



UNIVERSIDAD CATÓLICA
SILVA HENRÍQUEZ

ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**CARACTERÍSTICAS DEGLUTORIAS EN SUJETOS CON
CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO ENTRE 40-75 AÑOS
ATENDIDOS EN LA UNIDAD ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL
SÓTERO DEL RÍO, SANTIAGO DE CHILE**

SEMINARIO DE TÍTULO PARA OPTAR
AL GRADO DE LICENCIADO EN
FONOAUDIOLOGÍA

AUTORES:

MARÍA JOSÉ AGUILAR SANDOVAL
MARÍA JOSÉ CUEVAS VALLEJOS
FERNANDA DANAE SAAVEDRA PEÑALOZA

PROFESOR GUÍA: DANIELA TOLOZA
TOLEDO
FONOAUDIÓLOGA ÁREA DEGLUCIÓN ADULTOS

Santiago, Chile

2019

SE AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL, CON FINES ACADÉMICOS,
POR CUALQUIER MEDIO O PROCEDIMIENTO, INCLUYENDO LA CITA BIBLIOGRÁFICA
QUE ACREDITA AL TRABAJO Y A SU AUTOR.

FECHA _____

FIRMA

DIRECCION

TELEFONO – E-MAIL

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	3
II.	INTRODUCCIÓN.....	5
III.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	6
IV.	APORTES A LA DISCIPLINA.....	7
V.	MARCO TEÓRICO.....	8
	5.1 CÁNCER	8
	5.2 CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	8
	5.3 TRATAMIENTO CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	9
	5.4 DEGLUCIÓN	11
	5.5 DISFAGIA.....	12
	5.6 DISFAGIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	14
VI.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
VII.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	16
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
	8.1 CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN.....	17
	8.2 VARIABLES DE ESTUDIO	18
	8.3 PROCEDIMIENTOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS	19
	8.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	19
	8.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	19
	8.6 RESULTADOS	20
IX.	DISCUSIÓN.....	23
X.	CONCLUSIÓN.....	24
XI.	REFERENCIAS	25
XII.	ANEXOS.....	28

I. RESUMEN

Introducción: El proceso de ingesta de alimentos se considera una actividad comunicativa que desarrolla el individuo como ser social y se puede ver afectada por las complicaciones asociadas a desnutrición y deshidratación relacionadas al cáncer de cabeza y cuello, además, se suele comprometer el proceso de ingesta por vía oral, antes, durante y/o después del tratamiento oncológico. (Castro, 2015)

Objetivo: Determinar las características deglutorias en pacientes con cáncer de cabeza y cuello entre 40-75 años atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo de una muestra constituida por 48 usuarios de ambos géneros, entre 40 a 75 años diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello, atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río, Santiago de Chile. Las variables fueron medidas a través de la revisión de fichas clínicas dentro del recinto hospitalario.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 48 pacientes, de los cuales 34 pertenecían al género masculino y 14 al sexo femenino. Todos los pacientes involucrados en este estudio presentaron cáncer de cabeza y cuello, dividiéndose según la localización en 28 pacientes con cáncer oral (58%), 11 pacientes con cáncer faríngeo (23%) y 9 pacientes con cáncer laríngeo (19%). Además 58% de éstos presentaron disfagia, de los cuales solo el 14% recibió tratamiento fonoaudiológico.

Conclusión: Se identificó que el tratamiento oncológico más utilizado contra el cáncer de cabeza y cuello fue la resección quirúrgica más radioterapia, siendo de mayor impacto dentro del estudio. A pesar de que los resultados afirman la presencia de disfagia en los sujetos estudiados, se evidencia una escasa participación del fonoaudiólogo dentro del equipo multidisciplinario del área oncológica.

Palabras claves: *Cáncer de cabeza y cuello, deglución, disfagia.*

ABSTRACT

Introduction: The process of food intake is considered a communicative activity that develops the individual as a social being and can be affected by the complications associated with malnutrition and dehydration related to cancer of the head and neck, in addition, the process of ingestion is usually compromised oral, before, during and/or after oncological treatment.

Objective: Determine the deglutition characteristics in patients with cancer of head and neck between 40-75 years attended in the oncological unit of the Hospital Sotero del Río.

Material and method: A descriptive study of quantitative approach of a sample constituted by 48 users of both genders, between 40 to 75 years diagnosed with cancer of head and neck, attended in the oncological unit of the Sotero del Rio Hospital, Santiago de Chile. The variables were measured through the review of clinical records within the hospital.

Results: Forty-eight patients were included in the study, of which 34 belonged to the male gender and 14 to the female sex. All the patients involved in this study presented cancer of the head and neck, divided according to the location in 28 patients with oral cancer (58%), 11 patients with pharyngeal cancer (23%) and 9 patients with laryngeal cancer (19%). In addition, 58% of this presented dysphagia, of which only 14% received phonoaudiological treatment.

Conclusión: It was identified that the oncological treatment plus use against head and neck cancer was surgical resection plus radiotherapy, being of greater impact within the study. Although the results affirm the presence of dysphagia in the subjects studied, there is evidence of a small participation in the participation of the phonoaudiologist within the multidisciplinary team of the oncological area.

Key words: *Head and neck cancer, swallowing, dysphagia.*

II. INTRODUCCIÓN

Cáncer corresponde a un grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del organismo. Una de las características del cáncer, es la multiplicación de células anormales que se extienden, invadiendo otras estructuras del organismo. La incidencia y mortalidad del cáncer están creciendo a nivel mundial por factores como el envejecimiento o el crecimiento de la población y por los factores de riesgo del cáncer que son de tipo conductuales y dietéticos (OMS, 2018). A nivel mundial se conocen alrededor de 650.000 nuevos casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados cada año, de los cuales el 75% pertenece a cáncer de la cavidad oral y faringe. (Cardemil, 2014). El cáncer de cabeza y cuello afecta principalmente al tracto aéreo digestivo superior. Se clasifica según la localización del tumor: cáncer de cavidad oral, cáncer de faringe (orofaringe, nasofaringe e hipofaringe) y cáncer de laringe (glótica, supraglótica e infraglótica), estructuras involucradas en la comunicación y deglución humana. (Carcamo, y otros, 2018).

Los beneficios de los tratamientos oncológicos utilizados son reconocidos, sin embargo, suelen provocar efectos secundarios comprometiendo la ingesta, digestión y absorción de nutrientes de los pacientes. Los síntomas y signos más frecuentes son: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, anorexia, saciedad precoz, disgeusia, xerostomía, mucositis y/o estomatitis que condicionarán a una alteración de la deglución total o parcial influyendo en un adecuado estado nutricional, de hidratación y medicación del paciente. (Rodríguez-Durán , y otros, 2012). El proceso de ingesta de alimentos se considera como una actividad comunicativa que desarrolla el individuo como ser social y que se puede ver afectada por las complicaciones asociadas a desnutrición y deshidratación relacionadas al cáncer de cabeza y cuello y, además, se suele comprometer el proceso de ingesta por vía oral, antes, durante y/o después del tratamiento oncológico. Es necesario para el fonoaudiólogo el conocimiento de los procedimientos y el manejo del proceso de ingesta de alimentos en el paciente oncológico, ya que en la mayoría de los casos se manifiestan alteraciones en la deglución. (Castro, 2015). La necesidad de un profesional fonoaudiólogo dentro del equipo multidisciplinario es de suma importancia para favorecer la alimentación por vía oral a través de tratamientos pertinentes, lo que conlleva a la mejoría en la calidad de vida de estos pacientes. (Cots Seignot, y otros, 2009)

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad, no se ha incorporado el cáncer de cabeza y cuello y sus complicaciones dentro de las actividades curriculares de la fonoaudiología, siendo una enfermedad que no sólo afecta la deglución y nutrición de los pacientes que la padecen, sino también, funciones relacionadas con habla, voz y audición, interrumpiendo la comunicación y alimentación funcional de los pacientes. A través del estudio se espera integrar las alteraciones deglutorias dentro del equipo multidisciplinario del área oncológica para generar conciencia en los profesionales de la salud acerca del manejo de éstas.

Mediante la revisión de diversos estudios, se ha demostrado la importancia de la buena nutrición post tratamiento oncológico y los beneficios de la evaluación e intervención profesional oportuna, mejorando significativamente la desnutrición. Según Pañella (2014) “Un adecuado tratamiento multidisciplinario incluyendo la intervención fonoaudiológica, ha demostrado su impacto directo en el estado de nutrición del paciente, y más aún en casos en los que habrá una alteración funcional mayor durante el tratamiento”. En relación a lo anterior, se considera que el fonoaudiólogo es de vital importancia a la hora de abordar las complicaciones que lleven al paciente a un estado de malnutrición. (Merino, 2018)

Actualmente en la atención de salud hospitalaria, se evidencia una escasa participación dentro del equipo multidisciplinario la intervención del fonoaudiólogo en alteraciones de la deglución, optando por otras vías de alimentación, lo que conlleva a que la mayoría de los pacientes presenten desnutriciones. El cáncer es una enfermedad que no solo presenta signos y síntomas físicos, sino psicológicos y/o emocionales. Por esto, asegurar la alimentación por vía oral, puede mejorar considerablemente la calidad de vida de los sujetos.

IV. APORTES A LA DISCIPLINA

Mediante la ejecución del presente, se espera entregar datos relevantes en base a la evidencia científica y análisis estadístico de diferentes variables en relación al quehacer fonoaudiológico ante las alteraciones deglutorias que afecten el desempeño funcional de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

La importancia de este estudio, además de identificar la presencia de alteraciones deglutorias en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, ya sea a causa del tumor o por el impacto del tratamiento oncológico es entregar a los profesionales médicos y fonoaudiológicos dedicados al área del cáncer de cabeza y cuello, información evidenciada mediante resultados que demuestran la importancia del abordaje de la deglución en estos pacientes, la alimentación y las vías por la que esta se lleva a cabo, son factores fundamentales que afectan considerablemente la calidad de vida de estos, por lo que una evaluación y tratamiento adecuado evitarían complicaciones por neumonías aspirativas, desnutrición o la utilización de gastrostomías por un tiempo más extenso.

Se estima que si la cantidad de pacientes que actualmente se alimentan por sondas recibieran tratamiento fonoaudiológico adecuado a través de modificaciones posturales y de consistencias, existirían más oportunidades no solo para los usuarios en el ámbito de calidad de vida, sino, también para el profesional fonoaudiólogo en relación a la labor en atención de salud por el posible aumento de demanda fonoaudiológica.

V. MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), el cáncer es la segunda causa de muerte antes de los 70 años en 90 de 172 países. La estadística refleja que 1 de cada 6 personas mueren a causa de esta enfermedad. Según la agencia internacional para la investigación sobre el cáncer (2018) se estima que el cáncer es la principal causa de muerte en el mundo.

Actualmente en el mundo existe un total de 14.000.000 nuevos casos anuales de cáncer y una tasa de mortalidad de 8,8 millones de personas donde cerca del 70% corresponde a países de bajos ingresos. La incidencia y mortalidad del cáncer están creciendo a nivel mundial por factores como el envejecimiento o el crecimiento de la población y por los factores de riesgo del cáncer que son de tipo conductuales y dietéticos. (OMS, 2018). En Chile, entre los años 2000 y 2012 la mortalidad del cáncer equivale a un total de 24.200 muertes, de las cuales 12.600 corresponden a hombres y 11.600 a mujeres. (OMS, 2014)

Cáncer

Corresponde a un grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del organismo. Una de las características del cáncer, es la multiplicación de células anormales que se extienden, invadiendo otras estructuras del organismo (OMS, 2018). Según la guía publicada por el American Joint Committee on Cancer los tumores se clasifican de manera internacional por el sistema TNM que involucra el tamaño del tumor en cm (T), presencia de ganglios regionales (N) y las metástasis (M). (Vasquez, Garay, Kurpis, & Ruiz, 2017)

Según GLOBOCAN (2018) la lista se ha ampliado a 36 tipos de cáncer en 185 países, dentro de los cuales se encuentran; cáncer de pulmón, próstata, colon, melanoma de piel, recto, cáncer de mamas, esófago, páncreas, leucemia, cáncer de cabeza y cuello. Respecto a este último encontramos tiroides, cáncer de cavidad oral, nasofaríngea, orofaringe e hipofaringe, entre otros. (Freddie, Soerjomataram, Siegel, Torre, & Jemal, 2018). Con respecto a la incidencia del cáncer, a nivel mundial se conocen alrededor de 650.000 nuevos casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados cada año, de los cuales el 75% pertenece a cáncer de la cavidad oral y faringe. (Cardemil, 2014).

Cáncer de cabeza y cuello

El cáncer de cabeza y cuello afecta principalmente al tracto aéreo digestivo superior. Se clasifica según la localización del tumor: cáncer de cavidad oral, cáncer de faringe (orofaringe, nasofaringe e hipofaringe) y cáncer de laringe (glótica, supraglótica e infraglótica), estructuras involucradas en la comunicación y deglución humana. (Carcamo, y otros, 2018). Las lesiones pueden ser asintomática al inicio del cáncer, sin embargo, en etapas avanzadas del tumor, se observan síntomas como: sangrado, pérdida de dentadura, alteraciones o dolor al deglutir, dificultad en la apertura de la boca, halitosis y reducida movilidad lingual. (Mateo- Sidrón & Somacarrera Pérez, 2015)

En Chile, la incidencia para el cáncer de cabeza y cuello varía según la región de localización. Así, por ejemplo, para cáncer de cavidad oral es de 1,6 por 100.000 habitantes en hombres y de 0,8 por 100.000 habitantes en mujeres y la mortalidad de 0,8 por 100.000 habitantes en hombres y de 0,3 por 100.000 habitantes en mujeres. (Carcamo, y otros, 2018). En relación a los datos de Cáncer en Chile entre los años 2003-2007, la incidencia de cáncer de cavidad oral y faringe fue de 3,2 casos nuevos por 100.000 hombres y de 1,2 casos nuevos por 100.000 mujeres. Santelices, Cárcamo, Brenner y Montes (2016) mencionan que el cáncer de cavidad oral (labio, dos tercios de la parte anterior de la lengua, mucosa bucal, piso de boca, encía inferior y superior, triángulo retromolar y paladar duro) presenta mayor prevalencia y que la incidencia para el 2012, fue de 4,0 casos nuevos por 100.000 habitantes: 5,5 casos nuevos por 100.000 hombres y de 2,5 por cada 100.000 mujeres.

Según Cardemil (2014), el tabaquismo y el consumo de alcohol son los principales factores de riesgo conductuales del cáncer de cabeza y cuello. El consumo de tabaco es asociado al cáncer de laringe, mientras que el consumo de alcohol al cáncer de cavidad oral y faringe. Los consumidores de tabaco presentan entre 5 a 25 veces más riesgo de padecer cáncer de cabeza y cuello en comparación a la población no fumadora. En casos donde el tabaco es combinado con el alcohol, el riesgo es aún mayor. Walker y Domínguez (2015) mencionan que algunos casos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello no presentan asociación con los factores de riesgo mencionados, sin embargo, se explican en su mayoría por la infección por virus papiloma humano.

Existe una prevalencia importante mundialmente del cáncer de cabeza y cuello, lo que significa una mayor demanda 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, centros médicos, atención domiciliaria, hogares para adultos, etc. (Castro, 2015)

Tratamiento cáncer de cabeza y cuello

Las opciones de tratamiento dependen de factores como: el tamaño y localización del tumor, el estado de los ganglios linfáticos, la presencia de metástasis y, además, los deseos del paciente y la capacidad de tolerancia al tratamiento. (Mateo- Sidrón & Somacarrera Pérez, 2015). La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia son la terapia estándar del tratamiento contra el cáncer. Si bien es cierto, son indispensables para la supervivencia del paciente oncológico, suelen ocasionar un impacto negativo en su estado nutricional. (Alonso Castellanos, Soto Célix, Alonso Galarreta, Del Riego Valledor, & Miján de la torre, 2014). Castro (2015) menciona que para determinar la necesidad de radioterapia o quimioterapia se deben considerar factores como la gravedad y el tipo del tumor, con el objetivo de disminuir el tamaño de la lesión y en caso de requerir cirugía disminuir la afectación o la extensión de la disección.

La radioterapia puede utilizarse antes de la intervención o después de ésta y consta de la radiación en la zona tumoral. Existen diversos tipos de radioterapia que se utilizan dependiendo de la intencionalidad. (Castro, 2015) Dentro de estos se encuentran:

- Radioterapia neoadyuvante: Se aplica como tratamiento inicial, con la finalidad de disminuir el tamaño del tumor. (Castro, 2015)
- Radioterapia con finalidad Radical: Se administra como tratamiento curativo, sin la complementación con otros tratamientos. (Castro, 2015)
- Radioterapia Adyuvante: Se indica post cirugía con el objetivo de consolidar el tratamiento. (Castro, 2015)
- Radioterapia concomitante: Se administra junto con la quimioterapia, su fin es realizar el tratamiento local y sistémico a la vez. (Castro, 2015)

Por otra parte, la quimioterapia corresponde a la suministración de medicamentos contra el cáncer por vía oral o intravenosa. Estos medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y llegan al cáncer que se ha propagado al organismo. (García Kass, y otros, 2013). En el tratamiento oncológico por quimioterapia, los medicamentos utilizados contra las células cancerosas suelen afectar a otras células del cuerpo. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del medicamento, la dosis y el tiempo que sean utilizados y pueden asociarse a caída del cabello, úlceras en la boca, disminución del apetito, náuseas, vómitos y diarrea. (Castro, 2015)

Finalmente, dentro de los tratamientos oncológicos se encuentra la cirugía, que consiste en la extirpación de la lesión. Las técnicas posibles, en función del tamaño del tumor son: (Castro, 2015)

- Resección simple: Se trata de realizar una cuña en lengua o una resección limitada en suelo de boca o encía. Todas estas resecciones se realizan por vía transoral. (Castro, 2015)
- Hemiglosopelvectomía. Está indicada en los tumores que afectan a un lado de la lengua y al piso de la boca del mismo lado. (Castro, 2015)
- Hemiglosopelvectomía con mandibulectomía interruptora: Está indicada en tumores que infiltran profundamente la mandíbula, además de afectar la lengua y el piso de la boca. (Castro, 2015)

Según lo mencionado anteriormente, los beneficios de los tratamientos utilizados son reconocidos, sin embargo, suelen provocar efectos secundarios comprometiendo la ingesta, digestión y absorción de nutrientes de los pacientes. Los síntomas y signos más frecuentes son: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, anorexia, saciedad precoz, disgeusia, xerostomía, mucositis y/o estomatitis que condicionarán a una alteración de la deglución total o parcial influyendo en un adecuado estado nutricional, de hidratación y medicación del paciente. (Rodríguez-Durán , y otros, 2012)

El proceso de ingesta de alimentos se considera como una actividad comunicativa que desarrolla el individuo como ser social y que se puede ver afectada por las complicaciones asociadas a desnutrición y deshidratación relacionadas al cáncer de cabeza y cuello y, además, se suele comprometer el proceso de ingesta por vía oral, antes, durante y/o después del tratamiento oncológico. Es necesario para el fonoaudiólogo el conocimiento de los procedimientos y el manejo del proceso de ingesta de alimentos en el paciente oncológico, ya que en la mayoría de los casos se manifiestan alteraciones en la deglución. (Castro, 2015)

Deglución

Se define como una función neuromuscular compleja que requiere de la actividad de múltiples regiones cerebrales y del control neuromuscular de estructuras como la cavidad oral, faringe y esófago. Se inicia de manera voluntaria y consciente y su duración no sobrepasa los 20 segundos. Las estructuras que participan en este proceso requieren de un desarrollo y coordinación adecuados para transportar el bolo alimenticio desde la cavidad oral hacia el estómago y para proteger el paso de los alimentos a la vía aérea. (Chuhuaicura, y otros, 2018). El mecanismo de la deglución se divide en cinco etapas coordinadas y sincronizadas en el transporte del bolo alimenticio por un sistema de válvulas que se abren y cierran de forma precisa para asegurar la eficacia en la deglución. (Cámpora & Falduti, Deglución de la A a la Z, 2014).

Fase anticipatoria: Implica el reconocimiento cortical de los alimentos antes de ser ingeridos, se produce secreción de saliva y la organización de los patrones de masticación y control del alimento, en relación a la imagen mental previa que el sujeto incorpora. (Campos Trejo, Cancino Harper, Diez de Medina, & Fierro Alarcón, 2015)

Fase preparatoria oral: Es una fase voluntaria en la cual se realiza la molienda y humectación a través de secreciones salivales. Para que se efectúe de manera efectiva es necesaria una óptima actividad de los músculos de mandibulares y linguales, permitiendo un sellado adecuado y eficiente. (Campos Trejo, Cancino Harper, Diez de Medina, & Fierro Alarcón, 2015)

Fase oral: También es una fase voluntaria, la lengua se posiciona contra el paladar duro para formar una cavidad, en la cual se posiciona el bolo alimenticio. Posteriormente, se genera un movimiento anteroposterior que desplaza el bolo desde la cavidad oral hacia la entrada de la faringe o istmo de las fauces. (Campos Trejo, Cancino Harper, Diez de Medina, & Fierro Alarcón, 2015)

Fase faríngea: Corresponde a una fase involuntaria, en donde se desencadena el reflejo deglutorio. Para llevarlo a cabo, se estimula mediante el paso del bolo alimenticio a través de la orofaringe, hasta la entrada del esófago por la contracción de los músculos faríngeos. Mientras se realiza este proceso hay periodos de apnea o ausencia de respiración. (Campos Trejo, Cancino Harper, Diez de Medina, & Fierro Alarcón, 2015)

Fase esofágica: Es totalmente involuntaria, comprende contracciones musculares que impulsan el bolo alimenticio desde el esfínter cricofaríngeo hasta el estómago. Su duración es de 8 a 10 segundos. El bolo

alimenticio es propulsado a través del peristaltismo esofágico hacia su parte más distal, en donde el esfínter esofágico inferior regula la entrada hacia el estómago. (Campora & Falduti, 2014)

De forma simultánea al desencadenamiento del reflejo deglutorio, se activa el mecanismo de protección de la vía aérea, en el que participan diversas estructuras de manera coordinada para facilitar el cierre de los esfínteres faríngeo y laríngeo. El primer mecanismo de protección se determina por la elevación del velo del paladar, que es el encargado de impedir el paso del contenido oral hacia la cavidad nasal. El segundo mecanismo corresponde al cierre del esfínter laríngeo, el cual se produce como resultado del giro de los pliegues aritenopiglóticos y la excursión laríngea, lo que facilita el desplazamiento del bolo hacia el esófago, evitando su paso a la laringe. (Campos Trejo, Cancino Harper, Diez de Medina, & Fierro Alarcón, 2015). Si en alguna de las etapas mencionadas se altera la coordinación, sincronización o eficacia del proceso, se manifiesta una disfagia. (Cámpora & Falduti, 2012)

Disfagia

Es un trastorno de la deglución que se determina por la dificultad para deglutir alimentos sólidos, semisólidos y líquidos de la boca hacia el estómago ocasionando diferentes complicaciones como la desnutrición, deshidratación o dificultades respiratorias por penetración o aspiración de los alimentos. (Cámpora & Falduti, 2014). Puede ser ocasionada por un desorden neurológico o estructural ocasionado por trauma y/o por procedimientos de tratamiento para cáncer de cabeza y cuello. (Castro, 2015). Esta alteración se puede presentar dentro de las distintas etapas deglutorias, ocasionando alteraciones en la velocidad o fuerza para la propulsión del bolo. Se puede clasificar según el grado de severidad, etapa de la deglución afectada, etiología o según el punto de vista anatómico afectado. (Cámpora & Falduti, 2014)

Tabla 1. Clasificación de la disfagia según grado de severidad:

Severidad	Características
Normal	El proceso de deglución es llevado a cabo de manera segura y eficiente en todas las consistencias.
Leve	Masticación y deglución resultan eficientes en la mayoría de las consistencias, en ocasiones suelen presentar dificultades. Se requieren técnicas para asegurar una deglución eficiente.
Moderada	Deglución se puede llevar a cabo con dieta blanda. Dificultad en consistencias sólidas y líquidas. Se requiere intervención.
Moderadamente severa	Deglución guiada por el terapeuta en todo momento.

Severa	Paciente no se alimenta por vía oral.
---------------	---------------------------------------

Cámpora, H., & Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 12(3), 98-107.

Tabla 2. Clasificación según la etapa de la deglución afectada:

Etapa	Características
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” (Castro, 2015)
Preparatoria	“Escaso control mandibular durante la apertura oral, selle labial débil o ausente, sialorrea o xerostomía, incapacidad para lateralizar la lengua, movimiento 38 mandibular reducido, dificultad para formar el bolo por sensibilidad reducida, aumento del tiempo del tránsito bucal” (Castro, 2015)
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” (Castro, 2015)
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” (Castro, 2015)
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”. (Castro, 2015)

Castro, v. a. (2015). *estado del arte sobre el manejo fonoaudiológico del proceso de ingesta de alimentos en el paciente con cancer orofaríngeo*. Santiago de Cali.

Tabla 3. Clasificación de la disfagia según etiología:

Disfagia	Características
Mecánica	“Es producida por alteraciones anatómicas o estructurales, secuelas postquirúrgicas o de radioterapia que interfieren en la progresión del bolo alimenticio”. (Castro, 2015)
Neurogénica	“Se desarrolla a partir de la alteración en las estructuras neuronales que controlan los mecanismos de la deglución. Produce una alteración en la secuencia coordinada de las distintas etapas deglutorias que permiten una deglución segura y eficaz” (Cámpora & Falduti, 2014)

1. Castro, V. A. (2015). *Estado del arte sobre el manejo fonoaudiológico del proceso de ingesta de alimentos en el paciente con cancer orofaríngeo*. Santiago de Cali.
2. Cámpora, H., & Falduti, A. (2014). *Deglución de la A a la Z*. Buenos Aires: Journal.

Tabla 4. Clasificación de la disfagia según punto de vista anatómico:

Disfagia	Características
Orofaringea	“Dificultad en el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago por compromiso de la orofaringe, laringe o esfínter esofágico superior” (Castro, 2015)
Esofágica	“Comprende los trastornos en el esfínter esofágico superior, el cuerpo esofágico y el esfínter esofágico inferior”. (Castro, 2015)

1. Castro, V. A. (2015). *Estado del arte sobre el manejo fonoaudiológico del proceso de ingesta de alimentos en el paciente con cancer orofaríngeo*. Santiago de Cali

Disfagia en el paciente oncológico

Actualmente en Chile no existen investigaciones apuntadas a la deglución de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, sin embargo, se caracterizan algunas dificultades entre las cuales se manifiesta: Disminución o ausencia de secreción salival ante estímulos alimenticios relacionada a la hipofuncionalidad de las glándulas salivales por efectos de la radiación, dificultades en la masticación debido a la reducción del movimiento y fuerza de la lengua, afectación en la formación y lubricación del bolo alimenticio por disminución de secreción salival, dificultad en la propulsión del bolo por hipofuncionalidad de la musculatura lingual (De Luca Monasterios & Roselló Llabrés, 2014) retraso del reflejo deglutorio por disminución del movimiento constrictor de la faringe y/o disminución del movimiento laríngeo que protege las vías respiratorias y reducción de la apertura del esfínter esofágico superior. (Brotzman, y otros, 2016)

En el cáncer orofaríngeo, el síntoma más frecuente es la disfagia acompañada de odinofagia. Además, se evidencian diversos síntomas tales como: otalgia unilateral, sialorrea y expectoración de moco. En fases avanzadas, es frecuente la aparición de halitosis por la necrosis tumoral y dificultad o imposibilidad para abrir la boca. Por otra parte, surge la voz “amigdalina”, producida por una alteración de la resonancia de la voz, debido al espacio tumoral en la orofaringe. También se produce una infiltración del nervio hipogloso con parálisis unilateral de la lengua en casos donde el tumor afecta severamente la base de la lengua. (Castro, 2015)

Por otro lado, en el carcinoma nasofaríngeo se observan 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 provocando una otitis media secretora. La extensión hacia la base del cráneo produce paresia y parálisis de los pares craneales trigémino y abducens

provocando síntomas como cefalea, diplopía, algia y parestesias faciales. También puede aparecer disfonía y disfagia. (Castro, 2015)

En pacientes con cáncer de cabeza y cuello la ingesta oral se ve comprometida tanto por el tumor como por el impacto del tratamiento oncológico, lo que conlleva a una alta presencia de disfagia, náuseas, disgeusia, mucositis, xerostomía, etc. comprometiendo su estado nutricional. (Cots Seignot, y otros, 2009). En la mayoría de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que presentan dificultades con la alimentación por vía oral se utilizan sondas como: nasogástrica que se emplea para el suministro de agua o medicamentos, sonda nasoyeyunal que permite la nutrición enteral en un tiempo no mayor de 4 a 6 semanas de duración y la sonda de gastrostomía implantada cuando la necesidad de nutrición enteral es prolongada. (Castro, 2015). Un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello se alimentan a través de nutrición enteral por sonda durante el tratamiento oncológico y posterior a éste. Es por esto la necesidad de un profesional fonoaudiólogo dentro del equipo multidisciplinario es de suma importancia para favorecer la alimentación por vía oral a través de tratamientos pertinentes, lo que conlleva a la mejoría en la calidad de vida de estos pacientes. (Cots Seignot, y otros, 2009)

La incidencia de la disfagia incrementa con el paso del tiempo, por tal motivo aumenta la demanda del profesional en fonoaudiología en las salas de hospitalización. (Castro, 2015). “El objetivo del tratamiento es la prevención y la implementación de un nuevo patrón deglutorio, permitiendo una alimentación oral segura”. (Cámpora & Falduti, 2012)

VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características deglutorias en pacientes con cáncer de cabeza y cuello entre 40-75 años atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río?

VII. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

1. Determinar las características deglutorias en pacientes con cáncer de cabeza y cuello entre 40-75 años atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río.

Objetivos Específicos

1.1 Caracterizar a los sujetos con cáncer de cabeza y cuello entre 40-75 años de acuerdo a la localización y tipo de tratamiento oncológico atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río.

1.2 Determinar la presencia de disfagia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello entre 40-75 años atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río.

1.3 Determinar la vía de alimentación en pacientes con cáncer de cabeza y cuello entre 40-75 años atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río.

1.4 Determinar la presencia de tratamiento fonoaudiológico en pacientes con disfagia diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello entre 40-75 años atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo. La población seleccionada estuvo compuesta por 48 sujetos de ambos géneros entre 40 a 75 años que padecen cáncer de cabeza y cuello y que fueron atendidos en la unidad oncológica del Hospital Sótero del Río en la ciudad de Santiago de Chile.

Según Sampieri (2014), un estudio descriptivo busca especificar características y propiedades de personas, grupos, sucesos, entre otros fenómenos que se sometan a un análisis, por lo que pretenden medir o recoger información sobre los conceptos o las variables individuales a las que se refieren, con el fin de definir o al menos visualizar que se medirá.

El enfoque del estudio es de carácter cuantitativo, el que se denomina un conjunto de procesos, secuenciales y probatorios que utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el objetivo de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. Para este tipo de enfoque se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos y a partir de eso, se extraen las conclusiones pertinentes. (Hernández Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014)

CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN

Criterios de inclusión

Se incluirán sujetos de ambos géneros entre 40 a 75 años diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello que hayan recibido tratamiento oncológico a través de cirugía, radioterapia y/o quimioterapia en el Hospital Sótero del Río entre los años 2016 a 2019.

Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio sujetos que padezcan enfermedades neurodegenerativas y/o daño neurológico.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
1.Edad	Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. (Real Academia Española, 2018)	40-75 años	Intervalos. 40 a 45 años/46 a 50 años. 51 a 55 años/ 56 a 60 años. 61 a 65 años/ 66 a 70 años 71 a 75 años A través de extracción de ficha clínica.
2.Género	Se define según la identidad sexual de cada individuo, desde un punto de vista sociocultural. Distinción que se hace entre femenino y masculino. (Real Academia Española, 2018)	Clasificación Masculino o femenino.	Nominal. A través de extracción de ficha clínica.
3.Localización del cáncer de cabeza y cuello	Pertenece a un tumor maligno localizado principalmente en el tracto aéreo digestivo superior. (Instituto nacional del cáncer , 2017)	-Cáncer de cavidad oral -Cáncer de faringe -Cáncer de laringe	Nominal. A través de extracción de ficha clínica
4.Tipo de tratamiento oncológico	Corresponde a un tratamiento para combatir el tumor y asegurar la supervivencia del paciente. (MINSAL, 2016)	-Radioterapia -Quimioterapia -Cirugía -Tratamiento combinado	Nominal. A través de extracción de ficha clínica
5.Presencia de disfagia	Corresponde a la dificultad para deglutir alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos. (Campora & Falduti, 2014)	-Presencia -Ausencia	Nominal. A través de extracción de ficha clínica
6.Tipo de alimentación	Corresponde a la vía de administración de los alimentos. (MINSAL, 2017)	-Vía oral -Vía enteral -Vía parenteral	Nominal. A través de extracción de ficha clínica.
7.Tratamiento fonoaudiológico	Posibilidad de acceder a terapia fonoaudiológica para tratar las dificultades deglutorias. (Vergara , 2017)	- Presencia - Ausencia	Nominal. A través de extracción de ficha clínica

PROCEDIMIENTOS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

1° Se seleccionó la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río, ubicado en la comuna de Puente Alto, Santiago, para llevar a cabo la recolección de datos.

2° Se hizo entrega de propuesta de investigación al comité de ética de la unidad oncológica del Hospital Sotero del Río, para acceder a las fichas clínicas de los usuarios.

3° Una vez aceptado el proyecto de investigación por el comité de ética (*ver anexo 1*), se realizó la selección de muestra según criterios de inclusión, para esto el médico a cargo del área oncológica del establecimiento hace entrega de un listado de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

4° Se realizó la revisión de fichas clínicas de 51 pacientes con cáncer de cabeza y cuello, de las cuales se extrajo la información necesaria para la cumplir con los objetivos de estudio. Ésta se realizó en cuatro visitas en una sala de informática ubicada en el recinto hospitalario, para ello se utilizó una base de datos implementada en los computadores del hospital Sotero del Río, la cual revela la historia clínica de los usuarios.

5° Una vez finalizada la revisión y extracción de los datos de las fichas clínicas de los pacientes se procedió a realizar un análisis cuantitativo de estos con el fin de cumplir la definición de las variables de investigación.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados obtenidos tras la revisión de fichas clínicas se analizaron cuantitativamente en cada una de las variables propuestas en el estudio, los antecedentes se tabularon en Excel y fueron expresados en tablas de frecuencia y gráficos, reflejando los resultados en porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución del proyecto, en primera instancia se solicitó la autorización al comité de ética del Hospital Sotero del Río (*ver anexo N°1*) para acceder a las fichas clínicas de los pacientes y lograr la extracción de la información necesaria para ser estudiada. Dicha solicitud se realizó a través de una entrega de la propuesta de investigación, en la cual especifican los fines del estudio. Cabe mencionar, que mediante la propuesta se estipuló que los datos extraídos de las fichas clínicas serán utilizados exclusivamente para los fines del estudio sin exponer la identidad de los pacientes.

RESULTADOS

De 51 pacientes se seleccionaron 48 en relación a los criterios de inclusión, de los cuales 34 pertenecen al género masculino (71%) y 14 al género femenino (29%) (*ver tabla 2*), según la edad, la moda corresponde al intervalo de 55 a 60 años en el cual 14 pacientes se ubican en este rango (*ver tabla 1*).

De acuerdo con la distribución de sujetos del estudio según el género y en base a la localización del cáncer de cabeza y cuello, se determina que de un total de 34 sujetos del género masculino 19 presentaron cáncer oral (40%), 8 presentaron cáncer faríngeo (17%) y 7 cáncer laríngeo (15%), por otro lado, de un total de 14 sujetos del género femenino 9 presentaron cáncer oral (19%), 3 presentaron cáncer faríngeo (6%) y 2 presentaron cáncer laríngeo (4%).

Según la presencia de disfagia de acuerdo al género, se determina que de los 34 hombres, 21 presentaban disfagia (44%) y 13 no presentaba de esta (27%), de las 14 mujeres del estudio 7 presentaban disfagia y 7 no alteraciones deglutorias (15%) (*ver tabla 2*).

Tabla 1: Distribución de sujetos según la edad.

Edades	Frecuencia	Promedio (X)	Porcentaje (%)
40-45 años	2	43	4%
45-50 años	5	48	10%
50-55 años	8	53	17%
55-60 años	14	58	29%
60-65 años	14	63	29%
65-70 años	1	68	2%
70-75 años	4	73	8%
Total	48		100%

La tabla número 1 muestra la distribución de los sujetos del estudio según la edad. Se consideran usuarios de 40 a 75 años, representados en intervalos de 5.

Tabla 2: Distribución de sujetos según género, localización del cáncer de cabeza y cuello y presencia de disfagia.

Género	Sujetos del estudio	Sujetos según localización del cáncer			Sujetos según presencia de disfagia	
		Cáncer oral	Cáncer faríngeo	Cáncer laríngeo	Presencia	Ausencia
Masculino	34 (71%)	19 (40%)	8 (17%)	7 (15%)	21 (44%)	13 (27%)
Femenino	14 (29%)	9 (19%)	3 (6%)	2 (4%)	7 (15%)	7 (15%)
Total	48 (100%)	28 (58%)	11 (23%)	9 (19%)	28 (58%)	20 (42%)

La tabla número 2 muestra la distribución de los sujetos del estudio según el género y localización del cáncer, predominando el género masculino con un total de 34 pacientes, de los cuales 19 presentaron cáncer oral, 8 cáncer faríngeo y 7 cáncer laríngeo.

En cuanto a las alteraciones deglutorias, 28 pacientes presentaron disfagia (58%) y 20 pacientes no tenían presencia de ésta (42%). Todos los pacientes involucrados en este estudio presentaron cáncer de cabeza y cuello, dividiéndose según la localización en 28 pacientes con cáncer oral (58%), 11 pacientes con cáncer faríngeo (23%) y 9 pacientes con cáncer laríngeo (19%). (ver tabla 3).

Tabla 3: Distribución de sujetos según la presencia de disfagia, tipos de cáncer de cabeza y cuello y localización de este.

Presencia de disfagia	Sujetos del estudio	Sujetos según localización		
		Cáncer oral	Cáncer faríngeo	Cáncer laríngeo
Presencia	28 (58%)	16 (33%)	7 (15%)	5 (10%)
Ausencia	20 (42%)	12 (25%)	4 (8%)	4 (8%)
Total	48 (100%)	28 (58%)	11 (23%)	9 (19%)

La tabla número 3 muestra la cantidad de sujetos con presencia de disfagia 58% y la cantidad de sujetos con ausencia de esta 42%. Además, muestra los tipos de cáncer de cabeza y cuello según la localización. Se clasifican según predominio: 28 pacientes con cáncer oral (58%) 9 con cáncer laríngeo (19%) y 11 con cáncer faríngeo (23%).

En relación a las alteraciones deglutorias según la localización del cáncer de cabeza y cuello de un total de 28 sujetos estudiados con disfagia, de los cuales 16 padecen de cáncer oral (57%), 5 de cáncer laríngeo (18%) y 7 de cáncer faríngeo (25%). De los sujetos con presencia de disfagia 13 (46%) se alimentaban por vía oral y 15 (54%) por vía enteral. En relación a los pacientes alimentados por vía oral, 3 presentaron cáncer oral (11%), 6 cáncer laríngeo (21%) y 4 cáncer faríngeo (14%). En cuanto a los sujetos alimentados por vía enteral, 13 presentaron cáncer oral (46%), 1 cáncer laríngeo (4%) y 1 cáncer faríngeo (4%), cabe mencionar que ninguno de los sujetos se alimentaba por vía parenteral. Además, sólo 4 pacientes que presentaron dificultades deglutorias recibieron tratamiento fonoaudiológico (14%) y 24 no tuvieron acceso a éste (86%). (ver tabla 4).

Tabla 4: Distribución de sujetos según localización del cáncer y presencia de disfagia, vías de alimentación y tratamiento fonoaudiológico

Localización del cáncer	Sujetos con presencia de disfagia.	Vía de alimentación.			Sujetos que tuvieron acceso a tratamiento fonoaudiológico	
		Vía oral	Vía enteral	Vía parenteral	Si	No
Cáncer oral	16 (57%)	3 (11%)	13 (46%)	0 (0%)	1	15
Cáncer faríngeo	7 (25%)	6 (21%)	1 (4%)	0 (0%)	2	5
Cáncer laríngeo	5 (18%)	4 (14%)	1 (4%)	0 (0%)	1	4
Total	28 (100%)	13(46%)	15 (54%)	0 (0%)	4 (14%)	24 (86%)

La tabla número 4 muestra la cantidad de sujetos disfagia en relación a la localización del cáncer. En el cáncer oral 16 sujetos presentan disfagia, cáncer faríngeo 7 sujetos y cáncer laríngeo 5 sujetos padecen de esta. De igual manera se especifica las vías de alimentación más utilizadas en estos pacientes siendo la vía enteral la de mayor prevalencia (54%). Finalmente se muestra la cantidad de sujetos que tuvieron acceso al tratamiento fonoaudiológico.

En relación con el tratamiento oncológico, 11 pacientes fueron tratados sólo con cirugía (23%), 6 fueron tratados sólo con radioterapia (13%) y ningún paciente fue tratado sólo con quimioterapia (0%). Según los tratamientos oncológicos combinados, 18 pacientes fueron tratados con cirugía y radioterapia (38%), 8 con radioterapia y quimioterapia (17%) y 5 fueron tratados con cirugía, radioterapia y quimioterapia (10%). Por otra parte, los sujetos que presentaron mayor prevalencia de disfagia según los tratamientos oncológicos fueron los sometidos a cirugía y radioterapia combinadas con un total de 11 pacientes (23%), seguida de radioterapia y quimioterapia combinada en 6 sujetos (13%), la cirugía combinada con radioterapia y quimioterapia presentó a 4 sujetos (8%) al igual que la radioterapia con 4 sujetos (8%) con presencia de disfagia. Para finalizar, la cirugía la cual presenta un total de 3 sujetos (6%) siendo este el tratamiento con menos prevalencia de disfagia. (ver tabla 5).

Tabla 5: Distribución de los sujetos del estudio según el tipo de tratamiento oncológico en relación a la disfagia

Tratamiento oncológico	Sujetos del estudio	Sujetos con disfagia según el tratamiento oncológico
Cirugía	11 (23%)	3 (11%)
Radioterapia	6 (13%)	4 (14%)
Quimioterapia	0 (0%)	0 (0%)
Cirugía + radioterapia	18 (38%)	11 (39%)
Radioterapia + quimioterapia	8 (17%)	6 (21%)
Cirugía + radioterapia + quimioterapia	5 (10%)	4 (14%)
Total	48 (100%)	28 (58%)

La tabla número 5 muestra los tipos de tratamientos oncológicos, predominando la cirugía y radioterapia combinadas en 18 sujetos. Por otra parte, se observa los sujetos con disfagia asociada al tratamiento oncológico.

IX. DISCUSIÓN

A través del estudio se determina que de un total de 48 sujetos estudiados, 34 pertenecen al género masculino y solo 14 al género femenino. Según un estudio realizado por Oreggioni y colaboradores (2016) se determina que el cáncer de cabeza y cuello presenta mayor prevalencia en sujetos de género masculino, asociado a factores de riesgo como el tabaco y el alcohol, confirmando los datos de nuestro estudio. Por otra parte, mencionan que la disfagia predomina mayormente en hombres, datos que concuerdan con nuestro estudio, ya que de la totalidad de los sujetos estudiados el 58% presentó disfagia, de los cuales 21 pertenecían al género masculino. En relación con la localización del cáncer de cabeza y cuello se establece mayor prevalencia en el grupo de pacientes con cáncer de cavidad oral con un 58%, seguido de cáncer faríngeo (23%) y laríngeo (19%) cifras que concuerdan con el estudio publicado por Santelices y colaboradores (2016), en el cual se evidencia mayor prevalencia del cáncer oral y faríngeo en los sujetos estudiados.

Además, Villares y colaboradores (2016) comprueban en su estudio que la alta prevalencia de disfagia postratamiento se debe a las secuelas de la cirugía y la radioterapia, datos que concuerdan con nuestro estudio en el 38% de los sujetos que padecen disfagia. Según un estudio realizado por Murono y colaboradores (2014) se determina que la vía de alimentación enteral en pacientes con cáncer de cabeza y cuello es la vía de alimentación con mayor frecuencia en relación a los requerimientos nutricionales de los pacientes, datos que se asemejan con nuestro estudio en el 54% de pacientes con disfagia.

En relación al acceso a tratamiento fonoaudiológico de la disfagia, no se encontraron estudios relacionados, sin embargo, en nuestro estudio se determina que 28 sujetos de un total de 48 padecen disfagia, de los cuales solo 4 recibieron tratamiento fonoaudiológico, cifras que demuestran una escasa participación del fonoaudiólogo. Cabe mencionar, que, a través de la revisión de las fichas clínicas, se evidencia tratamiento fonoaudiológico en pacientes que padecen cáncer de laringe con presencia de disfagia y disfonía, interviniendo las dificultades vocales mediante técnicas de eritmo fonación, excluyendo las alteraciones deglutorias.

En base a lo expuesto, se abre la puerta al debate en relación a la importancia del rol del fonoaudiólogo dentro del equipo multidisciplinario en el área oncológica.

X. CONCLUSIÓN

En cuanto a la localización del cáncer de cabeza y cuello, éstos corresponden a la cavidad faríngea, laríngea y oral, siendo esta última la de mayor predominio dentro de la muestra estudiada.

En base a los objetivos se determina que el tipo de tratamiento oncológico más utilizado contra el cáncer de cabeza y cuello es la resección quirúrgica más radioterapia, siendo éstos los de mayor impacto dentro del estudio. De igual manera, se evidencia la relación entre el tratamiento anteriormente mencionado y la disfagia.

Respecto a la disfagia se establece que del total de los sujetos estudiados más de la mitad presentó disfagia, sin embargo, se evidencia una escasa participación del fonoaudiólogo dentro del equipo multidisciplinario del área oncológica, antes, durante y después del tratamiento contra el cáncer. Cabe mencionar, que los pacientes son dados de alta con alimentación por vía enteral, sin recibir el tratamiento fonoaudiológico oportuno, considerándose una restricción en la calidad de vida. El tratamiento fonoaudiológico oportuno en disfagia previene las desnutriciones y deshidrataciones en los pacientes sometidos a tratamientos contra el cáncer, siendo el fonoaudiólogo el profesional idóneo para intervenir y determinar las modificaciones en las consistencias y conseguir una deglución segura y eficiente, asegurando la mejoría en la calidad de vida de los pacientes.

En relación con lo anterior, se determina que la presencia del fonoaudiólogo debe implementarse dentro del manejo de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, en la rehabilitación de la ingesta de los alimentos y/o trastornos de la comunicación que puedan evidenciarse.

Debido al escaso y limitado acceso a investigaciones relacionadas con nuestro estudio, se espera que el presente se considere una guía para futuras investigaciones, que permita a otros estudiantes y profesionales de la fonoaudiología involucrarse en el área oncológica. Además, se invita a realizar investigaciones a través de evaluaciones directas con los sujetos, con el fin de caracterizar de manera exhaustiva las alteraciones deglutorias, entregando datos que permitan seleccionar un adecuado tratamiento fonoaudiológico para cada paciente.

XI. REFERENCIAS


- Alonso Castellanos, S., Soto Céliz, M., Alonso Galarreta, J., Del Riego Valledor, A., & Miján de la torre, A. (2014). Efectos adversos metabólicos y nutricionales asociados a la terapia biológica del cáncer. *Nutrición Hospitalaria*, 29(2). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000200004
- Brotzman, G., Sánchez Valverde, M., Giglio, R., Pereira, D., Carrera, J. M., Adan, R., . . . Delrieu, E. (2016). Disfagia oncogénica post quimiorradioterapia. *Revista Faso*, 23(3), 42-46.
- Cámpora, H., & Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 12(3), 98-107.
- Cámpora, H., & Falduti, A. (2014). *Deglución de la A a la Z*. Buenos Aires: Journal.
- Campora, H., & Falduti, A. (2014). *Disfagia: Clasificación y grado en la deglución de la A a la Z*. Buenos aires, Argentina : Journal .
- Campos Trejo, C., Cancino Harper, V., Díez de Medina, M., & Fierro Alarcón, N. (2015). *Dominio del profesional fonoaudiológico para la determinación del grado de viscosidad de alimentos líquidos*. Santiago. Obtenido de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138245/Campos_Cancino_Diez%20de%20Medina_Fierro.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carcamo, M., Campo, V., Behrmann, D., Celedón, C., Alvear, A., Vásquez, P., & Araya, C. (2018). Cáncer de la cabeza y cuello: Validación de cuestionario QLQ- H&N35. *Revista medicina Chilena*, 578-584.
- Cardemil, F. (2014). Epidemiología del carcinoma escamoso de cabeza y cuello. *Revista chilena de cirugía*, 66(6), 614-620.
- Castro, V. A. (2015). *Estado del arte sobre el manejo fonoaudiológico del proceso de ingesta de alimentos en pacientes con cáncer orofaríngeo*. Santiago de Cali. Obtenido de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10862/1/CB-0559957.pdf>
- Chuhuaicura, P., Álvarez, G., Lezcano, M. F., Arias, A., Dias, F. J., & Fuentes, R. (2018). Patrones de Deglución y Metodología de Evaluación. Una Revisión de la Literatura. *International journal of odontostomatology*, 12(4), 388-394. doi:10.4067/S0718-381X2018000400388
- Cots Seignot, I., Cárdenas Lagranja, G., Puiggros Llop, C., Chicharro Serrano, L., Pérez-Portabella Maristany, C., & Planas Vila, M. (2009). Pacientes afectados de neoplasia de cabeza-cuello con nutrición enteral domiciliar por sonda. *Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 543-547.
- De Luca Monasterios, F., & Roselló Llabrés, X. (2014). Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*, 30(3), 121-128.
- E. Dunlap, N., N. King, S., A. Tennant, P., & Pitts, T. (2015). Pathophysiology of radiation induced dysphagia in head and neck cancer . *Springer Science*.
- Freddie, B., Soerjomataram, E., Siegel, R., Torre, L., & Jemal, A. (2018). Estadísticas mundiales sobre el cáncer para 2018: estimaciones de GLOBOCAN sobre la incidencia y la mortalidad en todo el mundo de 36 cánceres en 185 países. *Ca a cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.

- García Kass, A., Domínguez Gordillo, A., García Nuñez, J., Cancela Rivas, G., Torres Salcines, J., & Esparza Gómez, G. (2013). Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. *Avances en Odontoestomatología*, 29(5). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill, Interamericana editores, S.A.
- Instituto nacional del cáncer. (2017). *Cánceres de cabeza y cuello*. Obtenido de Cáncer.gov: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/hoja-informativa-cabeza-cuello>
- Leticia Oreggioni Almadal, L. P. (28 de junio de 2016). *Desnutrición a partir de la valoración global subjetiva generada por el paciente (VGS-GP) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello*. Obtenido de scielo: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1812-95282016000100013&script=sci_arttext&tIng=en
- Mateo-Sidón, M. C., & Somacarrera Pérez, M. L. (2015). Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, 31(4). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002
- Merino, D. T. (25 de 06 de 2018). Estudian la experiencia de pacientes en tratamiento de cáncer en cabeza y cuello. pág. 16.
- MINSAL. (Octubre de 2016). *Estrategia nacional del cáncer, Chile 2016*. Obtenido de MINSAL.cl: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>
- MINSAL. (2017). *Orientaciones de manejo clínico 2017 nutrición enteral domiciliar total o parcial, para personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral*. Obtenido de MINSAL.cl: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/OrientacionesNED_15_05_17.pdf
- Muñoz, M., Xandri, J., Yagüe Garrido, G., Salvador García, C., & Segovia Hernández, M. (2017). Sondad de gastrostomía: indicaciones y complicaciones en un hospital terciario. *Rev Esp Quimioter*, 334-340.
- Murphy, B., & Gilbert, J. (2009). Disfagia en cabeza y cuello. Pacientes con cáncer tratados con radiación: Evaluación, secuelas y rehabilitación. *Radiation Oncology*, 35-42.
- OMS. (2014). *Perfiles oncológicos de los países*. Obtenido de https://www.who.int/cancer/country-profiles/chl_es.pdf?ua=1
- OMS. (12 de Septiembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pañella, L. J. (2014). Relación entre estado nutricional y evolución postoperatoria, en cirugía oncológica digestiva. *Revista médica de Chile*, vol.142 n° 11.
- Real Academia, E. (2018). *Diccionario de la lengua Española*. Obtenido de Asociación de Academias de la lengua Española: <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>

- Rodríguez-Durán , S., Palma, V., Loria-Kohen, M., Villarino, L., Bermejo , M., & Gómez-Candela, C. (2012). Percepción de la importancia de la alimentación en un grupo de pacientes con cáncer hematológico. *Nutrición hospitalaria*, 27(2), 663-667. Obtenido de <https://docplayer.es/45109379-Doi-nh-nutr-hosp-2012-27-doi-nh.html>
- Santelices , M., Cárcamo, M., Brenner, C., & Montes, R. (2016). Cáncer Oral en Chile. Revisión de la literatura. . *Revista medicina de Chile* , 766-770.
- Vasquez, M., Garay, I., Kurpis, M., & Ruiz, A. (2017). Carcinoma espinocelular cutáneo invasivo de alto riesgo: uso de clasificaciones actuales. *Revista Argentina de dermatología*, 98(3).
- Vergara , J. A. (2017). Manejo fonoaudiológico de la disfagia pre y post operatoria en pacientes con cáncer de base de la lengua. *Sincelejo, Universidad de Sucre*.
- Walker, K., & Domínguez, C. (2015). Cáncer de cabeza y cuello asociado al virus papiloma humano: revisión de la literatura. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* , 13- 18.

XII. ANEXOS

Anexo N°1: Aprobación comité de ética



Santiago, 13 de mayo del 2019

COMITÉ ETICO- CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Aprobación de protocolo y autorización para acceder a información contenida en Fichas Clínicas

Este Comité ha recibido solicitud de la Fonoaudióloga, Srta. Daniela Toloza Investigador principal para el Protocolo: "Incidencia de disfagia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en usuarios que se encuentran en tratamiento en CASR." a realizar en Centro, Hospital Dr. Sotero del Río.

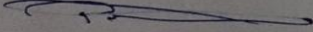
Este estudio, solo recolectara datos de fichas clínicas y puede dar una información importante para el manejo de estos pacientes.

ESTE COMITÉ APRUEBA LA SOLICITUD PARA EL USO DE INFORMACIÓN CONTENIDA EN FICHAS CLÍNICAS EN EL ENTENDIDO QUE:


- 1) Estas se revisarán dentro del recinto hospitalario
- 2) Se cumplirá con la obligación expresada en la carta compromiso entregada por el investigador y avalada por el Jefe del Servicio. En forma especial el respetar, la confidencialidad y lo señalado con relación a no tomar contacto ni con pacientes, ni sus familiares, ya que ello requeriría de un Consentimiento Informado

Le solicitamos:

- 1) Hacernos llegar una copia de la aprobación de la Dirección de la Institución antes de iniciar el estudio.
- 2) Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio.
- 3) Usar los Consentimientos Informados validados por este Comité.
- 4) Informar cada 6 meses o lo menos una vez al año de su marcha, como también de cualquier publicación o presentación a Congresos que de él se generen.
- 5) La validez de esta aprobación es por un año.


Dr. Patricio Michaud Ch.
Presidente
Comité Ético Científico

Cc: Dirección Hospital
Archivo



Av. Concha y Toro 3459 - Paradero 30, Vic. Mackenna - Teléfonos: 225762401 - 225765163 - Puente Alto

Anexo N°2: Cronograma de actividades

		Cronograma											
		Marzo				Abril				Mayo			
Nombre actividad	Responsables	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Reunión seminario de grado	María José Aguilar - María José Cuevas												
Reelección de centro de toma de muestra.	María José Aguilar - María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Evaluación N°1: primera entrega preseminario	María José Aguilar - María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Corrección de la primera entrega	Daniela Toloza - Claudia Gomez - Metodologa												
Envío de propuestas de investigación	María José Aguilar - María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Selección del centro con unidad oncológica.	María José Aguilar - María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Entrega de carta con propuesta de investigación a comité de ética.	María José Aguilar - María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Evaluación N° 2	Daniela Toloza (tutora)												
Evaluación de proceso.													
Correcciones segunda evaluación	María José Aguilar - María José Cuevas												
Respuesta de comité de ética	Director comité de etica Hospital Sotero del Rio - Daniela Toloza (tutora)												
Pase para trabajar dentro del Hospital Sotero del Rio	Comité de etica												
Primera toma de muestras	María José Aguilar - María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Segunda toma de muestras	Fernanda Saavedra												
Tercera toma de muestra	María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Cuarta toma de muestra	María José Aguilar - Fernanda Saavedra												
Analisis de datos	María José Aguilar - María José Cuevas - Fernanda Saavedra												
Evaluación N° 3	Daniela Toloza - Claudia Gomez - Metodologa												