la pena señalar que el 90% de todos están representados por el carcinoma escamocelular o cualquiera de sus variantes. Algunas lesiones benignas como leucoplasia, eritroplasia, úlceras tuberculosas, papiloma benigno y liquen plano, entre otros, y malignas como melanoma, linfoma, sarcoma, tumores metastásicos, pueden ser confundidas con él.

En la actualidad, el tratamiento para el cáncer tiene un enfoque multidisciplinario, en el cual interactúan los profesionales de la salud, entre ellos, el odontólogo, desde el momento en el que se diagnóstica clínica e histopatológicamente hasta iniciar el tratamiento específico. Dicha conducta tiene un enfoque terapéutico y paliativo: la extirpación quirúrgica (localizada), que puede causar daños colaterales; el tratamiento citotóxico, por medio de radiaciones ionizantes, y la quimioterapia, que ocasiona la muerte celular generalizada. La cirugía y la radioterapia son utilizadas en casos de enfermedad no metastásica T1 o T2, y quimioterapia con cirugía o radioterapia para enfermedad avanzada. La cirugía oncológica permite realizar la completa escisión del tumor y los nódulos linfáticos, seguido por una examinación completa histológica por estadio, lo cual tiene implicaciones en el pronóstico y la necesidad o no de utilizar radioterapia coadyuvante. La cirugía también puede ser usada para tumores radorresistentes. Los pacientes que fallecen por cáncer oral, por lo general, mueren a causa de la malignidad primaria o por metástasis en los nódulos linfáticos, aunque suele ser inusual.

De acuerdo a lo anterior los pacientes en tratamiento de radioterapia en la cavidad oral pueden presentar pérdida o alteración del sentido del gusto, incremento en la viscosidad del flujo salivar y la alteración de la bioquímica salivar crean un mecanismo de barrera de saliva, lo cual dificulta el contacto físico entre la lengua y el bolo alimenticio. Además, el daño de los pares craneales, la pobre higiene oral, la presencia de enfermedad dental o periodontal, la infección en mucosas y el cambio de dieta son condiciones locales que pueden causar dicha alteración. La complicación temprana aparece aproximadamente en la primera semana de tratamiento y progresa rápidamente entre los 20 y 40 Gy, que

incluye la pérdida parcial o completa del sentido del gusto, en especial de los sabores amargos y ácido, aunque la percepción del sabor dulce es la primera que se pierde. Contribuye a la pérdida del apetito la hiposialia, con pérdidas discretas de tasas de flujo salival. Suele ser transitoria y reversible, disminuye exponencialmente desde una dosis total acumulada de 30 Gy (tres semanas). A partir del primer año después de finalizada la radioterapia suele desaparecer. Algunos pacientes pueden conservar una reducción residual en la sensación del sabor (hipogeusia), daño permanente en la sensación (disgeusia). Mucositis Reacción inflamatoria de la mucosa oral-orofaríngea, dosis-dependiente; por lo tanto, desaparece con el cese de la agresión. Esta complicación presenta una prevalencia que oscila entre el 30 y el 85%. Se relaciona un buen estado de salud oral y una buena higiene oral durante el tratamiento oncológico, con una menor incidencia y gravedad de mucositis, trismo. Disminución de la apertura, debido a la contracción e incluso fibrosis de los músculos masticatorios y de la ATM.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este documento aporta a la información de la incidencia del cáncer en el mundo y la importancia del equipo multidisciplinar en las complicaciones orales por radioterapia en el cual interactúan los profesionales de la salud (oncólogo, cirujano, físico médico, odontólogo, fonoaudiólogo), desde el momento en el que se diagnostica clínica e histopatológicamente hasta iniciar el tratamiento específico.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

TÍTULO:

EVALUACION DEL RIESGO NUTRICIONAL E INSTAURACION DE SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS, SEGUN EL PROTOCOLO DEL GRUPO ESPAÑOL DE NUTRICION Y CANCER

AUTOR:

M. M. Marín Caro¹, C. Gómez Candela¹, R. Castillo Rabaneda

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

NUTRICIÓN HOSPITALARIA, SCIELO, ESPAÑA, MADRID, 2008

UBICACIÓN:

ISSN:0212-1611: A1

RESUMEN:

En los pacientes con cáncer existe una gran dificultad para mantener y/o mejorar su estado nutricional si no se toman medidas tempranas de soporte nutricional o de vigilancia, que puedan evitar un deterioro progresivo debido a la enfermedad, por la alteración metabólica inducida por el tumor, los cambios fisiológicos producidos, los efectos del tratamiento oncológico y la presencia de síntomas (stress, depresión, anorexia, vómitos, diarrea, dolor, etc. Aparecerá una desnutrición caló- rica proteica severa, exacerbada por el incremento del gasto energético y la ingesta deficiente del paciente, esta situación va a repercutir en gran medida en la capacidad funcional, con un aumento de complicaciones, aumento de la tasa de infecciones, disminución de la tolerancia al tratamiento oncológico.

Para mejorar la situación nutricional de los pacientes oncológicos, y ante la creciente demanda debido al gran aumento en el número de diagnósticos, a comienzos del año 2000 un grupo de profesionales sanitarios de diferentes puntos de España, se reunieron por primera vez con el objetivo de mejorar la intervención nutricional en éstos pacientes. Con el apoyo de la SENBA (Sociedad Española de Nutrición Básica Aplicada), elaboraron un documento de trabajo, consensuado y basado en la literatura, y en la experiencia personal. Diseñaron un protocolo de intervención nutricional en forma de algoritmos, que fuera de utilidad para todos aquellos profesionales que están implicados en el tratamiento y cuidado de éstos pacientes.

Además se usó el protocolo de Valoración global subjetiva (VGS-gp): Utilizada como una herramienta sencilla para identificar precozmente a los pacientes malnutridos o en riesgo de estarlo, identifica a los pacientes que requieren una intervención nutricional y cuales se beneficiarían de un soporte nutricional intensivo. Interrelaciona datos de la evolución del peso, la ingesta dietética actual en relación con la ingesta habitual del paciente, los síntomas digestivos presentes en las últimas dos semanas, capacidad funcional y los requerimientos metabólicos. Valora cada uno de los apartados como leve, moderado o severo. Esta clasificación valora si un paciente presenta riesgo de sufrir complicaciones derivadas de su inadecuado estado nutricional y si se beneficiaría de un tratamiento nutricional; por lo tanto, sirve para tomar decisiones sobre el seguimiento del estado nutricional y su tratamiento.

Con la finalidad de poner en marcha el protocolo de intervención, los pacientes con cáncer se clasifican en tres pasos: 1. Según el tipo de tratamiento oncológico que reciben, ya sea de tipo curativo o paliativo, 2. Riesgo nutricional de la terapia antineoplásica (bajo, mediano, o alto riesgo), 3. De acuerdo a la Valoración Global Subjetiva Generada por el paciente (VGS-gp), que clasifica a los pacientes en: A. Pacientes con adecuado estado nutricional B. Pacientes con malnutrición.

Se ha demostrado la utilidad del protocolo de intervención nutricional como instrumento para detectar malnutrición y definir los pacientes que se beneficiarían de un soporte nutricional adecuado. Se instauró el tratamiento nutricional más idóneo, de acuerdo a las características de cada paciente, teniendo en cuenta sus preferencias y su capacidad de tolerancia digestiva.

Algunos pacientes, cuando terminaron el tratamiento activo, continuaron requiriendo un soporte nutricional adecuado a sus condiciones específicas. Generalmente, coinciden con un diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, que quedan con grandes secuelas para tener una alimentación adecuada.

La aplicación de este protocolo es muy útil, para detectar malnutrición y seleccionar pacientes que se beneficiarán de una Intervención Nutricional Específica. Diseñar un tipo de intervención de este tipo, para los pacientes oncológicos, es a su vez un arduo trabajo que requiere mucho tiempo y dedicación, y que debe manejarse a través de equipos especializados con un alto grado de entrenamiento en oncología.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio aporta en el conocimiento y la importancia del uso de protocolos como, SEMBA (Sociedad Española de Nutrición Básica Aplicada) y VSG (valoración

subjetiva generalizada)especializados en la intervención nutricional de los pacientes oncológicos antes de empezar un tratamiento de intervención

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA - ARTICULO #15

TITULO:

INTENSITY MODULATED CHEMORADIO THERAPY AIMING TO REDUCE DYSPHAGIA IN PATIENTS WITH OROPHARYNGEAL CANCER

AUTOR:

Félix Y. Feng , Hyungjin M. Kim , Teresa H. Lyden

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

JOURNAL CLINICAL ONCOLOGY, Pub Med, Sociedad Americana de Oncología Clínica, ESTADOS UNIDOS, BOSTON, 2008

UBICACIÓN:

DOI: 10.1200 / JCO.2009.24.6199

ISSN: 0732-183X: A1

RESUMEN:

la quimiorradioterapia concurrente (CRT) para el cáncer (HN) de cuello ha mejorado los resultados relacionados con el tumor en comparación con la radioterapia (RT) por sí sola, a costa de una mayor toxicidad, principalmente en disfagia a largo plazo. También se han identificado previamente los constrictores faríngeos. (PC) y la glotis y supraglótica laringe (GSL) como estructuras anatómicas en el que la disfunción después de CRT causa disfagia y aspiración a largo plazo, varios estudios posteriores demostraron relaciones estadísticamente significativas entre las dosis suministradas a estas estructuras y disfagia. Por lo tanto, la hipótesis de que los ahorradores de las partes de las estructuras de deglución no afectados por el tumor y no en riesgo de enfermedad subclínica podrían reducir la disfagia sin reducir las tasas de control tumoral. Hemos demostrado previamente que la intensidad modulada RT (IMRT) permitió preservación parcial significativa de las estructuras de deglución no afectados si dicha preservación se incluyó en los objetivos de los planes de IMRT. Ahorradores de las estructuras de deglución, especialmente los ordenadores, que son parte de la pared faríngea posterior, hay que tener en cuenta las linfáticos retrofaríngeos (RPN), que son sitios importantes de la metástasis en el cáncer avanzado HN. Los RPNs consisten de grupos lateral y medial, y de los RPNs mediales están cerca del centro de los PCs. Sin embargo, los RPNs mediales rara vez han estado involucrados con la metástasis en el cáncer de HN, de acuerdo con radiológica múltiple y series quirúrgicas, que se resumen en otro lugar.

En la metodología del presente estudio se realizó un estudio prospectivo de la combinación de la quimioterapia con IMRT. El objetivo era reducir las dosis de radiación a estas estructuras en los pacientes con cáncer orofaríngeo.

Los resultados de este estudio sugieren que las altas tasas de control locorregional informaron recientemente después de la quimioterapia con IMRT de cáncer orofaríngeo no han sido comprometidos por los esfuerzos de sobre las partes de las estructuras fuera de la deglución PTVs. En concreto, la decisión de excluir a los RPNs mediales de los objetivos, lo que facilitó los esfuerzos para piezas de repuesto de los ordenadores, no dio lugar a ninguna recurrencia cerca de las estructuras para sustitución

(a pesar de las dosis en el fondo, con un promedio de 48 Gy a 1,4 Gy / fracción, recibida por el RPNs medial debido a su proximidad a metas).

Aunque es poco probable que la tecnología solo eliminará completamente la disfagia. Se requieren estrategias adicionales como la personalización de la intensidad del tratamiento de los predictores de control del tumor, la mejora de la citoprotección, radiosensibilización mejor orientada y terapia trago rápido cuando indicados para el progreso adicional.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

En este estudio se indaga sobre el Tratamiento que utiliza una técnica de IMRT de campo extendido (EF-IMRT), en el que el tumor primario es tratado en una fase junto con los ganglios linfáticos regionales, tratamiento relativamente seguro y eficaz en términos de control local de la enfermedad y la prevención de la disfagia persistente.

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA – ARTICULO #16

TITULO:

DYSPHAGIA IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS: PRETREATMENT EVALUATION, PREDICTIVE FACTORS, AND ASSESSMENT DURING RADIO-CHEMOTHERAPY, RECOMMENDATIONS

AUTOR:

Nerina Denaro , 1 Marco C. Merlano , 1 y Elvio G. Russi

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

CLINICAL AND EXPERIMENTAL OTORHINOLARYNGOLOGY, Pub Med, ITALIA, CUNEO, 2013

UBICACIÓN:

DOI: 10.3342 / ceo.2013.6.3.117

ISSN: 2005-0720: A2

RESUMEN:

El progreso en los tratamientos del cáncer de cabeza y cuello (CCC) ha mejorado la respuesta del tumor y las tasas de control loco-regional. Sin embargo, a pesar de la mejora de los enfoques diagnósticos y terapéuticos, la mortalidad sigue siendo elevada.

La intensificación del tratamiento con quimiorradioterapia (CRT) o alterado fraccionamiento de la radioterapia (RT) se asocia con un mejor resultado, pero causa graves temprana y tardía de la mucosa faríngea y toxicidades. La disfagia orofaríngea es un síntoma subestimado en pacientes con CCC

La alteración de la deglución resultante puede causar desnutrición y deshidratación, y podría conducir a la neumonía por aspiración. Los trastornos de la deglución suelen ser predecibles, dependiendo de ambas estructuras asociados a tumores y modalidades de tratamiento. Una selección de pretratamiento correcto para los pacientes con mayor riesgo de disfagia puede optimizar los resultados funcionales y terapéuticos.

La disfagia puede ocurrir durante la fase orofaríngea o esofágica de la deglución. Deglución normal es un proceso complejo y bien coordinada, lo que requiere

control neural regulada por interacciones entre centros corticales en ambos hemisferios, el centro de la deglución en el tronco cerebral, los nervios craneales (V, VII, IX sensoriales, motoras IX, X, y XII), y los receptores de la faringe para el tacto, la presión, estímulos químicos y agua. La deglución normal se compone de cuatro fases: preparación oral, bucal, faringe, esófago. La desregulación en cualquiera de estas funciones puede resultar en la disfagia.

Las causas de la disfagia incluyen diferentes alteraciones del proceso de deglución que pueden interferir con las funciones fisiológicas en cada paso de los descritos. Daños en las estructuras anatómicas o daño neurológico puede dificultar la fisiología normal. La mayoría de las alteraciones comunes incluyen la incontinencia estructural de la cavidad oral; movimiento incorrecto de la laringe supraglótica, la epiglotis, y el vestíbulo; reducción del peristaltismo faríngea; alteraciones del espacio prevertebral; y otras disfunciones musculares y neurológicas. Todos estos tipos de daños contribuyen de forma diferente y en diversos grados a disfagia después del tratamiento

Evaluación pre-tratamiento de trastornos de la deglución y los factores predictivos

La evaluación de los trastornos de la deglución en pacientes no tratados previamente con CCC es complejo y requiere un equipo multi-esfuerzo de colaboración entre la cabeza y el cuello como cirujanos, patólogos del habla, oncólogos de radiación, oncólogos médicos, radiólogos y especialistas en nutrición. Todos los pacientes en situación de riesgo deben ser examinados por un modelo multimétrico en el que más de un parámetro indica la disfagia.

De particular interés son los síntomas que indican la aspiración potencial, incluyendo toser o carraspear antes, durante, o después de comer. Si los pacientes desarrollaran cualquiera de estos síntomas, una referencia inmediata sería por un patólogo del habla y del lenguaje.

Los pacientes con riesgo significativo de la aspiración y aquellos que necesitan una nutrición enteral / parenteral deben ser identificados e inscritos en un programa que incluye la terapia de la educación y la deglución. Una nutrición adecuada y segura también debe ser garantizada. Los pacientes con aspiración silenciosa reducen a menudo inconscientemente su ingesta oral y pierden peso; este hallazgo por sí solo debería conducir a la evaluación de instrumentales.

La disfagia después de la cirugía

La cirugía en pacientes HNC puede causar disfagia por el daño / resección de muscular, óseo, cartilaginoso, o estructuras nerviosas (tragar estructuras anatómicas y estructura neurológica), así como por la eliminación fascia cuello. La gravedad del déficit de la deglución es dependiente del tamaño y la localización de la lesión, y el grado y la extensión de la resección quirúrgica. Sin embargo, Miller y Groher propusieron que la eliminación de menos de 50% de una estructura involucrado con la deglución no interfiera o seriamente influir en la función de tragar.

La disfagia después de la RT o CRT

A pesar del hecho de que los protocolos de RT modernos están diseñados para ahorrar el tejido normal y preservar la estructura y la función, la disfagia sigue siendo un hecho potencialmente mortal en pacientes tratados con HNC RT o CRT. La irradiación de las estructuras de la deglución contribuye a empeorar la disfagia. .

La disfagia puede resultar directamente en el comer disminuido, la desnutrición y la pérdida de peso. Pérdida de peso involuntaria severa la cual ocurre en el 5% al 71% de los pacientes con CCC y los promedios de 6% a 12% del peso corporal de tratamiento previo. La pérdida de peso se puede atribuir a un desequilibrio de energía consistiendo en la disminución de la ingesta de energía de la reducción del consumo de alimentos y / o el aumento del gasto de energía de la tasa metabólica alterada.

Por un lado, el uso sistemático de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) puede evitar la pérdida de peso. Por otro lado, se puede exponer a una proporción significativa de los pacientes a innecesarios costes y riesgos de la colocación del tubo, el beneficio potencial de un procedimiento de esperar a ver qué pasa con la inserción de PEG está apoyada por los resultados de complicaciones y aumento de la disfagia en pacientes cuyo tratamiento utiliza un PEG. En los pacientes que si tienen un alto riesgo de pérdida de peso de un corto periodo de nutrición parenteral puede ser adecuado el uso de esta sonda.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio indaga sobre la importancia de que los médicos sean conscientes de las correlaciones entre las toxicidades agudas y tardías, y que sean capaces de reconocer los pacientes en riesgo de disfagia aguda y severa, para reducir la disfagia tardía, previniendo la desnutrición y proporcionar la aspiración, con el objetivo de proporcionar la atención de apoyo adecuado para los pacientes quienes la padezcan.

REVISION BIBLIOGRAFICA – ARTICULO #17

TITULO:

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UN TRATAMIENTO NUTRICIONAL INTENSIVO SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO EN ESTADIO III Y IV

AUTOR:

V. Fuchs, V. Barbosa, J. Mendoza, A. Vargas, O. Amancio, A. Hernández-Cuéllar y E. Arana-Rivera

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

NUTRICIÓN HOSPITALARIA, SCIELO, MEXICO, MEXICO D.F, 2008

UBICACIÓN:

ISSN:0212-1611: A1

RESUMEN:

La desnutrición y la pérdida acelerada de peso son el diagnóstico secundario más frecuente en pacientes con cáncer. La etiología de la desnutrición en estos pacientes es multifactorial y puede presentarse como consecuencia de los cambios metabólicos ocasionados por la presencia de las células del tumor, la localización del mismo y los

efectos secundarios del tratamiento antineoplásico¹⁻³. En el cáncer de C y C, la localización del tumor se asocia con trastornos de deglución, malabsorción, obstrucción, y vómito. El tratamiento en los pacientes con cáncer de C y C en estadio clínico avanzado consiste en la administración concomitante de radioterapia (60-65 Gys) y de quimioterapia (platino y 5 fluoruracilo), mismos que en algunos casos son administradas de manera adyuvante o neoadyuvante con cirugía.

Cualquier tipo de tratamiento antineoplásico afecta el estado de nutrición del paciente, ya sea de manera directa o indirecta. El estrés metabólico causado por una cirugía se asocia a un hipermetabolismo, falla orgánica múltiple y pérdida de proteínas. Los efectos secundarios como la diarrea, vomito, náusea, disfagia, odinofagia, xerostomía, hipogeusia o ageusia dan como resultado una disminución en la ingestión de alimentos, la cual a su vez con lleva a un estado de desnutrición.

La utilización de alimentación artificial debe ser considerada cuando el paciente se vea imposibilitado para cubrir sus requerimientos energéticos vía oral, y en aquellos pacientes en donde el beneficio de recibir apoyo metabólico es mayor a los riesgos. La alimentación nasointestinal es la vía de acceso más apropiado para administrar nutrición enteral y más utilizada debido a que puede ser colocada hacia estómago, duodeno o yeyuno. Esta vía debe ser utilizada solo cuando va a requerirse alimentación enteral por un periodo corto de tiempo (menos de 4 semanas). Las ostomías (gastrostomía, yeyunostomía) se indican cuando el paciente va a requerir la alimentación enteral por un periodo mayor a los 30 días, o cuando existe alguna obstrucción nasal.

Algunos estudios sugieren que una terapia de nutricional adecuada puede disminuir el impacto de los efectos secundarios causados por la radioterapia, así como minimizar la pérdida de peso y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer que se encuentran recibiendo radioterapia en cabeza y cuello.

El presente estudio comparó los resultados obtenidos en el estudio del 2001, (que se utilizó como control histórico) con un grupo similar de pacientes captados con las mismas características clínicas y a quienes se les administró un TNI.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de un TNI en el estado de nutrición en pacientes con CCC en estadio III y IV en comparación con el TC. Con este estudio fue posible comprobar que los pacientes que se reciben un TNI como parte integral de su tratamiento oncológico deterioran significativamente menos el estado de nutrición que aquellos que reciben un TC, sin un monitoreo nutricional adecuado.

REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO:

**DYSPHAGIA IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS FOLLOWING
INTENSITY MODULATED RADIOTHERAPY (IMRT)**

AUTOR:

Evangelia Peponi, Christoph Glanzmann¹ , Bettina Willi, Gerhard Huber, Gabriela Studer

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

Radiation Oncology, Pub Med Central, SUIZA, ZURICH, 2011

UBICACIÓN:**DOI:** 10.1186/1748-717X-6-1**ISSN:** 1748-717X: A1**RESUMEN**

Están disponibles en la función de deglución a largo plazo en la radioterapia de intensidad modulada datos limitados (IMRT) pacientes tratados con riesgo de disfagia

En el presente estudio se escogió un total de 82 de 96 pacientes elegibles 'en riesgo' para la disfagia debido a un estadio III / IV carcinoma de células escamosas de la laringe, orofaringe o la hipofaringe. Todos los pacientes incluidos fueron tratados con éxito con intención curativa por impulso integrada simultánea (SIB) -IMRT ya sea solo o en combinación con la quimioterapia o la cirugía en nuestro servicio entre enero de 2002 y noviembre de 2005. Setenta pacientes (85%) recibieron quimioterapia simultánea de cisplatino (40 mg / m² iv semanal).

La disfunción tragar y disfagia se clasificaron adicionalmente con instrumentos de observación-evaluación subjetivos paciente informado y objetivos. Función de deglución clínico informado por el paciente se evaluó usando la "Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) de cabeza y cuello 35-elemento deglución y aspiración (QLQ-H & N35)" cuestionario de calidad de vida (QOL).

Durante el transcurso de la irradiación, todos los pacientes fueron evaluados clínicamente a intervalos semanales regulares, y 2 semanas a 2 meses después de la finalización del tratamiento. Cuatro a 6 semanas después de la finalización de la IMRT, todos los pacientes también fueron vistos regularmente en nuestra clínica conjunta en el Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello.

Normas institucionales para la evaluación del paciente incluyen el examen físico con endoscopia flexible de fibra óptica adicional en el Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello aproximadamente cada 2 meses durante el primer año de seguimiento, cada 3 meses en el segundo o tercer año y cada 6 meses en el cuarto al quinto año.

CARACTERISTICAS DE TRATAMIENTO

Se utilizó una técnica de IMRT de campo extendido (EF-IMRT), en el que el tumor primario fue tratado en una fase junto con los ganglios linfáticos regionales. La irradiación se suministra con cinco o siete ángulos de haz coplanares por un sistema de 6-MV dinámico MLC (deslizamiento técnica de ventana) (Varian Medical Systems, CA).

La prevalencia de disfagia a largo plazo (re-irradiada paciente no incluidos)

Las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) se colocaron antes o durante el tratamiento en 21 de 82 pacientes (26%). El tiempo medio para la retirada del tubo PEG fue de 8 meses (rango 5-25). En el momento del primer análisis (20 meses de

seguimiento), 6/21 pacientes (7% del total, ~ 1/3 de los pacientes con PEG) todavía estaban utilizando PEG para algunos o la totalidad de su nutrición. Los pacientes sufrieron pérdida de peso media de 5,1 kg (rango 0-20 kg) durante el tratamiento, mientras que el tratamiento un año después hubo ningún paciente que había perdido a > 10% del peso corporal. Sólo dos de estos 6 pacientes permanecieron PEG-dependiente (10% de todos los pacientes de PEG, 2% de toda la cohorte); los otros 4 pacientes recuperaron la independencia de PEG 14, 16, 33 y 36 meses después de la finalización de la IMRT, respectivamente. En ninguno de los pacientes que permanecieron loco-regional libre de enfermedad, un PEG tuvo que ser colocado durante el periodo de seguimiento monitorizado / reemplazado una vez que el PEG se ha eliminado.

Los recientes avances en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello se han logrado debido a la quimio-radioterapia concomitante con alteraciones de la radioterapia fraccionada en tres dimensiones de conformación (3D-CRT) o IMRT técnica. El uso de estas altas tratamientos de intensidad ha resultado en tasas considerables de disfunción en la deglución, agudos (15-63%) y a largo plazo (3-21%). Datos completos sobre la toxicidad tardía de los ensayos aleatorios y no aleatorios, sin embargo, son escasos.

En conclusión, la IMRT utilizando un contorno de la línea media de sobra para tragar estructuras fuera PTVs es relativamente segura y eficaz en términos de control local de la enfermedad y la prevención de la disfagia persistente tarde. Estimación de los fines de la disfagia subjetivas de los pacientes era compatible con la evaluación objetiva de disfunción en la deglución.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio indaga sobre el tratamiento que utiliza una técnica de IMRT de campo extendido (EF-IMRT), en el que el tumor primario es tratado en una fase junto con los ganglios linfáticos regionales, es relativamente segura y eficaz en términos de control local de la enfermedad y la prevención de la disfagia persistente tarde.

El objetivo de este estudio estuvo puesto en la función subjetiva de deglución a largo plazo, y relacionar la disfagia a la dosis de radiación recibida por las estructuras anatómicas críticas en nuestro IMRT consecutivamente (+/- quimioterapia) tratados de cabeza y cuello pacientes con cáncer.

REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO:

EVALUACIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE LA DIASFAGIA OROFARINGEA

AUTOR:

Gonzalo nazar, Andres ortega, Ines Fuentealba

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:
MEDICINA CLINICA CONDES, ELSEVIER, CHILE, SANTIAGO 2009

UBICACIÓN:
ISSN: 1011-0981: C

RESUMEN:

La disfagia tiene consecuencias sociales, económicas y una significativa morbimortalidad. Los frecuentes atoros e incluso episodios de asfixia que pueden presentar estos pacientes hacen que se aislen y eviten alimentarse en presencia de otras personas. Más grave aún, la disfagia aumenta el riesgo de desarrollar una neumonía aspirativa, la que tiene un 40% de mortalidad y sería la 4ª causa de muerte más frecuente en adultos mayores.

Tomando en cuenta la fisiología de la deglución, la disfagia corresponde a un “Trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos por una deficiencia en cualquiera de las cuatro etapas de la deglución y que puede desencadenar neumonía, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea”

La disfagia puede clasificarse desde un punto de vista topográfico en disfagia orofaríngea o esofágica. Son características de la disfagia oro-faríngea la salivación excesiva, lentitud en iniciar la deglución, regurgitación nasal, tos al deglutir (eventualmente con sensación de ahogo), degluciones repetidas, disfonía y disartria, pudiendo asociarse a otros síntomas neurológicos. La disfagia esofágica suele presentar sensación de obstrucción retroesternal o epigástrica, dolor torácico, regurgitación tardía y puede asociarse a otros síntomas reumatológicos. Por otro lado, la disfagia también puede clasificarse respecto de su fisiopatología en funcional (o motora) y mecánica (u obstructiva). La disfagia funcional en general es variable, puede presentarse tanto con sólidos como con líquidos, el tránsito de la comida puede favorecerse mediante algunas maniobras (por ejemplo degluciones repetidas y/o elevar los brazos) y, en algunos casos, existe una clara sensibilidad a alimentos fríos y calientes.

Con el paso de los años, se producen una serie de cambios fisiológicos que pueden afectar la deglución orofaríngea, en especial a nivel de la etapa oral como son la pérdida de la dentición, el deterioro muscular y la xerostomía.

Por otro lado los estímulos sensitivos son transmitidos por vías aferentes a través de los pares craneanos V, VII, IX y X hacia el núcleo del tracto solitario y núcleo ambiguo del tronco cerebral. Aquí se coordinará una respuesta motora eferente que viajará por los pares craneanos V, VII, IX, X y XII, controlando la actividad muscular de la cavidad oral y faríngea. Cabe destacar que las etapas de preparación oral y oral propiamente tal de la deglución son voluntarias, controladas por la corteza frontal.

DISFAGIA Y ASPIRACIÓN

La aspiración corresponde al paso de alimento o secreciones a la vía respiratoria, Por debajo del nivel de las cuerdas vocales. Si bien la disfagia eleva el riesgo de presentar eventos de aspiración alimentaria, no todo paciente con disfagia aspira.

El manejo de los pacientes con trastornos de la deglución orofaríngea es multidisciplinario: médico otorrinolaringólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, médico,

Fisiatra, radiólogo, KNT, terapeuta ocupacional y enfermera.

De acuerdo con lo anterior la rehabilitación de la disfagia es realizada principalmente por el equipo de fonoaudiología, contando con el apoyo de fisiatras, nutricionistas, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales.

La rehabilitación fonoaudiológica de la deglución se divide en:

a) Tratamiento indirecto: Se realiza sin alimentos y consiste en ejercicios para mejorar motricidad oral, faríngea y laríngea. Se realiza deglución de saliva y estimulación termal y con sabores. Se enseñan maniobras que previenen la aspiración, como es la doble deglución.

b) Tratamiento directo: Con alimento, incluye ejercicios motores orales, técnicas posturales compensatorias, maniobras de deglución y modificación de la dieta. En algunos casos puede ser necesario el uso de dispositivos que faciliten la alimentación, como cucharas de goma, pocillos hondos, vasos que prevengan el derrame de líquidos, etc. Las maniobras de deglución consisten en combinaciones de cambios posturales, ejercicios musculares y técnicas respiratorias que permiten realizar una deglución más segura al compensar las alteraciones presentes en el proceso. Un ejemplo es la deglución supraglótica, en la cual el paciente deglute con una apnea forzada tras inspirar profundamente, manteniendo las cuerdas vocales cerradas durante el tránsito del bolo hacia el esófago.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El presente estudio aporta a los resultados del estado del arte sobre el manejo de la disfagia y la intervención del fonoaudiólogo en el momento de presentarse.

REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO:

BASELINE HEALTH PERCEPTIONS, DYSPHAGIA, AND SURVIVAL IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

AUTOR:

Miriam N. Lango, Brian Egleston, Carolyn Fang, Barbara Burtness.

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

JOURNAL OF THE SCIENCES AND SPECIALTIES OF THE HEAD AND NECK, Pub Med Central, ESTADOS UNIDOS, PHILADELPHIA, 2014

UBICACIÓN:

DOI:

ISSN:

RESUMEN:

Se ha demostrado que las medidas informadas por los pacientes para predecir la

supervivencia con más eficacia que las medidas clínicas, tanto en pacientes sin y con cáncer, los pacientes informaron que la calidad de vida y el funcionamiento físico se han relacionado con el estado funcional en pacientes con cáncer avanzado y metastásico, presentando síntomas como caquexia, disfagia, dolor y pérdida de peso en pacientes no tratados previamente. La pérdida de peso en pacientes recién diagnosticados con carcinoma de cabeza y cuello de células escamosas (HNSCC) se asocia a menudo con enfermedad localmente avanzada. Las quejas de disfagia son más comunes entre los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados que la aspiración en las pruebas de deglución formales.

En respuesta a la percepción de la deglución desordenada, los pacientes pueden comer más lentamente, cambiar su dieta, o seguir comiendo a pesar de la falta de apetito o fatiga. La hipótesis de que los impactos disfagia paciente informaron de múltiples dominios de la calidad de vida y predice la recurrencia de la enfermedad y la muerte relacionada con la enfermedad.

Por otro lado en el presente estudio se expone sobre El SwalQOL es un instrumento de 44 ítems, en el que la validez y la fiabilidad se han establecido en pacientes con disfagia, incluyendo pacientes HNSCC. El cuestionario genera puntuaciones de dominio: carga, la duración, el deseo, los síntomas, la selección de alimentos, el habla, el miedo, la salud mental, función social, y la fatiga. Cada elemento tiene un rango de respuesta de 5-elemento. Medidas de dominio se han convertido en puntuaciones de 0 (peor puntuación) a 100 (mejor puntuación). La puntuación compuesta para la Swal-QOL se calculó el promedio de las puntuaciones de los dominios, dando la misma importancia a cada uno de los dominios. Todas las subescalas de la Swal-QOL tenían Cronbach α valores mayor que .70, que van desde 0,757 para la subescala de miedo a 0.951 para el papel subescala social.

La calidad basada en la preferencia del instrumento de vida que se mide la calidad relacionada con la salud de la vida en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor / malestar y ansiedad / depresión) usando 3 niveles (no hay dificultades, algunas dificultades y problemas severos). Una escala analógica visual de orientación vertical genera un "estado de salud." En este manuscrito, los términos "percepciones generales de salud" y "estado de salud reportado por el paciente" (PRHS) se utilizaron indistintamente. Los pacientes se les preguntó su nivel de acuerdo con la declaración, "yo no como tanto como lo hacía antes," un investigador principal generado artículo con 5 niveles (de acuerdo a muy en desacuerdo).

El análisis de supervivencia

Una evaluación inicial del impacto de las variables clínicas y relacionadas con el tumor en los resultados de supervivencia fue seguida por una evaluación de las medidas de

resultados informados por los pacientes. Finalmente, las variables importantes se analizaron en un modelo multivariable.

En nuestro estudio, la percepción de la salud general y la mayoría de las otras medidas informados por los pacientes fueron fuertemente asociada con la pérdida de peso, mientras que el estado funcional se relaciona con la edad del paciente y la comorbilidad. De las medidas informadas por los pacientes, disfagia fue el predictor más eficaz de la supervivencia específica de la enfermedad.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio indaga sobre la disfagia una línea de base que afecta a múltiples dominios de la calidad de vida y percepciones generales de salud en pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados. Una medida disfagia capta el esfuerzo de mantener la nutrición con el cáncer, la identificación de pacientes con o en riesgo de pérdida de peso, y predispuesto a la recurrencia de la enfermedad y la muerte relacionada con la enfermedad.

El inicio de la pérdida de peso se asocia con mayor disfagia y peor salud general percibida, ambos de los cuales se ve agravada por el grado de pérdida de peso. Los pacientes pueden llegar a ser conscientes del esfuerzo para mantener la nutrición oral, incluso antes de la pérdida de peso, que influyen en la percepción de su salud.

REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO:

NUTRITIONAL MANAGEMENT FOR HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

AUTOR:

Stephen S. Schoeff Dane M. Barrett Carla DeLassus Gress Mark J. Jameson

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

PRACTICAL GASTROENTEROLOGY, Pub Med, ESTADOS UNIDOS, 2013

UBICACIÓN:

ISSN: 0277-4208:A2

RESUMEN:

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello se enfrentan a desafíos únicos en mantener una nutrición adecuada. Tanto la enfermedad en sí y los tratamientos, especialmente la cirugía y la radioterapia, tienen un impacto negativo significativo en la función del tracto digestivo superior, y la ingesta oral es a menudo insuficiente durante y después de la terapia. La colocación de las sondas de gastrostomía es el método más común para garantizar la entrega segura de una nutrición adecuada, pero el momento óptimo sigue sin estar clara. Colocación (pretratamiento) sonda de gastrostomía profiláctica es un lugar común, pero hay una falta de evidencia para apoyar esta práctica para todos los pacientes.

En los Estados Unidos en 2013, se prevé que los cánceres de la cavidad, faringe y la laringe orales para dar cuenta de un 3,2% de todas las nuevas cáncers. La gran mayoría de estos son la cabeza y el carcinoma de células escamosas del cuello (CECC). Además de la supervivencia, calidad de vida y los resultados funcionales han convertido en algo fundamental. Por lo tanto, se ha prestado mucha más atención a la necesidad de mantener una buena nutrición, tanto durante como después del tratamiento, y no ha habido un mayor reconocimiento de los desafíos únicos para el manejo nutricional. La pérdida de peso durante el tratamiento del CECC es una de las principales preocupaciones; pérdida de peso sustancial en el 75-80% de los pacientes ha sido ampliamente reportada.² Si bien estos obstáculos son a menudo debido a la propia cáncer, los tratamientos comunes para la CECC, incluyendo la cirugía, la radioterapia (RT), y la quimioterapia, también conducen a cambios orales, en cuanto a la cirugía, dependiendo de la localización del tumor, el procedimiento y el enfoque, puede alterar significativamente la anatomía y conducir a la cicatrización que repercute negativamente en la deglución.

Por otro lado el 30% del grupo de PEG no-PEG / terapéutico en estadio I o II. Además, el 93% del grupo PEG profiláctica recibió quimioterapia en comparación con sólo el 69% de la cohorte terapéutica PEG no-PEG /. También hubo diferencias en la ubicación del tumor. Por lo tanto, los resultados de este estudio pueden reflejar simplemente diferencias fundamentales en las características de la enfermedad de los dos grupos. Sin embargo, nuestra experiencia subjetiva es que la función de deglución a largo plazo es mejor cuando los pacientes siguen la ingesta oral a través de la mayor parte o la totalidad de su RT, y que se extiende este período cuando un PEG se coloca sintomáticamente lugar de forma profiláctica. Este enfoque debe ser equilibrado con el nivel de motivación y sensación de frustración y la ansiedad del paciente individual en relación al mantenimiento nutricional durante el tratamiento. Los resultados funcionales y Rehabilitación El tratamiento de la disfagia es probable que mejore la calidad de vida, el estado nutricional y la tolerancia de la terapia. El impacto de la disfagia puede ser evaluada y monitoreada mediante el Inventario de MD Anderson disfagia (MDADI), que ha demostrado un mayor grado de tragar relacionada discapacidad en pacientes con cavidad oral o la orofaringe primarias en comparación con el de laringe o hipofaringe primarias. Además de las mediciones más objetivas por logopedas, la MDADI evalúa la calidad de vida relacionada con la deglución del paciente, sobre todo en lo que se refiere a la función social, y puede tener un impacto clínico Toma de decisiones.

El tratamiento de la deglución profiláctica es un desarrollo reciente en el tratamiento de la disfagia en pacientes con CECC, permite que los pacientes progresen cuidadosamente con la ingesta oral a pesar de la deglución imperfecta. Si bien esto representa algún riesgo de aspiración, los beneficios pueden incluir mejoras significativas en los resultados de deglución a largo plazo. Múltiples técnicas terapéuticas están siendo evaluados con muy pocos datos publicados hasta la fecha, pero los primeros resultados sugieren una mejora a largo plazo en el tragar la función de los pacientes sometidos a RT .

Mientras que la prevención de la disfagia es un objetivo importante, muchos pacientes con CECC todavía sufren significativamente dificultades para tragar después del tratamiento. La disfagia que es funcional puede ser difícil de tratar; sin embargo existen técnicas facilitadoras, estrategias de compensación, y varias maniobras terapéuticas para mejorar la seguridad de la función de deglución. El Programa de Terapia disfagia

McNeill es un método innovador que utiliza sesiones de frecuencia más estructurados y más alto que el Biorretroacción más comúnmente usado, y es aplicable a tragar la disfunción neurológica o de etiología oncológica. El uso de este programa en los pacientes, incluyendo pacientes con CCC, la suspensión de la norma se logró en el 67% de los pacientes en comparación con el 27% de los pacientes tratados con los métodos estándar. El método McNeill incluso ha demostrado su utilidad en pacientes con disfagia crónica que han fracasado varios intentos de intervención de otros Implicaciones para el Grupo de Atención al Paciente

La importancia de un equipo interdisciplinario con experiencia completa no puede ser exagerada. Estos cánceres son heterogéneos y único de paciente a paciente, y con frecuencia tienen un impacto devastador. Hay varios factores que compiten con el objetivo de mejorar inmediatamente la nutrición, tales como el tiempo de tratamiento de la terapia del cáncer y la calidad de la función a largo plazo. Estos problemas sólo pueden abordarse con eficacia por los equipos que tienen sustancial el volumen de pacientes y por lo tanto una gran experiencia. Se requiere un esfuerzo coordinado de todo el equipo con el fin de lograr los mejores resultados. Además de la nutrición, los aspectos no-tratamiento de bienestar tales como la actividad física, el apoyo emocional, etc. constantemente se están correlacionados con la supervivencia, calidad de vida y otras métricas.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio indaga sobre el manejo de la nutrición como una parte esencial de la atención de pacientes con CCC. La evolución de la atención en la que se incluye la calidad de vida como resultado del tratamiento primario exigiendo un enfoque centrado en el paciente cuidado con consideración a los resultados funcionales a largo plazo, además de los parámetros nutricionales inmediatas. También se tiene en cuenta la participación de un equipo que este altamente experimentado y bien coordinado que abarque todas las disciplinas para una atención de alta calidad

REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO:

**REHABILITATION OF DYSPHAGIA FOLLOWING HEAD AND NECK
CANCER**

AUTOR:

Barbara R. Pauloski

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

JOURNAL MEDICAL AND DENTAL SCIENCES, Pub Med - OVID SP, ESTADOS UNIDOS, Northwestern, 2008

UBICACIÓN:

ISSN: 2185-9132:A2

RESUMEN:

El presente estudio proporcionará información relativa a la rehabilitación de la disfagia después del tratamiento para el cáncer de la cabeza y el cuello. Se divide en dos secciones principales. La primera se describen los tipos de trastornos que se observan en los pacientes después del tratamiento del cáncer de tragar; el segundo identificará las diversas estrategias de intervención que están disponibles para el clínico para el tratamiento de trastornos de la deglución en pacientes con cáncer de cabeza y cuello tratados.

Los pacientes con tumores cancerosos de la cavidad oral, faringe, laringe o generalmente son tratados para su enfermedad con la extirpación quirúrgica del tumor, radioterapia, quimioterapia, o una combinación de estos procedimientos. Cada tipo de tratamiento del cáncer puede resultar en algún grado de disfagia. El tipo y la severidad de la disfagia dependerán del tamaño y la ubicación del tumor original, las estructuras implicadas, y la modalidad de tratamiento usado para la curación.

La extirpación quirúrgica de los tumores de cabeza y cuello es una de larga data y modalidad de tratamiento bien establecido que sigue siendo de uso generalizado. El tipo y grado de desorden golondrina dependerán del sitio y el estadio del tumor, la extensión de la resección quirúrgica, y la naturaleza de la reconstrucción quirúrgica. En general, cuanto mayor sea la resección, la mayor función de la deglución se verá perjudicada; los pacientes con resección de la lengua oral de muestran un mayor tiempo de tránsito oral y aumentaron residuo oral y faríngea como la extensión de la resección aumenta. Los residuos del bolo están en mayor riesgo de ser aspirado en los pacientes que se someten a una glossectomía total.

La función de deglución de los pacientes con cáncer en la etapa posquirúrgicas también puede estar influenciada por el tipo de reconstrucción quirúrgica. El cierre quirúrgico o la reconstrucción después de la ablación de tumores de cabeza y cuello se dividen en cuatro categorías generales: El cierre primario (aproximación y el cierre quirúrgico de los bordes de la resección); injertos de piel (el trasplante de una capa superficial de la piel de otro sitio, tales como el muslo en la resección quirúrgica); colgajos pediculados (colgajos de tejido levantaron de un sitio donante y migraron hacia el defecto quirúrgico, con un pedículo o el tallo de tejido adherida a la zona donante para mantener el suministro de sangre); y colgajos libres microvasculares.

La ingestión después de la cirugía para el cáncer de cabeza y cuello dependerá de la extensión de la resección, las estructuras específicas resecados, y en un grado limitado, la naturaleza de la reconstrucción. Los pacientes con resecciones afecta a la lengua oral, tendrán dificultades con la formación del bolo, desaceleró del tránsito oral, y el aumento de residuos oral. A medida que aumenta la viscosidad de alimentos, estos problemas de deglución tienden a ser más problemático. La aspiración no es generalmente un problema en pacientes con resecciones limitadas a la cavidad oral anterior a menos que la resección se extienda en la base de la lengua. Cuando la resección implica la base de la lengua o de los cartílagos aritenoides, aumenta el riesgo de aspiración. La naturaleza de la reconstrucción del defecto quirúrgico también puede tener un impacto en los problemas de deglución posquirúrgicas; Sin embargo, ya que el tipo de reconstrucción a menudo depende de la extensión de la resección, no está claro cuánto de un impacto en sí tipo de reconstrucción tiene sobre la función golondrina postoperatoria.

Por otro lado en la función de tragar después de la radiación o la quimiorradiación primaria, ha habido un aumento en los últimos veinte años en el uso de radioterapia con o sin quimioterapia como una modalidad de tratamiento primario para el cáncer de la cabeza y el cuello. Aunque el objetivo principal del tratamiento es curar, un beneficio adicional percibido de esta modalidad es la preservación de los órganos de la cabeza y el cuello, con el supuesto subyacente de que la preservación de la estructura dará lugar a la preservación de la función. La intensidad del haz de radiación también se puede modular con el fin de disminuir la dosis a las estructuras normales sin comprometer las dosis, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) es una forma avanzada de radioterapia conformada en 3-D con la posibilidad de orientar y escalar las dosis de radiación al tumor, mientras que la reducción de exposición a la radiación a las estructuras circundantes normales con precisión. Inicialmente estudiada en términos de su impacto en el flujo salival y xerostomía (la percepción de "boca seca"), IMRT ha demostrado su eficacia en la reducción de daños en la glándula parótida y preservar el flujo salival. El impacto de IMRT en función de la deglución después del tratamiento también ha sido investigado. Los pacientes tratados con técnicas de tejido ahorradores demuestran calificaciones menos graves de la disfagia, significativamente menos días de sonda de alimentación, el aumento de la ingesta oral, la faringe inferior de residuos, y una mejor eficiencia de la deglución orofaríngea.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PLANIFICACIÓN

El tratamiento de la disfagia después del tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello comienza con una prueba de imagen con el fin de diagnosticar correctamente la fisiopatología de la golondrina. Dadas las tasas reportadas de aspiración silenciosa, especialmente en aquellos tratados con quimiorradioterapia, el uso de una prueba de imagen es vital para el correcto diagnóstico de la disfagia. Las técnicas de imagen más útiles para el diagnóstico de trastornos de la deglución son el procedimiento de deglución de bario (MBS) modificado con videofluorography (VFG) y una endoscopia de fibra óptica de golondrina (FEES). Ambos procedimientos se han abordado a fondo en esta cuestión. Durante los MBS, los pacientes se administran bolos calibrados de material radio-opaco de consistencia variable.

El objetivo de la evaluación es MBS para definir la presencia y la causa de los trastornos de la motilidad y la aspiración, y para determinar si existen intervenciones que eliminar o reducir la aspiración y mejorar la función golondrina. Por lo tanto, los pacientes deben recibir terapia del ensayo para determinar la eficacia de las estrategias tales como posturas, maniobras, y modificaciones de tamaño de bolo o consistencia.

PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA

La aspiración puede ser eliminada por el uso de posturas, maniobras, y modificaciones de tamaño y consistencia del bolo; sin embargo, hasta la fisiología golondrina se puede mejorar, el paciente tendrá que utilizar estas técnicas de forma consistente, mientras que comer con el fin de mantener la ingesta oral. Hay procedimientos de terapia activas que se han diseñado para mejorar la alteración de la función trago después del tratamiento para el cáncer de la cabeza y el cuello.

Los patólogos del habla u otros especialistas en rehabilitación de la disfagia que trabaja con cáncer de cabeza y cuello serán parte de un equipo multidisciplinar que puede incluir cirujanos, radiólogos y oncólogos médicos, dentistas o prostodoncista, enfermeras, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Lo ideal sería que el médico tendrá la oportunidad de proporcionar asesoramiento pretratamiento para informar al paciente ya la familia de los posibles problemas de deglución que pueden ocurrir durante y después del tratamiento, así como para proporcionar información relativa a la rehabilitación post-tratamiento golondrina.

CONCLUSIÓN:

Los pacientes con cánceres de la cabeza y el cuello se pueden tratar con cirugía, radioterapia, quimioterapia, o una combinación. Cada modalidad de tratamiento puede tener un impacto negativo sobre la función de deglución después del tratamiento. El médico tiene un número de procedimientos de rehabilitación disponibles para reducir o eliminar los trastornos de la deglución en los pacientes tratados de cáncer de la cabeza y el cuello. Después de diagnosticar el trastorno de la deglución con el procedimiento modificado de deglución de bario, el médico puede utilizar posturas, maniobras y ejercicios para el tratamiento del trastorno de deglución y ayudar al paciente a conseguir la funcionalidad óptima. La eficacia de diversos procedimientos de tratamiento para la disfagia todavía necesita ser examinado en ensayos clínicos aleatorios cuidadosamente controlados. El campo de la rehabilitación disfagia seguirá creciendo como nuevos enfoques para el tratamiento del cáncer se desarrollan, dando como resultado posiblemente nuevas manifestaciones de la disfunción golondrina.

PORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio indaga sobre la rehabilitación de la disfagia después del tratamiento para el cáncer de la cabeza y el cuello se divide en dos secciones principales, una es los tipos de trastornos de la deglución, que se observan en los pacientes tras el tratamiento del cáncer y el segundo, identifica las diversas estrategias de intervención que están disponibles para los trastornos de deglución y la importancia del equipo interdisciplinar dentro de la rehabilitación de estos pacientes.

REVISION BIBLIOGRAFICA	
TITULO:	DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER; UNA EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS
AUTOR:	María Teresa Fernández López', Cecilia Alejandra Saenz Femández
REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:	NUTRICIÓN HOSPITALARIA, SCIELO, ESPAÑA, OURENSE, 2013
UBICACIÓN:	DOI: :10.3305/nh.2013.28.2.6239 ISSN: 0212-1611: A1
RESUMEN:	La desnutrición es un problema frecuente en los pacientes oncológicos, con una prevalencia del 15- 20% en el momento del diagnóstico del tumor y hasta del 80-90% en casos de enfermedad avanzada. Su expresión máxima es la caquexia tumoral, que afecta al 15-40% de los pacientes, 60-80% si nos referimos exclusivamente a aquéllos con enfermedad avanzada. De hecho es el diagnóstico secundario más común en el paciente con cáncer. La localización y extensión del tumor están directamente implicadas en la aparición del deterioro nutricional. Las causas de desnutrición se clasifican en causas relacionadas con el propio tumor, con el paciente o con los tratamientos oncológicos. Diferenciando cuatro grandes mecanismos por los que puede aparecer desnutrición en el paciente canceroso: escaso aporte de energía y nutrientes, alteraciones de la digestión y/o absorción de nutrientes, aumento de las necesidades y alteraciones en el metabolismo de los nutrientes. La desnutrición es un problema frecuente en los pacientes oncológicos, con una prevalencia del 15- 20% en el momento del diagnóstico del tumor y hasta del 80-90% en casos de enfermedad avanzada. Su expresión máxima es la caquexia tumoral, que afecta al 15-40% de los pacientes, 60-80% si nos referimos exclusivamente a aquéllos con enfermedad avanzada. De hecho es el diagnóstico secundario más común en el paciente con cáncer. La localización y extensión del tumor están directamente implicadas en la aparición del deterioro nutricional. Las causas de desnutrición se clasifican en causas relacionadas con el propio tumor, con el paciente o con los tratamientos oncológicos. Diferenciamos cuatro grandes mecanismos por los que puede aparecer desnutrición en el paciente canceroso: escaso aporte de energía y nutrientes, alteraciones de la digestión y/o absorción de nutrientes, aumento de las necesidades y alteraciones en el metabolismo de los nutrientes. DISCUSIÓN La Valoración Global Subjetiva (VGS) es una herramienta de bajo coste, fácil y rápida en su aplicación que permite evaluar el estado nutricional mediante la historia clínica y la exploración física del paciente. La VGS-GP tiene una sensibilidad del 96-98% y una especificidad del 82- 83% en pacientes con cáncer. Consta de una primera parte relativa a la alimentación, a los síntomas que la dificultan y a la actividad que realiza el propio paciente; y de una segunda parte que será realizada por el profesional, y que incluye los datos relacionados con la enfermedad y su tratamiento, así como la exploración física. Al final del proceso se obtuvieron 12 evaluaciones parciales (A, B o C según el grado de

afectación) que nos permiten realizar la valoración global y clasificar a los pacientes en tres grupos: buen estado nutricional (VGS-GP A), desnutrición moderada o riesgo de desnutrición (VGS-GP B) y desnutrición grave (VGS-GP C). Son pocos los trabajos que hacen referencia a la prevalencia o incidencia de la desnutrición en la enfermedad neoplásica, a pesar de su elevada frecuencia. Los primeros estudios son los del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) y el de Tchekmedyan de 1995.

Para concluir decir que la desnutrición es un diagnóstico muy prevalente en pacientes oncológicos. Teniendo en cuenta las importantes repercusiones a nivel de morbimortalidad, calidad de vida y coste sanitarios es importante integrar la valoración nutricional como parte de la evaluación global inicial de los pacientes con cáncer e instaurar, cuando sea necesario, la terapia nutricional de la forma más precoz posible. En este sentido la VGS-GP, que ha demostrado en diversos estudios su utilidad en la valoración nutricional de este grupo de pacientes, también nos ha ayudado a orientar el plan de tratamiento dietético-nutricional.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El presente estudio aporta a la construcción de los resultados y la discusión en el conocimiento del uso sobre el protocolo de Valoración Sugetiva Generalizada, el objetivo de este artículo fue Analizar la prevalencia y el grado de desnutrición de los pacientes con cáncer remitidos.

REVISION BIBLIOGRAFICA –ARTICULO #25

TITULO:

ACUPUNCTURE FOR DYSPHAGIA AFTER CHEMORADIATION IN HEAD AND NECK CANCER: RATIONALE AND DESIGN OF A RANDOMIZED, SHAM-CONTROLLED TRIAL

AUTOR:

Lu Weidong , MB, MPH, PhD, Peter M. Wayne , PhD, Roger B. Davis , ScD, Julie E. Buring

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

Contemporary Clinical Trials, Science Direct, ESTADOS UNIDOS, BOSTON, 2013

UBICACIÓN:

DOI:

ISSN:

RESUMEN:

La disfagia es un efecto secundario común después de la quimiorradioterapia (CRT) en cáncer de cabeza y cuello (CCC) de los pacientes. Disfagia gestión actual incluye tragar los procedimientos de terapia y de dilatación, pero estos tratamientos tienen limitaciones. Mientras que la acupuntura se ha reportado un impacto positivo en la función de deglución y la calidad de vida (CV) en pacientes con disfagia, la evidencia actual no es concluyente.

En un ensayo en curso, 42 pacientes con CCC carcinoma de células escamosas, que están recibiendo CRT basada en platino con intención curativa, están siendo reclutados de un centro integral de cáncer. Se asignaron al azar a 12 sesiones de acupuntura, ya sea activa o con la acupuntura simulada durante y después de la TRC durante un período de 24 semanas. Personal investigador ciego se evaluaron los resultados al inicio del estudio, 20 semanas después de la CRT (finales de la acupuntura), y 12 meses después del inicio del estudio (6 meses de seguimiento). El resultado primario es el cambio en el MD Anderson disfagia puntuación de inventario desde el inicio hasta 12 meses. Los resultados secundarios incluyen medidas de calidad de vida relacionados con los pacientes con CCC. Además, un subgrupo de pacientes del estudio se analizan para determinar las tasas de flujo salival y citoquinas, incluyendo el plasma factor de crecimiento transformante- β 1 y la interleucina 6 (n = 10 por brazo), para explorar de manera preliminar los mecanismos biológicos de la acupuntura para la disfagia.

Discusión

Este documento aborda los desafíos únicos relacionados con el diseño del estudio en los ensayos farmacológicos, controlado por simulación de acupuntura, incluyendo el desarrollo de verum basada en la evidencia creíble y protocolos de tratamiento simulado, el cegamiento y asegurar la fidelidad del tratamiento. Los resultados de este estudio serán informar a la viabilidad de la realización de un ensayo a gran escala y proporcionarán evidencia preliminar con respecto al valor de la acupuntura para la disfagia en pacientes con CCC.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este artículo aborda los desafíos únicos relacionados con el diseño del estudio de los ensayos farmacológicos, controlado por simulación de acupuntura, La acupuntura puede reducir síntomas y efectos secundarios que se asocian con la terapia de cáncer primario, como la quimioterapia inducida por náuseas, los sofocos en mujeres con cáncer de mama y la disfunción y el dolor después de la disección del cuello. Es claro que La persona especializada en acupuntura debe llevar el seguimiento documentado de sus pacientes, para minimizar los riesgos.

REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO:

SOPORTE CON NUTRICION ENTERAL EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

AUTOR:

Eugenio Oria Mundín a, Fernando Arias De La Vega

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:
 MEDICINA CLINICA, Pub Med, ESPAÑA, PAMPLONA, 2008

UBICACIÓN:
 ISSN: A1

RESUMEN:

Un número elevado de pacientes con cáncer de cabeza y cuello requieren soporte con nutrición artificial añadido a su tratamiento¹ (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia), pues habitualmente deben permanecer más de 7–10 días de ayuno, además de presentar muchos de ellos una desnutrición en el momento del diagnóstico (entre el 25 y el 75% de los casos). En las tres cuartas partes de los pacientes, la radioterapia y/o la quimioterapia les acarrea una importante mucositis orofaríngea que cursa con una disfagia, que puede persistir más de 3 meses en la mitad de los afectados.

La mayoría de estos pacientes han disminuido más del 10% de su peso en los últimos 6 meses, sobre todo en tumores escamosos de orofaringe e hipofaringe, pérdida de peso considerada como un factor de riesgo predictivo de complicaciones posteriores.

También se conocen los malos hábitos alimentarios de estas personas, con frecuencia consumidoras de una cantidad elevada de alcohol y tabaco, con consumo bajo de vegetales y vitaminas, además de ser pacientes de tratamiento clínico difícil.

La modalidad nutricional a preferir sería la dieta oral, completa o suplementada, hasta alcanzar las necesidades nutricionales, pero entre el 14 y el 93% de estos pacientes deben seguir una nutrición enteral, casi siempre administrada por sonda de poliuretano de 8–12 Fr de diámetro. En las publicaciones, es frecuente encontrar que la nutrición enteral puede administrarse por gastrostomía endoscópica (PEG) cuando la duración previsible del soporte nutricional supere los 20–50 día, pero, en la práctica, no es posible usar el gastroscopio en un porcentaje alto de pacientes (que puede superar los dos tercios), en los que la colocación de la gastrostomía por vía radiológica (PRG) supone una posibilidad poco reflejada en la bibliografía médica.

Además de la arginina, las sustancias más investigadas son:

Glutamina. Aminoácido abundante, sirve de sustrato energético a varias células del sistema inmunológico y es base del sistema glutatión, puede aportarse por vía oral, enteral o como dipéptido en vía parenteral, con ventajas más teóricas que prácticas en pacientes oncológicos, aunque recientemente se indica que puede atenuar la neuropatía periférica de algunos quimioterápicos.

En las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), se indica la preferencia de dietas inmunomoduladoras (enriquecidas en arginina, n-3, nucleótidos, con o sin glutamina) en la cirugía del cáncer de cabeza y cuello, a partir de los resultados en ensayos aleatorizados.

En España, el grupo investigador seguramente más importante en soporte nutricional en el cáncer de cabeza y cuello es el de De Luis et al, que publica un artículo en este número de MEDICINA CLÍNICA. Hace unos años ya mostraron la utilidad de la nutrición enteral por sonda en el postoperatorio de pacientes desnutridos con carcinoma laríngeo en pocos

días, con mejoras significativas en marcadores proteicos de vida media corta, con coste económico bajo y pocas complicaciones ligadas a la nutrición

Al enriquecer la nutrición enteral en fibra y arginina, el grupo referido encuentra menos complicaciones fistulosas en los intervenidos de cáncer de cabeza y cuello, que si se usa una dieta estándar, isocalórica e isonitrogenada, así como una estancia hospitalaria menor

Quizás el número reducido de pacientes que suelen tomar parte en estos ensayos y la presencia entre ellos de pacientes aceptablemente nutridos, junto a desnutridos graves, pacientes con cánceres laríngeos con sintomatología fundada en la fonación y cánceres orofaríngeos con disfagia, como síntoma principal, distintos tratamientos quirúrgicos y oncológicos, etc., hagan que la arginina no consiga demostrar su eficacia clara (a diferencia de lo que está ocurriendo con los n-3) en el soporte nutricional de cánceres de cabeza y cuello.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio indaga sobre el soporte nutricional enteral en fibra y argenina siendo este un suplemento para los pacientes oncológicos de cabeza y cuello, ejerciendo un papel importante que corresponde a un aspecto más del tratamiento de una enfermedad grave con una mortalidad elevada

REVISION BIBLIOGRAFICA –ARTICULO #27

TITULO:

FONOAUDIOLOGIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

AUTOR:

Ángela Natalia Aguirre-Bravo, Rosa Sampallo-Pedroza

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

Revista de la facultad de medicina, SCIELO, COLOMBIA, BOGOTA

UBICACIÓN:

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48539>

ISSN: 0120-0011: A2

RESUMEN:

LA práctica de CP se centró en la atención exclusiva de pacientes con cáncer avanzado, y actualmente han llegado a incluir a las personas que padecen enfermedades terminales, progresivas o en fase avanzada. En 1980, la OMS incorporó oficialmente el concepto de los CP y los promovió como parte del Programa de Control de Cáncer. Los cuidados paliativos (CP) se pueden aplicar desde el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, durante su progresión y al final de la vida. Para garantizarles calidad de vida al paciente con enfermedad terminal y a su familia, se provee una atención física, emocional y espiritual. El concepto de medicina paliativa apareció asociado a las prácticas médicas; sin embargo, debido a que otros profesionales tales como enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y capellanes se han involucrado, se cambió la denominación a CP, ya que tal cuidado debe ser multiprofesional o interdisciplinario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en el 2002 los cuidados paliativos (CP) como “la asistencia promovida por un equipo interdisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo”.

La fonoaudiología en los CP busca generar calidad de vida y bienestar a los pacientes con enfermedad terminal y a sus familiares, mediante el establecimiento de canales comunicativos y el manejo de síntomas como la disfagia y el dolor cráneo-facial. Además, se determinó la naturaleza de los CP y su diferencia con los cuidados crónicos; los conceptos de calidad de vida, dolor y sufrimiento; el manejo de la ética para realizar actividades de evaluación, diagnóstico e intervención. Para que los pacientes y sus familiares se sientan seguros, cuidados y protegidos (con óptima comunicación y orientación sobre todos los síntomas que se presentan), los CP ofrecen un cuidado continuo las 24 horas del día, los 365 días del año. Esto, mediante atención telefónica, domiciliaria, en una unidad de servicios hospitalarios o a nivel ambulatorio, en unidades día, o en residencias tipo hospicio .

en el cuidado crónico, las personas atraviesan por un periodo de crisis, donde hay un momento sintomático antes del diagnóstico y una adaptación inicial; un periodo crónico, comprendido entre el inicio del tratamiento sintomático y las complicaciones severas; y un periodo terminal, en el que hay un grado severo de discapacidad y conocimiento de muerte inevitable

Es importante diferenciar los CP de los cuidados crónicos, ya que los dos se pueden aplicar aislada o conjuntamente. Estos últimos previenen y tratan las enfermedades crónicas desde su diagnóstico, con el fin de mantener estable y prologar la vida del paciente . Es decir, en el cuidado crónico, las personas atraviesan por un periodo de crisis, donde hay un momento sintomático antes del diagnóstico y una adaptación inicial; un periodo crónico, comprendido entre el inicio del tratamiento sintomático y las complicaciones severas; y un periodo terminal, en el que hay un grado severo de discapacidad y conocimiento de muerte inevitable. Algunos de los valores y principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales corresponden a inviolabilidad de la vida humana, proporcionalidad terapéutica, doble efecto, veracidad en la comunicación, y deber moral de no abandonar al paciente y a su familia.

La mayoría de las enfermedades terminales involucran en la fase inicial, durante su progresión o hacia el final de la vida, cambios en la comunicación y deglución. Aparecen condiciones generadoras de dolores a nivel cráneo-facial y deglutorio o alteraciones en los diferentes órganos fonoarticulatorios (OFA) que comprometen el bienestar de los pacientes y sus familias.

La disfagia es el trastorno de la deglución asociado a diferentes condiciones médicas que afecta significativamente la calidad de vida de las personas. Además, dificulta la ingesta segura de los nutrientes esenciales que permiten la subsistencia del ser humano, pone en peligro el sistema respiratorio, y altera el funcionamiento general del cuerpo. Al llegar el final de la vida, ocurre una disminución gradual o abrupta de la ingesta de alimentos

líquidos y sólidos, ocasionada por la falta de apetito o por la alteración de una o varias de las 4 fases de la deglución (anticipatoria, preparatoria-oral, oral, faríngea y esofágica)

La ética fonoaudiológica en la intervención de la comunicación plantea que se debe velar por generar canales comunicativos de cualquier modalidad. Incluso, se debe garantizar la implementación de un método comunicativo real, ajustado al contexto cultural y ambiental del paciente, considerando a la familia.

La ética fonoaudiológica en la intervención de la deglución plantea que las distintas acciones profesionales deben considerar los factores relacionados con la seguridad y eficacia de la deglución. Las diferentes formas de evaluar la deglución, deben dar una respuesta rápida y eficaz en cuanto a los síntomas, el diagnóstico y el nivel de severidad. Las decisiones sobre las formas de evaluación e intervención deben evitar el sufrimiento del paciente, evadiendo toda acción innecesaria.

Intervención fonoaudiológica de la disfagia en los CP

Los objetivos y las decisiones clínicas del profesional en fonoaudiología durante la intervención de la deglución cambian en razón de la fase de la enfermedad. Cuando este síntoma se presenta al inicio o en una fase no avanzada de la enfermedad, el quehacer del fonoaudiólogo busca favorecer la deglución de los líquidos propios y de los alimentos. Cuando el paciente ha salido de una etapa crítica o se encuentra hacia el final de la vida, las decisiones clínicas del fonoaudiólogo buscan una deglución de los líquidos propios, y proporcionar el máximo de un alimento solicitado, de forma segura y agradable.

A nivel deglutorio, se mejora la calidad de vida y se disminuye el sufrimiento de los pacientes y sus familiares. Para ello, se llevan a cabo acciones como la de hidratar, a través del humedecimiento, la cavidad oral, y educar a la familia en cambios posturales, asistencia durante el proceso de alimentación, modificación de las características del alimento —volumen y consistencia-textura—, e ingesta de los alimentos a solicitud del paciente. En esta etapa, el contacto humano, la dedicación y el placer de sentir un sabor en la boca, son altamente gratificantes.

La intervención de la disfagia en los pacientes en fase final de vida debe incluir estrategias indirectas como la MTB en cara, cabeza, cuello y tórax; la movilización de reja costal, la estimulación faríngea profunda y las técnicas de incremento sensorial.

La aplicación especializada y específica de MTB ayuda con las alteraciones que se presentan en las etapas de la deglución. Las diferentes técnicas aplicadas a nivel de cara—intraoral y extraoral—, cabeza, cuello y tórax, facilitan el control postural cefálico y torácico, el manejo y control del bolo en la cavidad oral, la movilidad lingual y la activación del reflejo deglutorio. La movilización de reja costal ayuda a crear consciencia de la respiración, activa la musculatura diafragmática, aumenta la capacidad pulmonar y favorece el reflejo tusígeno.

Las técnicas de estimulación faríngea profunda permiten restaurar la fuerza muscular y la actividad refleja de la faringe, mejorando la eficiencia y la seguridad de la función de la deglución.

La estimulación térmico-táctil, aumenta la sensibilidad oral, alerta el córtex y el tallo cerebral; activando así el reflejo deglutorio más rápidamente. La estimulación gustativa realizada con diferentes sabores, se aplican sobre los pilares del velo del paladar, el velo del paladar y la lengua. En los CP, al buscar mejorar la calidad de vida del paciente, se

debe evitar el uso de sabores amargos y evaluar el uso de los sabores ácidos, cuando el paciente presente lesiones, úlceras, aftas e infecciones en la cavidad oral. La estimulación olfativa con esencias comestibles u olores de alimentos agradables, permite un aumento de la salivación y una deglución espontánea o refleja.

La intervención de la disfagia en los CP, también se realiza de forma directa, incluyendo estrategias compensatorias de modificación de las características de los alimentos, cambios posturales e hidratación de cavidad oral.

Las modificaciones del volumen y consistencia-textura de los alimentos, dependen de la naturaleza de la disfagia y la tolerancia del paciente por vía oral. En la etapa final de vida, en respuesta a las necesidades, preferencias y deseos del paciente frente a la alimentación y presencia de disfagia, se deben introducir alimentos de consistencias-texturas líquidas espesas y semisólidas, con volúmenes pequeños, que provean información gustativa y propioceptiva, faciliten el control oral y su manipulación en la cavidad oral, hasta su deglución.

Se deben evitar alimentos de consistencia sólida y viscosidad pegajosa y/o seca, ya que hay mayor resistencia en el tránsito oral faríngeo y residuos posdeglutorios, que permanecen en la cavidad oral y/o faríngea; generando aspiraciones, ocasionando incomodidad y crecimiento de bacterias en la cavidad oral.

Los cambios posturales modifican la estructura y la disposición de las vías aerodigestivas, facilitando el paso del bolo desde la cavidad oral hacia el estómago. Estas se pueden usar con alimentos y durante la deglución en seco. Algunas de las estrategias que se pueden implementar corresponden a la flexión de cuello, la extensión cefálica, la rotación cefálica hacia el lado débil, la inclinación cefálica hacia el lado sano y la deglución en decúbito lateral.

La hidratación de la cavidad oral puede realizarse por medio del protocolo de agua, o humedeciendo con otro líquido claro. El protocolo de agua es una estrategia de intervención en los cuidados al final de la vida que permite aumentar el bienestar del paciente. En este, se consideran las necesidades de hidratación y las posibles alteraciones en el proceso deglutorio. Además, ayuda a mantener la higiene de la cavidad oral y, en consecuencia, minimiza el crecimiento de bacterias orales que se pueden asociar a neumonía aspirativa.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El presente artículo trata sobre los cuidados paliativos (CP) que se pueden aplicar desde el diagnóstico, durante su progresión y al final de la vida. Para garantizarles calidad de vida al paciente con enfermedad terminal y a su familia, se provee una atención física, emocional y espiritual; así pues, los CP no se aplican únicamente cuando un tratamiento curativo no tiene un efecto favorable o cuando el paciente está en la fase de agonía. Con el objetivo de documentar, describir y caracterizar el que hacer del fonoaudiólogo en los cuidados paliativos, se realizó una revisión bibliográfica. En esta, se emplearon bases de datos especializadas, libros, guías de manejo, páginas electrónicas de instituciones y organizaciones reconocidas mundialmente en cuidados paliativos, fonoaudiología.

REVISION BIBLIOGRAFICA	
TITULO:	LAS INTERVENCIONES NUTRICIONALES EN EL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIORRADIOTERAPIA: UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA
AUTOR:	Maurizio Bossola
REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:	Nutrients — Open Access Human Nutrition Journal, PubMed Central, SUIZA, BASILEA, 2015
UBICACIÓN:	ISSN: A1
RESUMEN:	El Cáncer de cabeza y cuello (CCC) (cáncer de la cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe) es el séptimo cáncer más común en el mundo. La mayoría de los pacientes con HNC presente con localmente avanzado de la enfermedad, para los que el tratamiento es complejo y agresivo, con un objetivo terapéutico de lograr una curación y reducir al mínimo la toxicidad. El nivel de atención es multidisciplinar, utilizando bimodalidad o la terapia trimodal en su caso. Los avances recientes han dado lugar a alteraciones en las tecnologías de radioterapia, la introducción de secuencial (inducción) la quimioterapia sistémica, y la inclusión de agentes dirigidos en regímenes de quimioterapia de combinación. Si el cáncer de obstrucción y / o mucositis interferir con la deglución, la nutrición enteral debe ser entregado por el tubo. El método por alimentación profiláctica de alimentación a través de una sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea se ha vuelto relativamente común. Queda por definir si la alimentación profiláctica, en comparación con la alimentación reactiva (pacientes son compatibles con suplementos nutricionales orales y cuando es imposible mantener los requerimientos nutricionales de alimentación enteral a través de una sonda nasogástrica o se inicia PEG), ofrece ventajas en términos de los resultados nutricionales, interrupciones de la radioterapia y la supervivencia. Esta evidencia se basa esencialmente en un estudio aleatorizado realizado en 60 pacientes ambulatorios oncológicos que reciben radioterapia en el tracto gastrointestinal (12%) o zonas de cabeza y cuello (78%). Este estudio documenta estadísticamente más pequeños deterioros en el peso, el estado nutricional y la calidad global de la vida cuando intensiva, individualizada y NC ONS se utilizan en lugar de la atención nutricional estándar.

Nutrición Enteral a través de la sonda nasogástrica o gastrostomía

Las directrices internacionales también sugieren que si un cáncer de cabeza y cuello obstrucción interfiere con la deglución, la nutrición enteral (NE) debe ser entregado por el tubo. La alimentación por sonda también se sugiere si se espera que la mucositis local grave, lo que podría interferir con la deglución, por ejemplo, en los regímenes de radio-quimioterapia, incluyendo la radiación de la garganta.

La alimentación por sonda o bien se puede enviar a través de la sonda nasogástrica (NG) o gastrostomía percutánea (PEG). Debido a que de la mucositis oral y del esófago de radiación inducida, PEG puede ser preferible, y se ha demostrado claramente que la temprana y la nutrición enteral adicional adecuada a través de un sistema de PEG es más eficaz que la nutrición oral solo en aquellos casos en que el paciente se somete a varias semanas de quimioterapia / radioterapia. Sin embargo, el PEG tiene una tasa de complicaciones que se estima que es en el rango de 8% -30%, incluida la infección local de la herida, la oclusión del tubo, las fugas del tubo, celulitis, eczema o tejido hipergranulación.

Apoyo Nutricional profiláctica

En la última década, la alimentación profiláctica (P-FT) a través de sonda nasogástrica o PEG, antes de comenzar la CRT, para evitar la pérdida de peso, deshidratación y reducir las hospitalizaciones, y evitar interrupciones en el tratamiento se ha vuelto relativamente común. Alternativamente, los pacientes son compatibles con suplementos nutricionales orales y, cuando es imposible mantener los requisitos nutricionales, la alimentación enteral a través de un NGT o PEG se inicia (alimentación reactivo; R-FT).

Parece que la alimentación profiláctica, en comparación con la alimentación reactiva (pacientes son compatibles con suplementos nutricionales orales y cuando es imposible mantener los requerimientos nutricionales de alimentación enteral a través de una sonda nasogástrica o se inicia PEG), no ofrece ventajas significativas en términos de resultados nutricionales, interrupciones de la radioterapia y la supervivencia. Sin embargo, teniendo en cuenta el número limitado de estudios prospectivos, randomizados, a conclusiones definitivas no pueden extraerse y es deseable que nuevas investigaciones se llevarán a cabo sobre esta cuestión en el próximo futuro.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

En comparación con la alimentación reactiva (pacientes son compatibles con suplementos nutricionales orales y cuando es imposible mantener los requerimientos nutricionales de alimentación enteral a través de un NGT o se inicia PEG), la alimentación profiláctica no ofrece ventajas en términos de los resultados nutricionales, las interrupciones de la radioterapia y supervivencia.

En general, parece que se necesitan estudios prospectivos y aleatorizados más adecuados para definir la mejor intervención nutricional en cáncer de cabeza y cuello sometidos a quimioterapia y cambiar con el tiempo la práctica actual, teniendo en cuenta que el

tratamiento nutricional de estos pacientes es complejo y requiere de un enfoque multidisciplinario.

REVISION BIBLIOGRAFICA

TITULO:

PAPEL DEL CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30 EN LA PREDICCIÓN DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES MEXICANOS CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

AUTOR:

D. Sat-Muñoz, A. de J. Morán Mendoza, P. Solano-Murillo

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

NUTRICIÓN HOSPITALARIA, EBSCO, MEXICO, GUADALAJARA, 2012

UBICACIÓN:

DOI: 10.3305/nh.2012.27.2.5511

ISSN: 0212-1611: A1

RESUMEN:

En los pacientes oncológicos la pérdida de peso relacionada con el cáncer contribuye al deterioro del estado de bienestar que es posible alcanzar en pacientes con esta entidad e impacta otros aspectos como el pronóstico y la tolerancia al tratamiento antineoplásico (quirúrgico, médico y de radioterapia)¹. De forma específica se ha observado que la pérdida de peso (y la desnutrición asociada a ésta por pérdida de la masa muscular) reduce la competencia inmunológica y la resistencia a las infecciones lo que incrementa la susceptibilidad a las complicaciones posquirúrgicas y el impacto de otros tratamientos para el control sistémico y local de la enfermedad afecta directamente a la médula ósea resultando en la presencia de anemia o leucopenia, consideradas como toxicidad hematológica.

El tratamiento del cáncer de cabeza y cuello puede generar efectos secundarios que pueden limitar la ingesta oral y condicionar pérdida de peso. Se ha sugerido que un soporte nutricional adecuado durante el tratamiento puede limitar el impacto de sus efectos secundarios, minimizar la pérdida de peso, mejorar la calidad de vida y ayudar a los pacientes a recuperarse de forma más rápida después del tratamiento.

De forma empírica se ha observado que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son pacientes con acceso a pocos servicios de apoyo como sería el soporte nutricional, lo que limita la posibilidad de identificar a aquellos sujetos en riesgo de desnutrición o con desnutrición a través de la evaluación global subjetiva los cuales podrían verse beneficiados de una intervención nutricional.

El número limitado de profesionales en el área de la nutrición del paciente con cáncer en México obliga a que el oncólogo busque las herramientas que le permitan identificar a aquellos pacientes con cáncer de cabeza y cuello que tengan riesgo de desnutrición o desnutrición, para que puedan ser derivados a forma específica con estos profesionales optimizando los recursos existentes, aquí la encuesta QLQ-C30 validada para población mexicana, puede ser una herramienta de utilidad para llevar a cabo este tamizaje, puesto

que en el contexto de la nutrición ya se ha probado su asociación con el estado nutricional del paciente.

Los métodos utilizados fueron: estudio transversal analítico, validación de prueba diagnóstica en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en diferentes etapas clínicas. Se correlacionó el diagnóstico de desnutrición (Valoración Global Subjetiva) con las escalas del cuestionario EORTC QLQ-C30.v3 a través de las correlaciones de Pearson y de Spearman; se realizó una curva ROC para determinar el punto de corte en los puntajes de las escalas del cuestionario QLQ-C30.v3 y el cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, y el cálculo de Odds Ratio por regresión logística.

Resultados: Las escalas funcionales (función de rol, función física y estado global de salud) presentaron valores limitados para estimar riesgo de desnutrición en las personas, con cáncer de cabeza y cuello. Las escalas de síntomas que mostraron mayor grado de asociación fueron: dolor con sensibilidad de 76,47% y especificidad de 69,23%, insomnio con sensibilidad de 88,24% y especificidad de 53,85%, fatiga con sensibilidad de 70,59% y especificidad de 76,92%.

El cuestionario EORTC QLQ-C30, se muestra como una herramienta útil para detectar tempranamente desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello e impactar el estado nutricional y la respuesta al tratamiento al reducir la toxicidad y elevar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

El objetivo de este estudio fue describir el papel que juega la encuesta EORTC QLQ-C30 en el tamizaje para identificar pacientes con cáncer de cabeza y cuello en riesgo de desnutrición o con presencia de desnutrición.

REVISION BIBLIOGRAFICA –ARTICULO #30

TITULO:

**CONSISTENCIAS Y TEXTURAS ALIMENTICIAS EN DISFAGIA.
PERSPECTIVA FONOAUDIOLÓGICA.**

AUTOR:

Diana Marcela Castro Maldonado, Rosa Mercedes Sampallo Pedrosa

REVISTA, BASE DE DATOS, PAÍS, CIUDAD Y AÑO:

Revista Gastrohnut, EBSCO, COLOMBIA, BOGOTA, 2014

UBICACIÓN:

ISSN: 01243691

RESUMEN:

El presente estudio aborda los contenidos que hacen referencia a la caracterización del alimento tomando en cuenta tres conceptos principales: consistencia, textura y viscosidad.

Consistencias: La identificación de las consistencias debería ser muy específica. Muchos clínicos tienden a dividir por tipos de alimento en varios subtipos acorde a la viscosidad y/o cualidades cohesivas. Esto implica que si la viscosidad es más alta el fluido es más lento (ejemplo miel), en cambio si la viscosidad es baja, el fluido fluye más rápido (ejemplo agua). La cohesión en cambio describe la habilidad del material para permanecer junto y uniforme y típicamente esta usada para describir las propiedades de los sólidos (ejemplo apio) o semisólidos (ejemplo fideos). Así mismo, se tiene en cuenta que los alimentos cambian durante la manipulación del bolo en la cavidad oral, visto en un coctel de frutas pues pasa de sólido a sólidos mixtos y a líquidos claros durante la masticación. En la circunstancia en el que la persona se someta a algún tipo de tratamiento, o se ve enfrentada a alguna patología, al momento de consumir alimentos es necesario hacerle determinadas modificaciones, las cuales se verán implicadas en las consistencias que puede o no asumir, con tal de lograr una exitosa y segura ingesta del mismo. Frente a esto Jegtvig describe: Líquido claro; Líquido espeso; Puré y Blando.

Texturas: Las texturas en los alimentos juegan un rol importante en el cuidado de los pacientes con disfagia, es necesario ejemplificar las texturas con tal de comprender las diferencias que existen entre una y otra de la siguiente forma: Líquido (Fluido normal, Ligeramente espeso, Moderadamente espeso, Extremadamente espeso), Alimento (Alimento normal, Blando, Picado y húmedo, Puré suave)

Viscosidad: Se refiere a la propiedad clínicamente relevante de los líquidos utilizados para el manejo de la disfagia. Así mismo la ASHA define la viscosidad como una propiedad del líquido que describe la resistencia del material para fluir. Al aplicarlo a un estado definido como es el líquido, puede observarse unos rangos que correlacionan su unidad dinámica de medida, en estos se encuentran: Claro, Néctar, Miel, Espeso.

Es fundamental conseguir que las texturas de los alimentos sean homogéneas, evitando siempre alimentos pegajosos y con doble textura o que se fragmenten con facilidad. Por tanto es importante que en estos pacientes, se adapten la textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos teniendo en consideración el grado de disfagia orofaríngea que presenten los pacientes. En la actualidad existen diversas guías clínicas que describen cómo conseguir distintos niveles de adaptación de sólidos y líquidos.

APORTES DEL DOCUMENTO AL PROYECTO:

Este estudio aporta en los resultados del estado del arte, conocer la importancia de las texturas, viscosidades y consistencias de acuerdo a los grados de la disfagia orofaríngea, leve severo y moderado, con la finalidad de adaptar en los pacientes los alimentos ya sean sólidos o líquidos.

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 001 - 016

Proyecto: "ESTADO DEL ARTE SOBRE EL MANEJO FONOAUDIOLÓGICO DEL PROCESO DE INGESTA DE ALIMENTOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CON DISFAGIA OROFARÍNGEA, 2015."

Sometido por: PATRICIA GIRALDO/ VIVIANA ANDREA CASTRO

Código Interno: 216 - 015

Fecha en que fue sometido:

18

01

2016

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| ☒ Resumen del proyecto | ☒ Protocolo de investigación |
| ☒ Formato de consentimiento informado | ☒ Instrumento de recolección de datos |
| ☐ Folleto del investigador (si aplica) | ☒ Cartas de las instituciones participantes |
| ☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

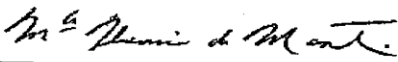
☐ SIN RIESGO ☒ RIESGO MÍNIMO ☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. **Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - a. Lesiones a sujetos humanos.

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
 9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
 10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

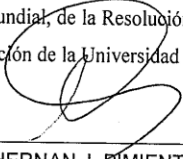
Firma:  Fecha:   

Nombre: **MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ**

Capacidad representativa: **PRESIDENTA** Teléfono: **5185677**

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:  Fecha:   

Nombre: **HERNAN J. PIMENTA**

Capacidad representativa: **VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD** Teléfono: **5185680**