



UNIVERSIDAD
FASTA

Facultad de Cs. Médicas
Licenciatura en Nutrición

Tesis de Licenciatura
Natalia Melisa Rivera Siris

Estado nutricional y tipos de alimentación en cáncer de cuello y cabeza bajo radioterapia

Percepción de los Licenciados en Nutrición
sobre el estado nutricional, el tipo de
alimentación y el grado de aceptabilidad de la
misma en pacientes con cáncer de cuello y
cabeza durante la radioterapia

Tutora
Lic. Lisandra Viglione

Asesoramiento metodológico
Dra. Mg. Vivian Minnaard

AÑO 2018



*“Si tienes un gran sueño
debes estar dispuesto
a un gran esfuerzo para concretarlo
porque solo lo grande alcanza lo grande”*

Facundo Cabral

A mis padres y hermanos

A mi compañero de vida

A mis abuelos, donde quieran que estén

A Dios por guiarme en este camino de esfuerzo y sacrificio y a su vez de disfrute por poder hacer lo que uno realmente ama y le llena el alma.

A mis padres Azucena y Ricardo, un agradecimiento especial, por el apoyo que me dieron durante toda la carrera, por enseñarme los valores de la vida y ser incondicionales siempre.

A mi hermana Anabella y mi hermano Facundo por acompañarme y apoyarme siempre en todo.

A mi compañero de vida, Diego, por su sostén incondicional y por acompañarme a cumplir mis sueños

A mis amigas de la vida, que estuvieron y me apoyaron siempre.

A mis amigas de la Universidad por compartir este hermoso camino profesional.

A Romina, Alejandra y Matias, por su ayuda incondicional.

Al asesoramiento metodológico, especialmente a Vivian Minnaard por guiarme, asesorarme, y por confiar en la realización de mí trabajo.

A mi tutora Lic. Lisandra Viglione, por brindarme su apoyo y asesoramiento.

Al Doctor Walter Ravipinto, por ayudarme y por aportar sus conocimientos.

A la Universidad FASTA por brindarme las herramientas necesarias para ejercer como futura profesional de la salud.

Esta investigación tiene como tema principal los cánceres de cuello y cabeza, abarcando la cavidad oral, la lengua, las amígdalas, la garganta, la nasofaringe y las glándulas salivales, entre otras. Pueden afectar funciones biológicas básicas de las personas, trastornos en la deglución, malabsorción, obstrucción y vómitos; y también la fisonomía. La alimentación y los hábitos de vida de las personas, tienen cierta incidencia en el mayor padecimiento de estas enfermedades. Una alimentación adecuada es imprescindible para mantener un buen estado nutricional, y paliar posibles efectos secundarios tras las distintas terapias aplicadas.

Objetivos: Indagar la percepción que tienen los Licenciados en Nutrición sobre el estado nutricional, el tipo de alimentación y el grado de aceptabilidad de la misma en pacientes con cáncer de cuello y cabeza durante la radioterapia, en la ciudad de Olavarría y Mar del Plata en enero de 2018.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio de tipo descriptivo y transversal, donde se investiga la percepción de los profesionales en Licenciatura en Nutrición sobre el grado de aceptación en los distintos tipos de alimentación de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza en radioterapia, en la ciudad de Olavarría y Mar del Plata durante enero de 2018.

Resultados: Se determinó que de los 10 entrevistados, nueve de ellos conocen los tipos de cánceres de cuello y cabeza, seis de ellos indican que afectaría el estado nutricional produciendo desnutrición. La mayoría señala que el impacto psicológico del tratamiento es negativo, dependiendo de la personalidad del paciente y su estado de depresión o falta de apetito. También coinciden en la influencia positiva de la presentación de las comidas, la importancia de propiciar un ambiente tranquilo y acompañado para aceptar el menú y la relevancia en adecuar la alimentación para paliar los síntomas gastrointestinales. Utilizarían soporte nutricional cuando hay desnutrición, al momento del diagnóstico, o dependiendo del estado del paciente. Consideran muy difícil realizar un plan hipercalórico sin ayuda de suplementos. En relación a la incorporación de alimentación enteral o parenteral, la mitad de los entrevistados opinan que es muy importante y el resto dependiendo de cada caso en particular o en último recurso. Todos concuerdan que los pacientes ambulatorios deben tener asesoramiento nutricional.

Conclusiones: Como conclusión final y a partir de los datos analizados, se puede afirmar la gran importancia de la dietoterapia en relación al cáncer de cuello y cabeza, por los efectos secundarios de la enfermedad y su tratamiento que afectan el estado nutricional negativamente. Un plan alimentario adecuado es fundamental para la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes, desde el inicio del diagnóstico, durante y post- tratamiento.

Palabras claves: alimentación, cáncer de cuello y cabeza

This research has as its main theme the cancers of the neck and head, covering the oral cavity, the tongue, the tonsils, the throat, the nasopharynx and the salivary glands, among others. They can affect basic biological functions of people, disorders in swallowing, malabsorption, obstruction and vomiting; and also the physiognomy. Food and people's lifestyles, have a certain incidence in the greater suffering of these diseases. Adequate nutrition is essential to maintain a good nutritional status, and alleviate possible side effects after the different therapies applied.

Objectives: To investigate the perception that Nutrition graduates have about the nutritional status, the type of feeding and the degree of acceptability of it in patients with cancer of the neck and head during radiotherapy, in the city of Olavarría and Mar del Plata in January 2018

Materials and methods: This is a descriptive and transversal study, which investigates the perception of professionals in Nutrition Degree about the degree of acceptance in the different types of feeding of patients with cancer of the neck and head in radiotherapy, in the city of Olavarría and Mar del Plata during January 2018.

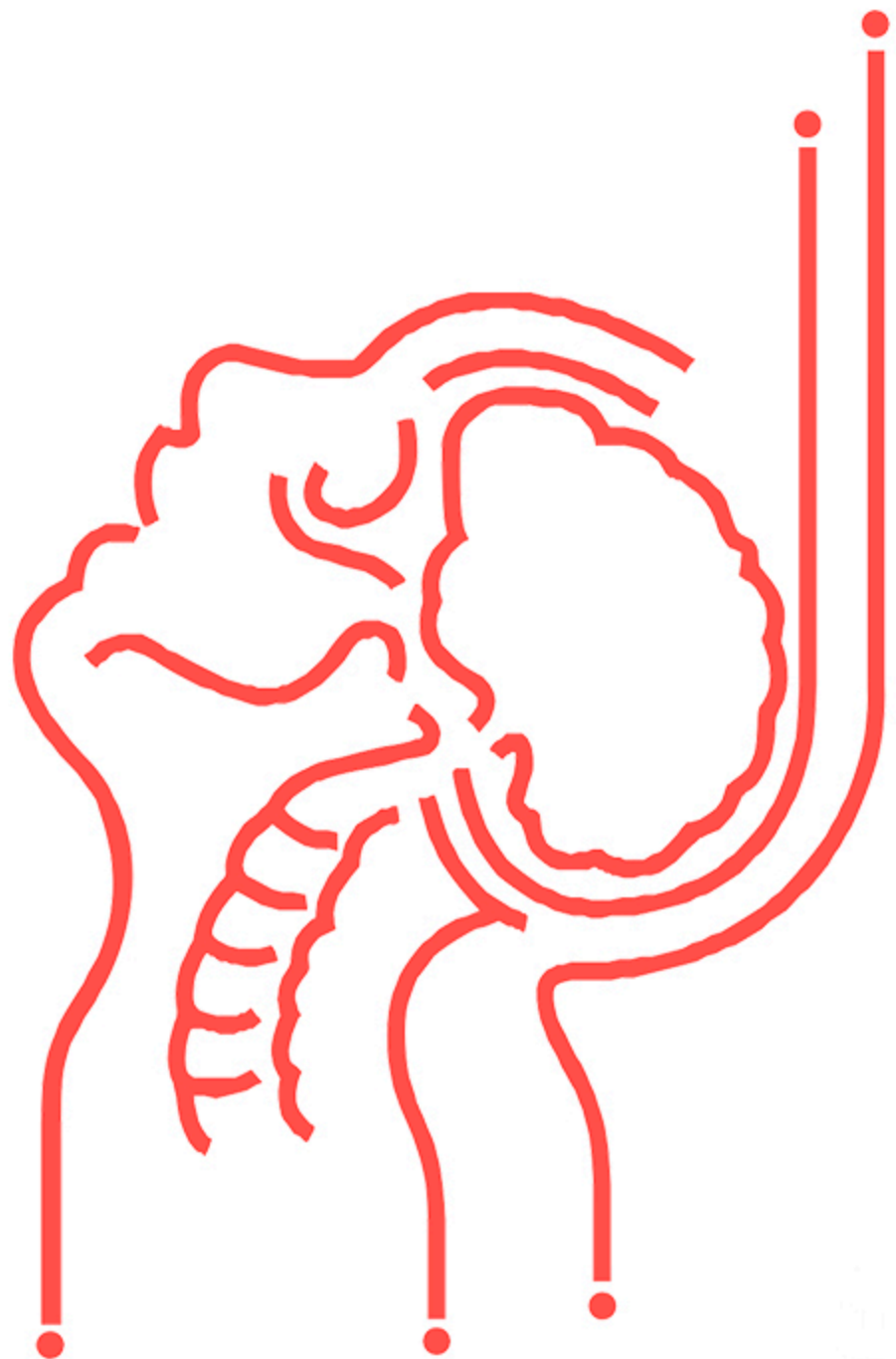
Results: It was determined that of the 10 interviewees, nine of them know the types of cancers of the neck and head, six of them indicate that it would affect the nutritional status producing malnutrition. Most note that the psychological impact of the treatment is negative, depending on the patient's personality and their state of depression or lack of appetite. They also agree on the positive influence of the presentation of the meals, the importance of promoting a calm and accompanied environment to accept the menu and the relevance in adapting the diet to alleviate the gastrointestinal symptoms. They would use nutritional support when there is malnutrition, at the time of diagnosis, or depending on the patient's condition. They consider it very difficult to carry out a hypercaloric plan without the help of supplements. In relation to the incorporation of enteral or parenteral feeding, half of the interviewees think that it is very important and the rest depending on each particular case or in last resort. All agree that outpatients should have nutritional advice.

Conclusions: As a final conclusion and from the data analyzed, we can affirm the great importance of diet therapy in relation to cancer of the neck and head, by the side effects of the disease and its treatment that affect the nutritional status negatively. An adequate food plan is essential for the improvement of the quality of life of these patients, from the beginning of the diagnosis, during and after treatment.

Keywords: feeding, cancer of the neck and head

Introducción.....	1
Capítulo 1: Nutrición y cáncer de cuello y cabeza.....	5
Capítulo 2: Localización y descripción de los cánceres de cabeza y cuello.....	16
Diseño metodológico.....	26
Análisis de datos.....	33
Conclusiones.....	45
Bibliografía	48

Introducción



Los cánceres de cabeza y cuello constituyen una amplia gama de cánceres. La región alberga numerosos órganos que no son sólo esenciales para funciones biológicas básicas, pero también son fundamentales para la fisonomía de una persona, su expresión e interacciones sociales. El cáncer puede surgir en la cavidad oral, la lengua, las amígdalas, la garganta, nasofaringe, y las glándulas salivales, entre otras. Muchos cánceres de cabeza y cuello están asociados con fumar y beber. Algunos tipos de cáncer de la nasofaringe podrían surgir por algún virus. Dependiendo del sitio y el patrón de diseminación del cáncer, los tumores de cabeza y el cuello pueden causar deformaciones estructurales y el deterioro de funciones tan básicas como la deglución y la respiración. Por otra parte, los tratamientos que se usan para tratar el cáncer pueden provocar deformaciones y mutilaciones añadidas, empeorando así la calidad de vida. La radioterapia es importante para el tratamiento de cáncer de cabeza y cuello. La radiación se administra a menudo como único tratamiento, como tratamiento definitivo y con intención curativa. Esto puede ser posible para algunos tumores en etapas tempranas y en ciertas áreas. A veces la radioterapia se administra con quimioterapia ya que pueden trabajar en sinergia y aumentar las posibilidades de control del tumor. Sus médicos le podrán guiar para determinar el mejor plan de tratamiento, en función de su estado de salud. Una de las grandes ventajas de la radioterapia en el tratamiento de cánceres de cabeza y cuello es que se puede evitar cirugía. La cirugía en un área tan sensible como la cara, cabeza o el cuello pueden causar una desfiguración física y comprometer el bienestar, la autoestima y las interacciones sociales del paciente. En ciertas situaciones, la cirugía para el tratamiento de un tumor de cabeza y cuello puede ser inevitable, debido a la extensión de la enfermedad. La radioterapia se utiliza a veces después de la cirugía para mejorar las posibilidades de curación, ya que muy a menudo, la enfermedad permanece después de la operación de manera microscópica. La desnutrición y la pérdida acelerada de peso son el diagnóstico secundario más frecuente en pacientes con cáncer. (Herrera, Granados, 2003)¹ 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 antineoplásico

En el cáncer de cuello y cabeza, la localización del tumor se asocia con trastornos de deglución, malabsorción, obstrucción y vómitos. El tratamiento en los pacientes con cáncer de cuello y cabeza en estadio clínico avanzado consiste en la administración concomitante de radioterapia.

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

¹ Estos autores evaluaron los distintos procedimientos quirúrgicos en oncología

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.

Una intervención nutricia que se acompañe de una terapia de apoyo nutricional es una manera proactiva de mejorar el estado de nutrición de los pacientes con cáncer que serán sometidos a tratamiento oncológico. El objetivo de dar apoyo nutricional a los pacientes con cáncer es minimizar o prevenir la pérdida de peso que acompaña a la enfermedad, así como disminuir la pérdida de nitrógeno y la deficiencia de nutrimentos específicos. (American Institute of Cancer, 1997)²

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.

Una terapia 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. (Isenring, Capra , Bauer , 2004)³

En investigaciones con administración de nutrimentos específicos como la arginina, que ayuda a mejorar el estado nutricional y la evolución clínica en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (De Luis DA, Izaola , Cuéllar , Terroba , Martín , Aller , 2006)⁴, los resultados muestran que el adicionar arginina a la fórmula enteral, disminuye la aparición de fístulas traqueales como complicación y reduce el gasto de éstas si se llegan a formar; asimismo, la arginina mejora la reserva proteica; en otro estudio se demostró que la arginina no tiene beneficio alguno sobre el estado nutricional o la función inmunológica al suplementarla en el perioperatorio, únicamente se observó una tendencia a vivir más tiempo en el grupo que se suplementaron de pacientes con cáncer de cabeza y cuello severamente desnutridos (Van Bokhorst, VanderSchueren , VonBlomberg-VanderFlier , Riezebos , 1998)⁵. En el caso de

² El Fondo Mundial de Investigación del Cáncer, el Instituto Estadounidense de Investigación sobre el Cáncer, Alimentación, Nutrición y Prevención del Cáncer, en una perspectiva global junto al Instituto Americano de Investigación del cáncer

³ La intervención nutricional es beneficiosa en pacientes ambulatorios oncológicos que reciben radioterapia en el área gastrointestinal o de la cabeza y el cuello.

⁴Se evalúan los resultados clínicos y bioquímicos después de una triaje aleatoria con una alta dosis de fórmula enteral de arginina en pacientes posquirúrgicos con cáncer de cabeza y cuello.

⁵Importancia de las diferencias en el estado inmune entre pacientes con cáncer de cabeza y cuello que se encuentran bien nutridos en comparación con los desnutridos

administrar ácidos grasos omega-3 en esta población, se mostró una mejoría en la masa grasa y muscular de los pacientes ambulatorios que recibieron la suplementación (De Luis, Aller, Izaola, Cuéllar , Terroba , 2005)⁶.

La terapia nutricional tiene importantes efectos en la calidad de vida del paciente con cáncer de cabeza y cuello desde el mismo momento del diagnóstico hasta 5 años después de haber finalizado el tratamiento. Estos pacientes pueden beneficiarse de un abordaje multidisciplinario que incluya una correcta valoración nutricional, consejo dietético, suplementación y nutrición artificial. El abordaje nutricional debe incluir las experiencias y perspectivas tanto del paciente como de la familia y cuidador/a.

Por todo lo anterior expuesto se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la percepción que tienen los Licenciados en Nutrición sobre el estado nutricional, el tipo de alimentación y el grado de aceptabilidad de la misma en pacientes con cáncer de cuello y cabeza durante la radioterapia en la ciudad de Olavarría y Mar del Plata en enero de 2018?

Los objetivos generales son los siguientes:

Indagar la percepción que tienen los Licenciados en Nutrición sobre el estado nutricional, el tipo de alimentación y el grado de aceptabilidad de la misma en pacientes con cáncer de cuello y cabeza durante la radioterapia en la ciudad de Olavarría y Mar del Plata en enero de 2018.

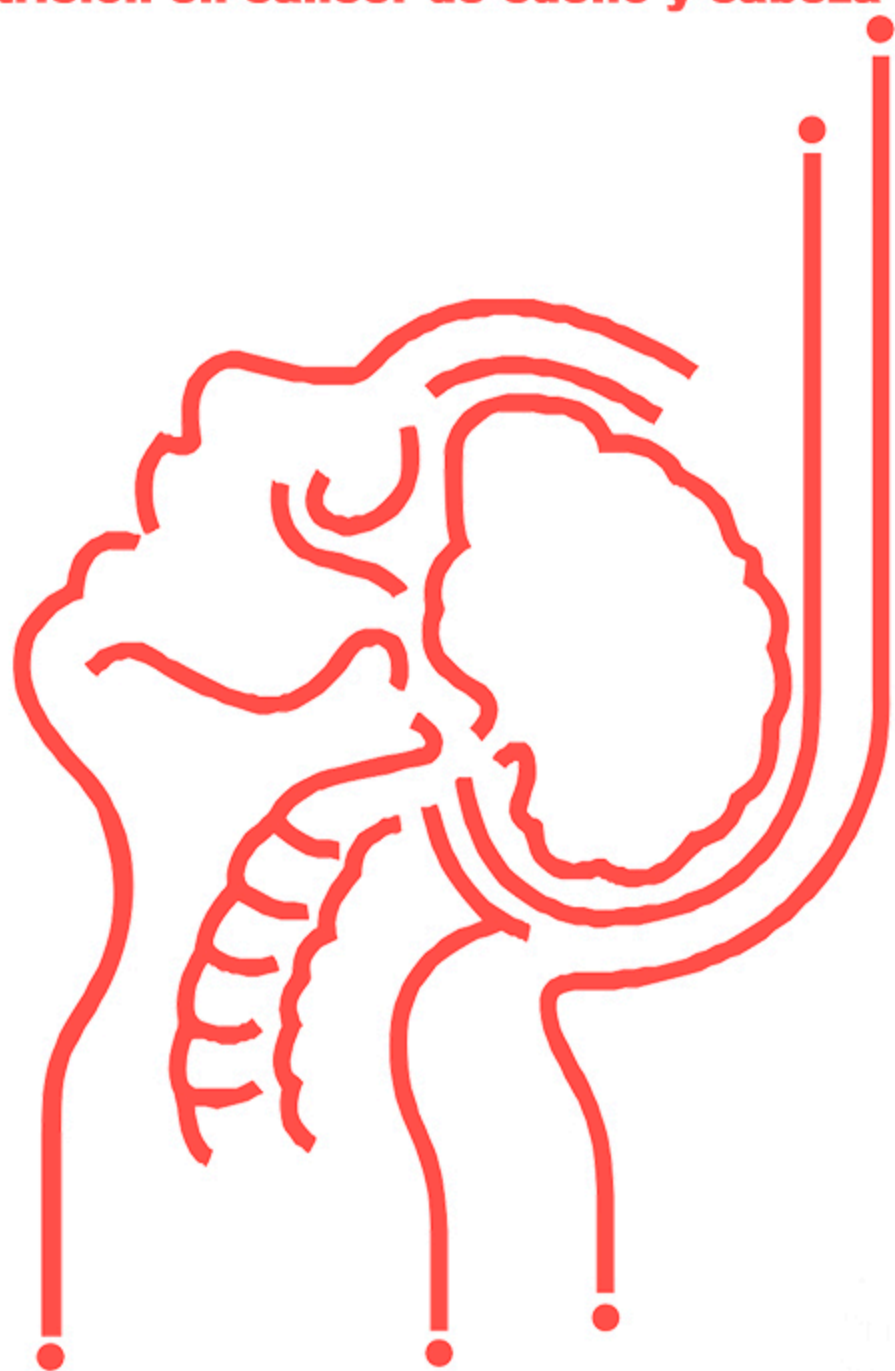
Los objetivos específicos son los siguientes:

- Sondear el estado nutricional de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza en radioterapia.
- Identificar los tipos de alimentación que se indican en cada caso.
- Determinar el grado de aceptación de la alimentación para los pacientes con cáncer de cuello y cabeza.

⁶La *Inmunonutrición* enteral, una fórmula mejorada de w3 vs una fórmula mejorada con arginina en los pacientes ambulatorios con cáncer de cabeza y cuello

Capítulo 1:

Nutrición en cáncer de cuello y cabeza



Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las que las células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático. No es sólo una enfermedad, sino muchas enfermedades. Existen más de cien diferentes tipos. La mayoría toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan, por ejemplo, el que comienza en el colon se denomina cáncer de colon; el que empieza en las células basales de la piel, se llama carcinoma de células basales. Se pueden agrupar en categorías más amplias, éstas son: Carcinoma, Sarcoma, Leucemia, Linfoma y Mieloma, Cánceres del Sistema Nervioso Central. (Mendenhall, Mancuso, Amdur, 2001)⁷

El Carcinoma comienza en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos. El Sarcoma tiene inicio en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén. La Leucemia aparece en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, lo que causa que se produzcan grandes cantidades de células anormales y que ingresen en la sangre.

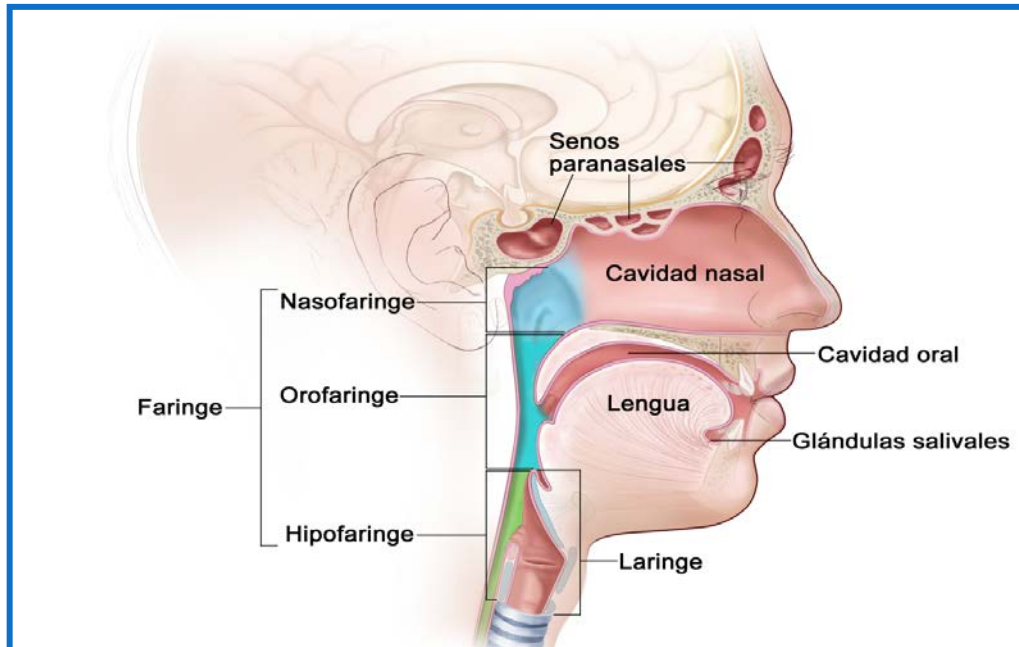
El Linfoma y el Mieloma inician en las células del sistema inmunitarios. Los cánceres del Sistema Nervioso Central ocurren en tejidos del cerebro y la médula espinal. Todos ellos tienen principio en las células, que son las unidades básicas de vida del cuerpo. Para lograr entender lo que esta enfermedad es, ayuda saber lo que sucede cuando las células normales se hacen cancerosas.

El cuerpo esta formado por muchos tipos de células, éstas crecen y se dividen en una forma controlada para producir más células según sean necesarias para mantener sano el cuerpo. Cuando envejecen o se dañan, mueren y son reemplazadas por células nuevas. Sin embargo, algunas veces este proceso ordenado se descontrola. El material genético (ADN) de una célula puede dañarse o alterarse, lo cuál produce mutaciones, cambios, que afectan el crecimiento y la división normales de las mismas. Las células que sobran, forman una masa de tejido que es lo que se llama tumor. No todos los tumores son cancerosos, puede haber tumores benignos, y tumores malignos. Los tumores benignos no son cancerosos, pueden extirparse y, en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer. Las células de estos tumores no se diseminan a otras partes del cuerpo. Rara vez son una amenaza para la vida. Los tumores malignos son cancerosos, las células de estos tumores pueden invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo, cuando este proceso ocurre, se denomina metastasis. Pueden poner en peligro la vida, y pueden volver a crecer luego de ser extirpados.

⁷El 80 %, aproximadamente, de los cánceres de Sistema Nervioso Central se encuentran en la base de la lengua o fosa amigdalina. El tratamiento es sobre el cuello solo, o ambos lados del cuello, y potenciales sitios primarios de cabeza y cuello.

La Leucemia es un tipo de cáncer de la médula ósea y de la sangre, no forma tumores. (Instituto Nacional del Cáncer, 2013)⁸

Imagen Nº 1: Regiones en el cáncer de cabeza y de cuello



Fuente: Winslow, (2012)

Las causas del cáncer de cabeza y cuello son múltiples. Es en gran medida prevenible, es importante adoptar hábitos de vida saludables, realizar controles regulares de salud y evitar la exposición a elementos tóxicos que predisponen al desarrollo de tumores.

Muchos cánceres se pueden prevenir, otros se pueden detectar en las primeras fases de su desarrollo y ser tratados y curados. Incluso en etapas avanzadas de la enfermedad se puede retrasar su progresión y el dolor se puede controlar o reducir. La mayoría están vinculados al consumo de tabaco, a dietas no saludables o a agentes infecciosos. Una alimentación sana, realizar actividad física y no fumar disminuyen el riesgo. De esta manera se pueden evitar cerca del 40 % de todos los cánceres. La detección temprana también es indispensable a la hora de prevenir muertes por esta enfermedad, ya que en las fases iniciales existe un alto potencial de curación, por ejemplo en cáncer de cuello de útero o de mama. Existen intervenciones que permiten la detección temprana y el tratamiento eficaz de un tercio de los casos aproximadamente.

El uso de alcohol y tabaco son los dos factores de riesgo más importantes de los cánceres de cabeza y cuello, especialmente los de la cavidad oral, de orofaringe, hipofaringe y laringe; incluso el tabaco sin humo o tabaco de mascar o el tabaquismo pasivo o involuntario (Gandini, Botteri, Iodice, 2008)⁹. El 75% son causados por uso de tabaco y consumo de alcohol, las personas que usan

⁸ El Instituto Nacional del Cáncer es la principal dependencia del gobierno federal dedicada a la investigación y capacitación en esta área.

⁹ Estos autores realizaron un análisis sistemático de los estudios observacionales sobre el consumo de cigarrillo y el cáncer.

ambos tienen un riesgo mayor de presentar la enfermedad, que aquellos que usan sólo uno u otro (Blot, McLaughlin, Winn, 1988)¹⁰. El tabaco provoca diversas formas de cáncer: pulmón, esófago, laringe, oral, vejiga, riñón, estómago, cuello de útero y colorrectal.

El sobrepeso y la obesidad están asociados a varios tipos de cáncer: de esófago, colorrectal, mama en mujeres postmenopáusicas, endometrio y riñón. Son la causa del 40 % del cáncer endometrial o útero.

La inactividad física contribuye de forma muy importante al aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en muchas partes del mundo y de manera individual aumenta el riesgo de esta enfermedad. En conjunto, un mayor índice de masa corporal y la inactividad física son responsables del 19 % de la mortalidad por cáncer de mama y del 26 % de la mortalidad por cáncer colorrectal (Instituto Nacional del Cáncer, 2013)¹¹

La infección del virus de la Hepatitis B provoca alrededor del 52 % de los carcinomas hepatocelulares del mundo. Otro 20 % lo provoca la infección del virus de la Hepatitis C. El virus del papiloma humano (VPH o HPV) que causan cáncer, especialmente el VPH 16, es la infección viral del tracto reproductivo por transmisión sexual más común del mundo e infecta a 660 millones de personas aproximadamente cada año. También se calcula que provoca casi todos los cánceres de cuello de útero, el 90 % de ano y el 40 % de los de genitales externos. También provoca cáncer de la cavidad oral y orofaríngeo que implican las amígdalas o la base de la lengua. Las mujeres pueden evitar el desarrollo de este tipo de cáncer con la realización del PAP. Este examen permite detectar células anormales o lesiones en el útero y reducir casi completamente la incidencia o mortalidad. El PAP es gratuito y se realiza en todos los hospitales y centros de salud de nuestro país (Chaturvedi, Engels, Pfeiffer, 2011)¹².

Las personas con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tienen un riesgo considerablemente más alto de padecer ciertos tipos de cáncer que las personas del mismo grupo etario sin dicha infección. El VIH debilita el sistema inmunitario y reduce la habilidad del cuerpo para destruir las células cancerosas y para combatir infecciones que pueden resultar en cáncer.

La exposición al sol ya sea excesiva o a fuentes artificiales de radiación ultravioleta, como camas solares, aumentan el riesgo de padecer diferentes tipos de cáncer de piel.

La contaminación ambiental, del aire, agua y suelo con sustancias químicas carcinogénicas es responsable del 1-4 % de todos los cánceres. La exposición a carcinógenos también se produce a través de la contaminación de los alimentos por sustancias químicas, como aflotoxinas o dioxinas.

¹⁰Se realizó un estudio de casos y controles de cáncer bucal en cuatro áreas de EEUU, los riesgos entre los no bebedores aumentaron con la cantidad fumada, los riesgos entre los no fumadores aumentaron con el nivel de consumo de alcohol.

¹¹ Relación entre el aumento de peso y la falta de actividad física con mayor riesgo de padecer cáncer.

¹² Virus del papiloma humano y el aumento de incidencia de cáncer de orofaringe.

Otros factores de riesgo son: el mate, una bebida muy común en nuestro país y habitualmente en el resto de Sudamérica, que ha sido asociado con un riesgo mayor a los cánceres de boca, garganta, esófago y laringe (Goldenberg, Golz, Joachims, 2003)¹³.

El consumo de alimentos salados o preservados durante la niñez es un factor de riesgo de cáncer de nasofaringe (Yu MC, Yuan, 2006)¹⁴.

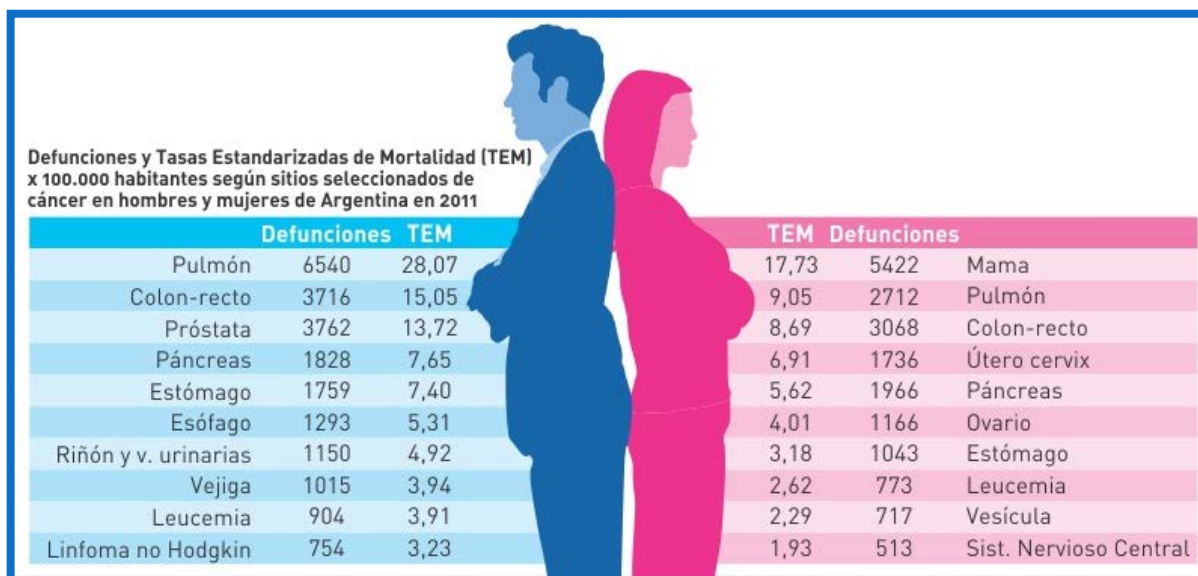
La higiene bucal mala o deficiente pueden ser factores de riesgo leves de cánceres de cavidad oral, el uso de enjuague bucal con alto contenido de alcohol es un posible factor de riesgo de cánceres de cavidad oral, aunque no es comprobado (Mayne, Morse, Winn, 2006)¹⁵.

La exposición a radiación en cabeza y cuello, por padecimientos no cancerosos o por cáncer, es un factor de riesgo de cáncer de glándulas salivales (Preston, Thomas, White, Cohen, 1988)¹⁶.

La infección por el virus de Epstein-Barr es un factor de riesgo de cáncer de nasofaringe y de glándulas salivales (Chan, Yip, Tsang, 1994)¹⁷.

Los tipos de cánceres más comunes son aquellos que se diagnostican con mayor frecuencia en la población, tanto en hombres como en mujeres. La imagen a continuación presenta la mortalidad e incidencia por tipo de cáncer en ambos sexos en nuestro país en el año 2011.

Imagen Nº 2: Tasas estandarizadas de mortalidad de ambos sexos en Argentina



Fuente: Sistema de Vigilancia epidemiológica y Reporte (SIVER/INC) Ministerio de Salud de la Nación, en base a registros de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) Argentina 2013

¹³ La yerba mate bebida, un factor de riesgo para el cáncer de cabeza y cuello, de todas maneras, el mecanismo exacto de la carcinogénesis de yerba mate es desconocida.

¹⁴ El carcinoma nasofaríngeo es una neoplasia poco frecuente en la mayoría de las partes del mundo. Con una incidencia de 1 por 100000 personas al año.

¹⁵ Estos autores escriben sobre la epidemiología del cáncer y prevención.

¹⁶ Exposición previa a los rayos x médicos y dentales relacionados con los tumores de glándulas parótidas y asociación de tumores malignos con tratamiento de radiación antes de la cabeza y el cuello.

¹⁷ El virus de Epstein –Barr es un virus de la familia del herpesvirus, es la mayor causa de la mononucleosis aguda infecciosa, y se trasmite a través de la saliva.

De la anterior tabla se desprende que los tipos de cánceres más comunes en Argentina son los de pulmón, colon y recto, mama y próstata.

La buena nutrición es importante para los pacientes de cáncer. La nutrición es un proceso por el que el cuerpo incorpora los alimentos y los usa para crecer, mantenerse sano y reemplazar los tejidos. Por eso es muy importante para la buena salud. Al comer las clases correctas de alimentos, antes, durante y después del tratamiento del cáncer puede ayudar al paciente a sentirse mejor y mantenerse fuerte. Una alimentación saludable incluye comer y beber una cantidad suficiente de alimentos y líquidos que contengan nutrientes importantes, como vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos, grasas y agua, que el cuerpo necesita.

Cuando el cuerpo no consigue o no puede absorber los nutrientes necesarios para la salud, padece una afección que se llama desnutrición o malnutrición (World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research, 1997)¹⁸

Los hábitos de alimentación sana son importantes durante el tratamiento del cáncer. La terapia nutricional se utiliza para ayudar a los pacientes con esta enfermedad a obtener los nutrientes necesarios para mantener el peso corporal y la fuerza, mantener los tejidos del cuerpo sanos y luchar contra las infecciones. Estos hábitos que son buenos para estos pacientes, suelen ser muy diferentes de las pautas habituales de alimentación saludable. Algunos tratamientos para el cáncer funcionan mejor cuando el paciente está bien nutrido y obtiene suficientes calorías y proteínas de los alimentos, por lo que pueden tener un mejor pronóstico y calidad de vida.

El cáncer puede cambiar la manera en que el cuerpo utiliza los alimentos, algunos tumores elaboran sustancias químicas que cambian la manera en que utiliza ciertos nutrientes. El uso que el cuerpo hace de las proteínas, los carbohidratos y las grasas se puede ver afectado, especialmente cuando se trata de tumores del estómago o los intestinos. Puede parecer que un paciente está comiendo lo suficiente, pero puede ocurrir que el cuerpo no pueda absorber todos los nutrientes de los alimentos.

Los tratamientos de esta enfermedad que afectan la nutrición incluyen: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, la inmunoterapia y el trasplante de células madre. Estos producen síntomas adicionales, ya sea en forma aguda o crónica, que repercuten negativamente sobre la ingesta y el estado nutricional (Cutsem, Arends, 2005)¹⁹ Los efectos secundarios del cáncer y su tratamiento que pueden afectar a la alimentación incluyen

¹⁸ Perspectivas globales de nutrición y prevención del cáncer.

¹⁹ Estos autores se refieren a las causas y consecuencias del cáncer asociado a la malnutrición.

diversos problemas, como anorexia (pérdida de apetito), llagas en la boca, boca seca, dificultad para tragar, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor, depresión, ansiedad.

Puede estar afectado el gusto, el olfato, el apetito y la capacidad de comer suficientes alimentos o absorber los nutrientes de los alimentos. Esto puede causar desnutrición, una afección causada por falta de nutrientes esenciales produce debilidad, cansancio e incapacidad de combatir las infecciones o superar el tratamiento en los pacientes (Brown, Byers, Doyle, Coumeya, Demark, Wahnefried, Kushi, McTieman, Rock, Azis, 2003)²⁰.

La anorexia y la caquexia son causas comunes de desnutrición en estos pacientes, la anorexia se puede presentar temprano o tarde durante el curso de la enfermedad, si el cáncer crece o se disemina. Algunos pacientes ya sufren de anorexia cuando son diagnosticados. La caquexia es una afección que se caracteriza por pérdida de apetito, pérdida de peso, pérdida de tejido muscular y debilidad general. Es común en pacientes con tumores de pulmón, páncreas y parte superior del tubo gastrointestinal (Laviano, Meguid, Inui, Muscaritoli, Rossi, Fanelli, 2005)²¹. La caquexia tumoral tiene un profundo impacto sobre el estado físico, psicológico y social de los pacientes, debido a que tienen un metabolismo alterado, marcado por un aumento de proteólisis y lipólisis, mientras la síntesis muscular de proteína está disminuida, provocando finalmente una pérdida de masa muscular y grasa. El metabolismo de los hidratos de carbono está modificado por el crecimiento del tumor, con una disminuida producción hepática de glucosa y el incremento de la actividad del ciclo de Cori, mientras la sensibilidad insulínica de los tejidos periféricos está reducida (Cutsem, Arends, 2005)²². Es importante observar y tratar la caquexia temprano, porque es muy difícil de corregir, ya que hay un incremento del gasto energético y puede resultar en una pérdida progresiva. Sin embargo, a pesar del metabolismo y la pérdida de peso, la ingesta de los pacientes no se incrementa y esto va generando un gasto paulatino (Bosaeus, Daneryd, Svanberg, Lundholm, 2001)²³.

La caquexia representa de un 10 a 20 % de todos los fallecimientos por cáncer.

Es importante el tratamiento temprano de los síntomas y los efectos secundarios que afectan la alimentación y causan pérdida de peso. Tanto la terapia nutricional como la medicina pueden ayudar al paciente a mantener un peso saludable.

²⁰ La desnutrición es una de las principales consecuencias del cáncer, al estar afectados varios sentidos del organismo y la imposibilidad de una adecuada absorción de nutrientes.

²¹ La caquexia tumoral es un complejo síndrome que puede causar una cuarta parte de los fallecimientos por cáncer y disminuye la calidad de vida del paciente oncológico.

²² Idem 13

²³ La ingesta dietética y el gasto energético en reposo en relación a la pérdida de peso en el paciente con cáncer.

La medicina ayuda a aumentar el apetito, a digerir los alimentos, a que se contraigan los músculos del estómago y los intestinos (para mantener el movimiento de los alimentos), para prevenir y tratar las náuseas, vómitos y diarrea o estreñimiento, para prevenir y tratar los problemas de la boca como la boca seca, infecciones, dolor, llagas y para prevenir y tratar el dolor.

La terapia nutricional para los pacientes de cáncer durante el tratamiento activo y la recuperación tiene tres metas principales: proporcionar los nutrientes que faltan, mantener la salud nutricional y prevenir problemas. El equipo de atención de salud usará la terapia nutricional para obtener logros como la prevención y el tratamiento de problemas nutricionales, incluso la pérdida de tejido muscular y óseo; disminuir los efectos secundarios del tratamiento y los inconvenientes que afecten la nutrición; mantener la fuerza y energía del paciente; ayudar al sistema inmunitario a combatir las infecciones; ayuda a que el cuerpo se recupere y cure; mantener o mejorar la calidad de vida del paciente.

Dependiendo de los resultados de la evaluación nutricional, un soporte óptimo requiere ser seleccionado con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya sea con las recomendaciones dietéticas, los suplementos nutricionales orales, la nutrición enteral o nutrición parenteral. Cualquier opción que sea escogida puede comenzar tan pronto como sea posible, con un tratamiento intensivo e individualizado, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente (Isenring, Capra, Bauer, 2004)²⁴.

Gran parte de los pacientes oncológicos se pueden beneficiar de recomendaciones dietéticas generales y específicas para el control de su enfermedad o para el tratamiento relacionado con el control de los síntomas, manteniendo así un adecuado estado nutricional y previniendo la malnutrición (Ravasco, Monteiro, Grillo, Camilo, 2003)²⁵. Con dichas recomendaciones dietéticas, se puede optimizar cualitativa y cuantitativamente la ingesta insuficiente de los pacientes que han recibido tratamiento con radioterapia por distintos tipos de cáncer. Teniendo en cuenta que la disminución del apetito, la reducción de la ingesta y la pérdida de peso tienen una influencia sobre la calidad de vida, las recomendaciones pudieron incrementarla (Peterson, Silander, Hammerlid, 2005)²⁶.

La buena nutrición continúa siendo muy importante para los pacientes cuya enfermedad está en remisión o cuyo cáncer se curó.

²⁴ La intervención nutricional es beneficiosa en los pacientes ambulatorios oncológicos que reciben radioterapia en el tracto gastrointestinal o en cabeza y el cuello.

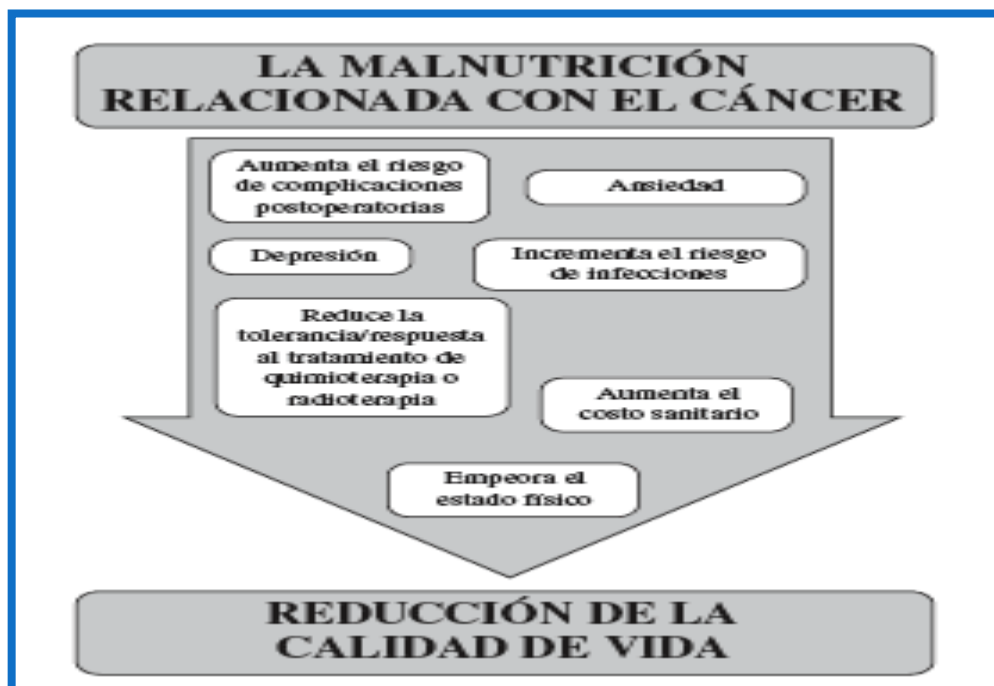
²⁵ La correcta nutrición influencia favorablemente la calidad de vida en los pacientes con cáncer sometidos a radioterapia.

²⁶ Estos autores se refieren a la calidad de vida como factor de predicción de la pérdida de peso en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

La meta nutricional para los pacientes de cáncer avanzado es ayudar a mejorar o mantener su calidad de vida, controlar los efectos secundarios, disminuir el riesgo de infecciones y mantener la fuerza y energía.

La eficacia del tratamiento nutricional, mediante las recomendaciones dietéticas, pretende el establecimiento y mejoramiento del estado nutricional y calidad de vida. Depende de la habilidad para adaptar esta intervención, a las necesidades y expectativas del paciente. Aportar estas recomendaciones dietéticas diseñadas para los pacientes oncológicos requiere de mucho tiempo y esfuerzo y debe manejarse a través de equipos dedicados y especializados en la nutrición con un alto grado de entrenamiento en oncología (Ravasco, Monteiro, Grillo, Vidal, Camilo, 2005)²⁷. En los pacientes con cáncer, el estado de salud es un buen reflejo de la medida de la calidad de vida, la cual está ampliamente influenciada por aspectos nutricionales (Park, Won, Lee, Choe, Heo, Kim, Yun, 2006)²⁸.

Imagen Nº 3: Malnutrición y cáncer



Fuente: Nutrición hospitalaria, <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

La administración de suplementos nutricionales orales es una estrategia simple y no invasiva, que tiene como propósito incrementar la ingesta de nutrientes, que se les puede dar a los pacientes cuando estos requieran más aporte nutricional, que no se pueda cubrir

²⁷ Estos autores destacan que un asesoramiento dietético mejora los resultados del paciente, y lo demostraron en estudios prospectivos de pacientes con cáncer colorrectal sometidos a radioterapia.

²⁸La supervivencia de pacientes con cáncer terminal incluye unidades de cuidados paliativos para mejorar o sostener la calidad de vida.

solamente con las recomendaciones nutricionales (Schueren, 2005)²⁹. La suplementación oral se ha mostrado beneficiosa en la funcionalidad física y en la ganancia de peso.

El uso de los suplementos nutricionales que contienen nutrientes inmunomoduladores tales como: ácidos grasos poliinsaturados (omega 3, ácido eicosapentanoico y docosahexanoico), arginina y nucleótidos (RNA-DNA) mejoran la función inmune, reducen la respuesta inflamatoria y mejoran la funcionalidad intestinal, lo que contribuyen al mejoramiento del estado nutricional (Braga, Gianotti, Vignali, Carlo, 2002)³⁰.

En pacientes en estado de caquexia, la administración prolongada de ácidos grasos omega 3, puede aumentar el peso corporal, asociado a un significativo aumento de la masa muscular, ya que estos ácidos grasos inhiben la expresión de mediadores proinflamatorios (Fearon, Meyenfeld, Moses, Geenen, Giacosa, Bauer, 2003)³¹.

Las fórmulas de Nutrición Enteral (NE) son administradas por medio de sondas de alimentación, gástricas o intestinales, en los pacientes que no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales mediante ingesta oral (Arends, Bodoky, Bozzetti, Fearon, Muscaritoli, Zurcher, 2006)³². Las fórmulas estándar poliméricas son generalmente adecuadas para los pacientes oncológicos. El uso de esta modalidad nutricional, permite la corrección del estado nutricional, preservando la función intestinal. Debido al uso del tracto gastrointestinal, la nutrición enteral es más fisiológica que la nutrición parenteral (NPT), contribuye al mantenimiento de la respuesta inmune, se puede reducir el costo hospitalario y también reducir el riesgo de infección si se compara con la NPT (Braunschweig, Levy, Sheean, Wang, 2001)³³. Las fórmulas que contienen ácidos grasos omega 3, arginina y nucleótidos pueden mejorar la respuesta del sistema inmunológico y contribuir a la cicatrización de las heridas. La calidad de vida de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza severamente malnutridos se puede mejorar durante el período luego de la cirugía, mediante la administración perioperatoria de una fórmula de NE tanto estándar como enriquecida con arginina.

La intervención nutricional puede también beneficiar a los pacientes con cáncer que no se encuentran en estado de malnutrición.

La Nutrición Parenteral Total (NPT) es una técnica eficiente de soporte nutricional, pero que está acompañada de riesgos específicos, como hiperglucemia, sepsis por catéter, entre otras; y de un alto costo. Sin embargo, se emplea únicamente cuando la nutrición

²⁹Estrategias de apoyo nutricionales para pacientes de cáncer malnutridos.

³⁰La suplementación de arginina por vía oral y de ácidos grasos, preoperatorio, mejora la respuesta inmunometabólica del huésped.

³¹ Los ácidos grasos y los suplementos orales enriquecidos con omega 3, tienen efecto positivo sobre el aumento de peso en los pacientes con cáncer que presentan caquexia.

³² Estos autores describen las directrices sobre la nutrición enteral: la oncología quirúrgica, en ESPEN (Guidelines on enteral nutrition)

³³ Comparaciones entre la nutrición enteral y parenteral, con respecto a la fisiología y costos.

enteral no es posible, debido a que no se puede disponer del tracto gastrointestinal o de una disfunción inevitable, que puede incluir una malabsorción severa, fístula de alto débito, dismotilidad o dolor abdominal (Muscaritoli, Grieco, Capria, Iori, Rossi, Fanelli, 2002)³⁴.

En pacientes con tumores sólidos y tumores hematológicos malignos que han recibido trasplante de médula ósea (TMO), la NPT es frecuentemente la única posibilidad de soporte nutricional. Debido a que la toxicidad asociada a las terapias relacionadas con TMO, las cuales pueden potenciar una mucositis severa, en la que la NE es poco tolerada.

El uso de NPT enriquecida con glutamina y/o ácidos grasos omega 3 se han relacionado con mejores resultados en la función inmune, el balance nitrogenado, la incidencia de complicaciones, la supervivencia y estancia hospitalaria (Gómez, Castillo, De Cos, Iglesias, Martín, Aguado, Ojeda, 2006)³⁵.

En pacientes con cáncer de tracto digestivo alto y en aquellos con cáncer avanzado, la nutrición parenteral total puede ser ventajosa cuando es utilizada con prudencia. En cánceres avanzados digestivos o ginecológicos con metástasis, suelen asociarse a obstrucciones del tracto digestivo y la supervivencia depende solo del soporte nutricional, donde la nutrición parenteral es imprescindible (Echenique, Correia, 2003)³⁶.

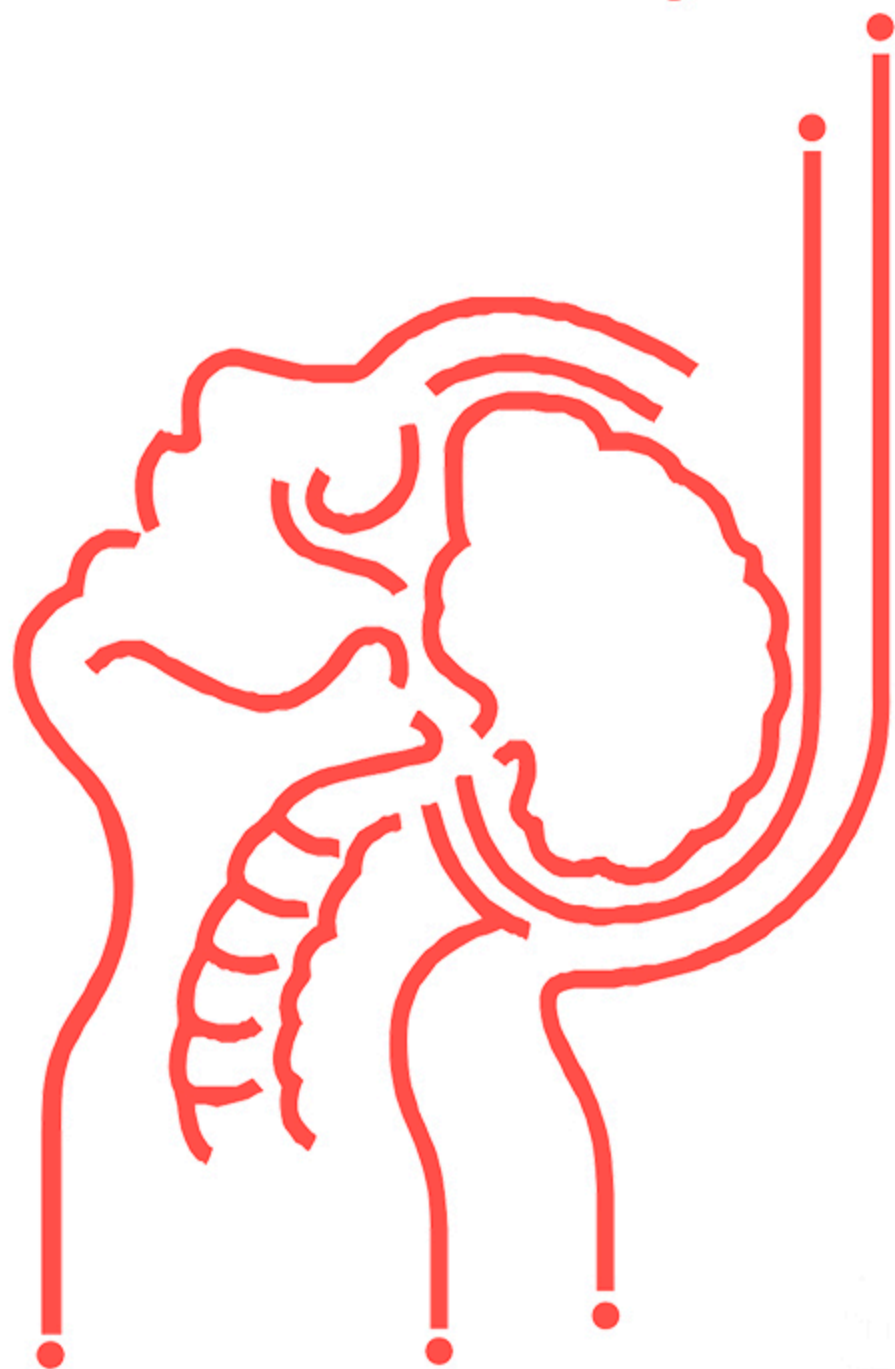
³⁴ Si bien la nutrición parenteral total tiene beneficios, también se deben tener en cuenta las complicaciones de la misma.

³⁵ Los efectos de la nutrición parenteral suplementada con glutamina han sido beneficiosos en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea.

³⁶ Estos autores se refieren a los beneficios de este tipo de soporte nutricional en los pacientes con cáncer digestivo avanzado.

Capítulo 2:

Localización y descripción de los cánceres de cuello y cabeza



Los cánceres de cabeza y cuello se conocen como un grupo de tumores malignos localizados en los senos paranasales, la nasofaringe, la orofaringe; formada por la amígdala, el paladar blando y la base de la lengua; la hipofaringe, la laringe, la cavidad oral; que incluye la mucosa oral, encía, paladar duro, lengua y suelo de boca; la lengua y las glándulas salivales. Dentro de esta calificación se excluyen los tumores de la piel, los cerebrales y los tiroideos. (Hitt, López Martín, Ballesteros, 2015)³⁷

El cáncer de labio y de cavidad oral es una enfermedad por la que se forman células cancerosas en los tejidos de los labios y la boca. La cavidad oral incluye las dos terceras partes delanteras de la lengua; el tejido gingival, que son las encías; la mucosa yugal, que es el revestimiento interior de las mejillas; el suelo de la boca debajo de la lengua; el paladar duro y el triángulo retromolar, que es el área pequeña detrás de las muelas de juicio. La mayoría se originan en las células escamosas, células delgadas y planas que revisten los labios y la cavidad oral, las células cancerosas se pueden diseminar al tejido más profundo a medida que el cáncer crece. El carcinoma de células escamosas se presenta en áreas de leucoplasia, que son parches blandos de células que no desaparecen al frotarlos. (Goldenberg, Golz, Joachims, 2003)³⁸

El consumo de tabaco y alcohol puede influir en el riesgo de presentar cáncer de labio y de cavidad oral, otros factores son estar expuesto a la luz natural o a la luz artificial, como en las camas solares, durante períodos largos de tiempo, y el sexo masculino.

Los signos incluyen una llaga en el labio o boca que no cicatriza; una masa o engrosamiento de los labios, las encías o la boca; un parche blanco o rojo en las encías, la lengua o el revestimiento de la boca; sangrado, dolor o adormecimiento; cambio en la voz; dientes flojos o dentadura que ya no se ajustan; problemas para masticar, tragar o mover la lengua o la mandíbula; inflamación de la mandíbula; dolor de garganta o sensación de algo atragantado en la garganta. Suele detectarse durante un examen dental de rutina. (Yu, Yuan, 2002)³⁹

Para hacer el diagnóstico y estadificar el cáncer de labio y de cavidad oral, se utilizan pruebas que examinan la boca y la garganta, a través de exámenes físicos de esta área, para determinar si hay anomalías. También se evalúan los antecedentes de los hábitos de salud del paciente y las enfermedades y tratamientos médicos y dentales anteriores. Se pueden realizar endoscopias; biopsias; citología exfoliativa, que es un procedimiento en el cual se toman muestras de células de labio y cavidad oral y se observan al microscopio para determinar si son anormales; imágenes por resonancia magnética; exploración por tomografía axial computada y

³⁷ Clasificación de cáncer de cuello y cabeza

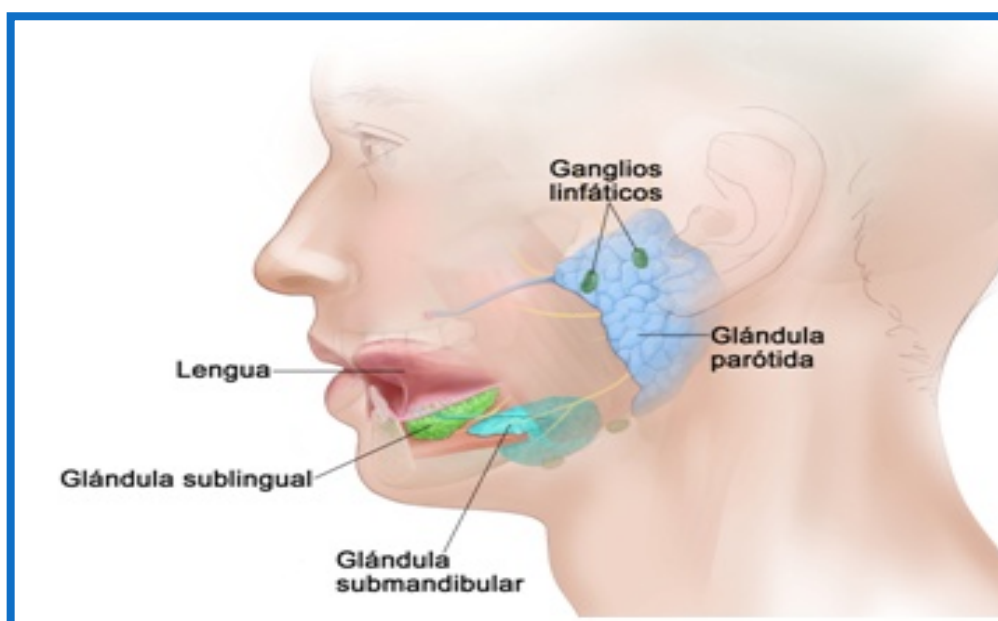
³⁸ Estos autores realizaron estudios referentes a los distintos factores de riesgo que causan cáncer de cuello y cabeza

³⁹ Estos autores realizaron seminarios de cáncer, relacionados a la epidemiología del cáncer nasofaríngeo.

con tomografía por emisión de positrones y exploración ósea. (Instituto Nacional de Cáncer, 2015) ⁴⁰

Las opciones de tratamiento dependen del estadio del cáncer, el tamaño del tumor y la ubicación; si la apariencia del paciente y su capacidad para hablar y comer permanecen sin alteraciones y la edad y el estado general del paciente. Y el pronóstico o la probabilidad de recuperación dependen también del estadio del cáncer y si el tumor se diseminó hasta los vasos sanguíneos. Para aquellos pacientes que fuman, la probabilidad de recuperación mejora si dejan este hábito antes del comienzo de la radioterapia. El cáncer de glándulas salivales es una enfermedad por la que se forman células cancerosas en los tejidos de las glándulas salivales, estas producen saliva, que contienen enzimas que ayudan a la digestión de los alimentos y anticuerpos que ayudan a proteger contra las infecciones en la boca y la garganta.

Imagen N° 2: Anatomía de las glándulas salivales



Fuente: TereseWinslow LLC, 2013

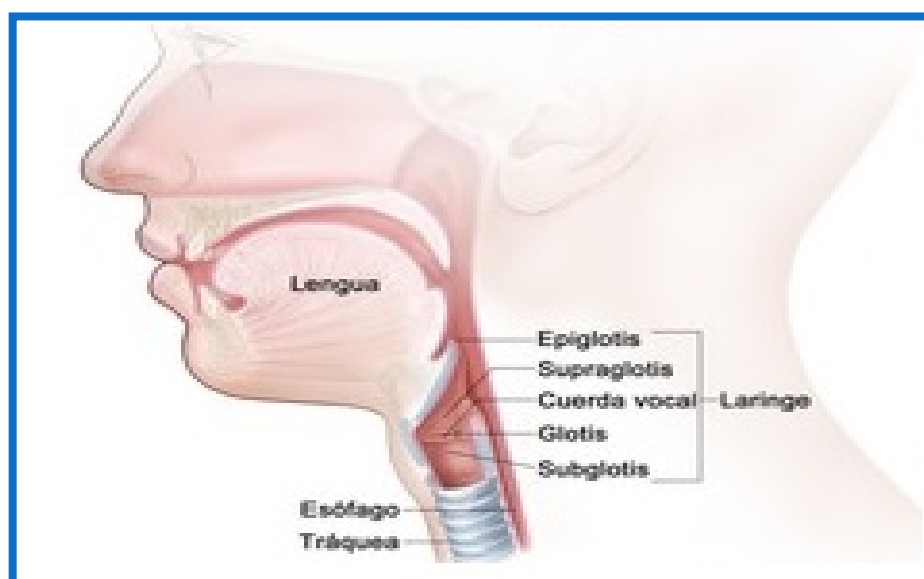
Existen tres pares de glándulas salivales: las glándulas parótidas que son las más grandes y se encuentran al frente y justo debajo de la oreja. La mayoría de los tumores de las glándulas salivales comienzan en dicha glándula. Las glándulas sublinguales se encuentran debajo de la lengua en el piso de la boca. Las glándulas submandibulares se encuentran debajo del hueso de la mandíbula. También hay centenares de glándulas salivales pequeñas, menores, que revisten algunas partes de la boca, nariz y laringe, que

⁴⁰ La exploración con tomografía por emisión de protones es un procedimiento donde se inyecta en una vena una cantidad pequeña de glucosa radiactiva. El escáner de TEP rota alrededor del cuerpo y toma una imagen de los lugares del cuerpo que utilizan glucosa; las células de tumores malignos tienen aspecto más brillante en la imagen porque son más activas y absorben más glucosa que las células normales.

solo se pueden ver al microscopio. La mayoría de los tumores pequeños comienzan en el paladar. Más de la mitad de estos tumores son benignos y no se diseminan hasta otros tejidos. (Hom-Ross, Ljung, Morrow, 1997)⁴¹

El cáncer de laringe es una enfermedad por la cual se forman células cancerosas en los tejidos de la laringe. Esta se divide en tres partes principales, la laringe supraglótica, que incluye la epiglotis, las cuerdas vocales falsas, los ventrículos, los pliegues aritenoepigloticos y los aritenoides. La glotis, donde se encuentran las cuerdas vocales verdaderas y las comisuras anterior y posterior. La región subglótica, que empieza debajo de las cuerdas vocales verdaderas y se extiende hasta el borde inferior del cartílago cricoides o el primer anillo traqueal. El área supraglótica es rica en drenaje linfático, cerca del 25 a 50 % de los pacientes presentan ganglios linfáticos comprometidos, las cuerdas vocales verdaderas no poseen vasos linfáticos, entonces rara vez puede manifestarse cáncer, sin embargo si hay diseminación hacia arriba o hacia debajo de las cuerdas vocales puede llevar al compromiso de los ganglios linfáticos. Los cánceres subglóticos primarios son muy poco frecuentes. (Spaulding, Hahn, Constable, 1987)⁴²

Imagen N° 2: Anatomía de la laringe



Fuente: Winslow , (2012)

Entre los factores de riesgo hay una relación clara entre el tabaquismo y la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas con la aparición de cánceres escamocelulares de la vía aerodigestiva superior. (Spitz, 1994)⁴³ En los fumadores el riesgo de cáncer de laringe

⁴¹ Clasificación y ubicación de las glándulas salivales y lugares más frecuentes de inicio de cáncer.

⁴² Estos autores investigaron sobre la efectividad del tratamiento de los ganglios linfáticos en cánceres de seno piriforme y supraglotis.

⁴³ Estos autores realizaron estudios epidemiológicos y factores de riesgo para el cáncer de cabeza y cuello

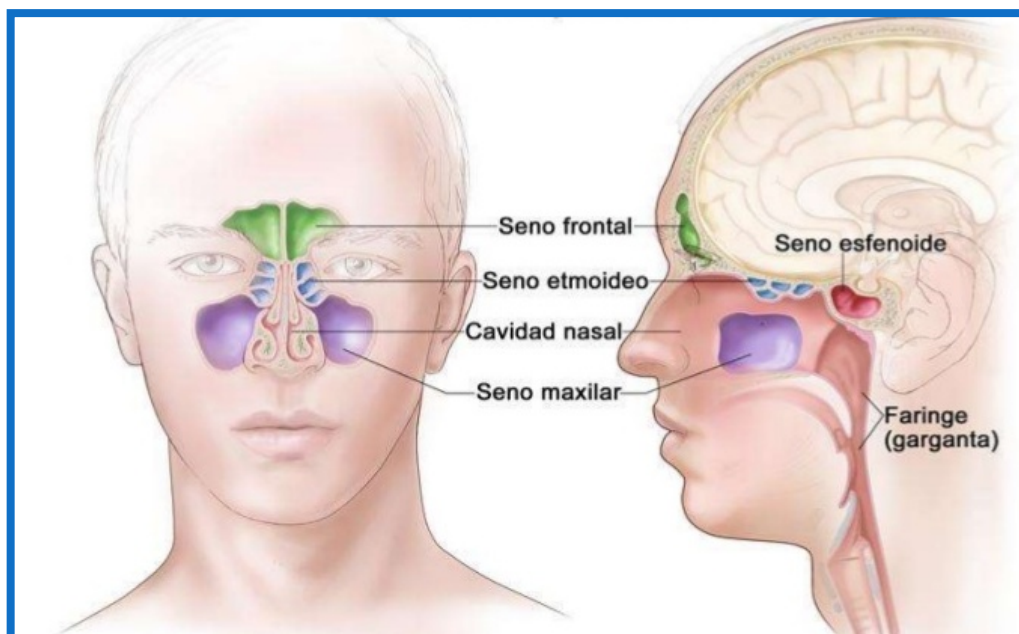
disminuye una vez que el paciente deja de fumar, pero permanece alto incluso años después en comparación con las personas que no fuman. (Bosetti, Garavello, Gallus, 2006)⁴⁴

Los factores pronósticos son el sexo, la edad, el estado funcional y una variedad de características patológicas del tumor, como lo es el grado y la profundidad de la invasión. (Yilmaz, Hosal, Gedikoglu, 1998)⁴⁵

El pronóstico para cánceres pequeños de laringe que no se han propagado a los ganglios linfáticos es muy bueno, con altas tasas de curación, dependiendo del lugar, la masa tumoral y el grado de infiltración. La mayoría de las lesiones tempranas se pueden curar con cirugía o radioterapia, esta es más razonable para preservar la voz, y aquellos pacientes con valores altos de hemoglobina antes de la radiación, tienen mayor tasa de supervivencia que los pacientes que son anémicos. (Fein, Lee, Hanion, 1995)⁴⁶

El cáncer de seno paranasal y cavidad nasal es una enfermedad por la que se forman células cancerosas en los tejidos de los senos paranasales y la cavidad paranasal.

Imagen N° 3: Senos paranasales



Fuente: Winslow (2012)

La mayoría de estos tumores se presentan en estado avanzado y generalmente las tasas de curación son precarias. El carcinoma de células escamosas es el tipo más frecuente de tumor maligno en la nariz y en los senos paranasales; los papilomas pueden presentar degeneración

⁴⁴ Visión general de estudios publicados de los efectos de dejar de fumar sobre el riesgo de cáncer de laringe

⁴⁵ Significado pronóstico de la profundidad de la invasión de este cáncer

⁴⁶ Estos autores investigaron sobre la hemoglobina y la influencia sobre el control en el cáncer

maligna. Los cánceres crecen dentro de los límites óseos de los senos y suelen ser asintomáticos hasta que erosionan e invaden las estructuras adyacentes. (Mendenhall, Werning, Pfister, 2011)⁴⁷ El compromiso ganglionar no es frecuente, aunque puede haber metástasis ya sea en la cavidad nasal como en los senos paranasales, la mayor causa de muerte es por extensión directa a áreas vitales del cráneo una enfermedad local que recidiva con rapidez. (Thawley, Panje, Batsakis, 1999)⁴⁸

También puede relacionarse este tipo de cáncer con la exposición a productos industriales, y el riesgo de presentar un segundo tumor primario de cabeza y cuello aumenta considerablemente, así como también se lo relaciona con la infección por el virus de papiloma humano (VPH), y que aquellos pacientes positivos a este virus, pueden tener mejor pronóstico que aquellos que son negativos. (Alos, Moyano, Nadal, 2009)⁴⁹ El tipo más común de este tipo de cáncer es el carcinoma de células escamosas, otros tipos son el melanoma, que comienza en las células llamadas melanocitos, que son las que dan a la piel su color natural; el sarcoma que tiene principio en un músculo o en el tejido conjuntivo; el papiloma invertido está formado por tumores benignos que se forman dentro de la nariz y un pequeño número de ellos se convierte en cáncer; y el granuloma de línea media que es el cáncer de los tejidos de la parte media de la cara.

Los signos y síntomas incluyen problemas de los senos paranasales y hemorragias nasales; senos paranasales bloqueados que no se aclaran o presión en ellos; dolores de cabeza; dolor en esa área; nariz que gotea; masa o llaga dentro de la nariz que no se cura; masa en la cara o en el paladar; adormecimiento o cosquilleo en la cara; hinchazón u otros problemas en los ojos, como doble visión u ojos que apuntan a diferentes direcciones; dolor en los dientes superiores; dientes flojos; dolor o presión en el oído. (Littman, Vaughan, 2006)⁵⁰

El cáncer de nasofaringe es una enfermedad en la que se forman células cancerosas en los tejidos de la nasofaringe, ubicada en la porción superior de la faringe detrás de la nariz, este tipo de cáncer comienza en las células escamosas que revisten la nasofaringe. Los factores de riesgo son la ascendencia china o asiática, estar expuesto al virus de Epstein-Barr y consumir grandes cantidades de alcohol. Los signos incluyen dificultad para respirar, hablar u oír, bulto en la nariz o cuello, irritación en la garganta, hemorragia nasal y dolor de cabeza y oído. Para diagnosticar este tipo de tumor se realizan exámenes físicos y antecedentes, examen neurológico, biopsia, nasoscopia, endoscopia superior, imágenes por resonancia magnética, tomografía axial computarizada y estudios químicos de la sangre donde se evalúan la cantidad de glóbulos rojos, blancos y plaquetas, la hemoglobina y la prueba del virus de Epstein-Barr. Además, se realizan

⁴⁷ Tratamiento del cáncer de cuello y cabeza

⁴⁸ Investigación sobre metástasis en pacientes que no respondieron al tratamiento

⁴⁹ Investigación en pacientes con VPH y la relación con dicho cáncer

⁵⁰ Estos autores describen la epidemiología y prevención del cáncer de cavidad nasal y senos paranasales

pruebas de audición para verificar si se pueden oír sonidos bajos, altos, graves y agudos. (Oshlan, 2006)⁵¹

El cáncer de orofaringe es una enfermedad por la que se forman células malignas en los tejidos de la orofaringe, que es la parte central de la faringe detrás de la boca, incluye el tercio trasero de la lengua, el paladar blando, las partes laterales y posteriores de la garganta y las amígdalas. La mayoría son carcinomas de células escamosas, que son delgadas y planas y revisten el interior de la orofaringe. Los signos y síntomas incluyen un bulto en el cuello y dolor de garganta, dificultad para tragar, para abrir la boca completamente, para mover la lengua, pérdida de peso sin razón aparente, dolor de oído, nudo en la parte posterior de la boca, garganta o cuello, cambio en la voz y expulsión de sangre al toser.

Los factores de riesgo incluyen estar infectado con el virus del papiloma humano, fumar, consumir alcohol en exceso, tener una alimentación baja en frutas y vegetales, y tomar mate, aunque es desconocido su mecanismo exacto de carcinogénesis. (Chuang, Scelo, Tonita, 2008)⁵² Para el diagnóstico se utilizan los exámenes físicos y antecedentes, exploración por tomografía computarizada, resonancia magnética y biopsia.

Los ganglios linfáticos de la región de la cabeza y el cuello con aquellos que corren de manera paralela a las venas yugulares, el nervio accesorio espinal y a la arteria facial, y entran en el triángulo submandibular. Es de suma importancia la comprensión de las características anatómicas regionales y del estado de los ganglios linfáticos para la atención de los pacientes de cáncer de cabeza y cuello. Estas regiones del cuello se han delimitado a través de niveles I a V y la región retrofaríngea para facilitar la comunicación de las características anatómicas de los ganglios linfáticos. (Mendelhall, Werning, Pfister, 2011)⁵³

En el nivel I se encuentran los ganglios linfáticos submentonianos y submandibulares; en el nivel II se encuentran los ganglios linfáticos superiores de la yugular, estos están por encima del músculo digástrico; el nivel III contiene los ganglios linfáticos de la yugular media, que están entre el músculo omohioideo y el músculo digástrico; el nivel IV contiene los ganglios linfáticos de la yugular inferior; el nivel V contiene los del triángulo posterior. Además, el sitio de los ganglios linfáticos

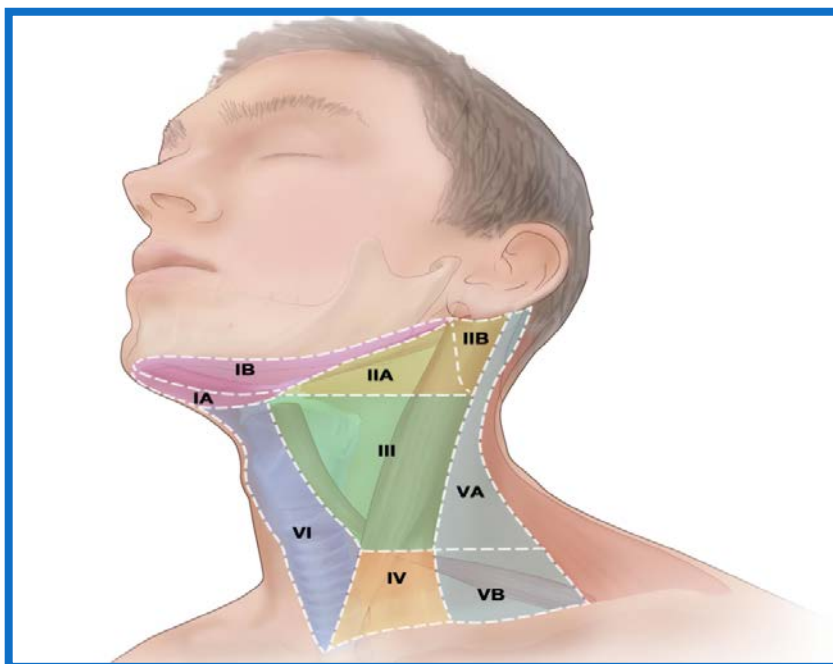
⁵¹ En las muestras de sangre se examinan las cantidades de ciertas sustancias que los órganos y tejidos del cuerpo liberan en la sangre, una cantidad inusual de una sustancia puede ser signo de enfermedad

⁵² El número de cáncer de orofaringe relacionado con la infección por VPH va en aumento

⁵³ Se destacan la importancia para el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, el reconocimiento de las áreas ganglionares y favorecer las prácticas oncológicas adecuadas.

retrofaríngeos es un posible sitio de diseminación ganglionar del cáncer de orofaringe. (Pharynx, Edge, Byrd, Compton, 2010)⁵⁴

Imagen N° 4: Grupos de ganglios linfáticos del cuello



Fuente: Terese Winslow LLC, 2012

En el pilar amigdalino anterior y la amígdala son las localizaciones más comunes de un tumor primario de orofaringe, en las lesiones que comprometen este pilar amigdalino anterior suelen presentarse como áreas de displasia, inflamación o lesiones superficiales que se diseminan. Estos cánceres pueden avanzar por toda una región amplia que incluye el paladar blando lateral, el triángulo retromolar y la mucosa yugal así como también la fosa amigdalina; y el drenaje linfático se dirige a los ganglios de nivel II, principalmente. Los tumores del pilar amigdalino posterior se pueden diseminar hacia abajo hasta comprometer el pliegue faringoepiglotico y la cara posterior del cartílago tiroideo. Estas lesiones son las que afectan con mayor frecuencia a los ganglios ubicados en el nivel V.

Las lesiones de la fosa amigdalina se presentan con ulceraciones, además tienen un patrón de extensión muy similar a las del pilar amigdalino anterior, y suelen presentarse inicialmente en estadio avanzado con mayor frecuencia que los cánceres del pilar amigdalino. El drenaje linfático se dirige a los ganglios del nivel V, principalmente. Puede ocurrir una diseminación hacia abajo de los tumores del pilar amigdalino y así comprometer el pliegue faringoepiglotico como también la cara posterior del cartílago tiroideo, que afectan con más frecuencia los ganglios del nivel V. (Choi, Hu, Culliney, 2009)⁵⁵ Los signos y síntomas de las

⁵⁴ Estos autores realizaron estudios sobre la diseminación de tumores primarios de orofaringe a los ganglios linfáticos y posibles metástasis a otras partes del cuerpo.

⁵⁵ Cáncer de orofaringe y las distintas lesiones según los niveles ganglionares

lesiones amigdalinas incluyen dolor, disfagia, pérdida de peso, otalgia ipsilateral refleja y masa visible y palpable en el cuello.

Los cánceres de la base de la lengua suelen ser insidiosos, pueden crecer bajo un factor infiltrante o exofítico, esto es debido a que la lengua carece de fibras de dolor, por lo que estos tumores suelen ser asintomáticos hasta que la progresión tumoral es importante. (Lindberg, 1972)⁵⁶

Los signos y síntomas de los cánceres de la base de la lengua en estadio avanzado cursan con dolor, disfagia, pérdida de peso, otalgia refleja secundaria 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. La metástasis en los ganglios linfáticos es muy común debido al abundante drenaje linfático que posee la base de la lengua.

Los tumores en el paladar blando se encuentran principalmente en la superficie anterior, las lesiones en esta área pueden permanecer superficiales y en estadios temprano, el drenaje linfático tiene dirección hacia los ganglios del nivel II, principalmente. (Neville,Day, 2002)⁵⁷

CUADRO N° 1: Características relacionadas con el riesgo de cáncer de orofaringe

GRADO DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS	TASA DE SG A 3 AÑOS
BAJO	VPH+, antecedentes de tabaquismo con índice <= 10 paquetes-año y antecedentes ganglionares NO-N2a	93 % (IC 95 %, 88,3-97,7)
INTERMEDIO	VPH+, antecedentes de tabaquismo con índice > 10 paquetes-año y antecedentes ganglionares N2b-N3; o VPH-, antecedentes de tabaquismo con índice <= 10 paquetes-año y antecedentes ganglionares N2b-N3, o tumores T2-T3	70, 8 % (IC 95 %, 60,7-80,8)
ALTO	VPH-, antecedentes de tabaquismo con índice > 10 paquetes-año; o VPH -, antecedentes de tabaquismo con índice > 10 paquetes-año y enfermedad T4	46,2 % (IC 95 %, 34,7-57,7)

IC= Intervalo de confianza
SG= Supervivencia general
VPH= Virus del papiloma humano, positivo (+), negativo (-)

Fuente: Ang,Harris,Wheeler, 2010

En lo que respecta a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), los cánceres de orofaringe positivos para este virus pueden representar una entidad patológica distinta que tiene una relación causal con la infección por el VPH y también se vinculan con un

⁵⁶ Estudios sobre distribución de metástasis en los nódulos linfáticos cervicales

⁵⁷ Estos autores realizaron distintas investigaciones y estudios sobre el cáncer oral y las lesiones precancerosas

mejor pronóstico, debido a que la supervivencia de los pacientes con tumores positivos para el VPH ha mejorado de un modo considerable. (Gillison, Koch, Capone, 2000)⁵⁸

Los tumores del paladar blando se encuentran principalmente en la superficie anterior, las lesiones en esta área pueden permanecer superficiales y en estadios tempranos, el drenaje linfático se dirige hacia los ganglios del nivel II.

Las lesiones de la pared faríngea se pueden diseminar hacia la región superior hasta comprometer la nasofaringe, y también hasta la región posterior hasta infiltrar la fascia prevertebral y hacia la región inferior hasta comprometer los senos piriformes y las paredes hipofaríngeas. En cuanto al drenaje linfático primario, este se dirige a los ganglios retrofaríngeos, y a los ganglios de los niveles II y III. Suelen ser comunes las metástasis cervicales bilaterales debido a que la mayoría de los tumores faríngeos se diseminan más allá de la línea media. Los tumores de la pared faríngea se diagnostican cuando están en un estadio avanzado, por lo general son asintomáticos en estadios tempranos. En estado avanzado los signos y síntomas que se presentan cursan con dolor, hemorragia, disfagia, pérdida de peso y masa en el cuello. (Licitra, Berner, Grandi, 2002)⁵⁹

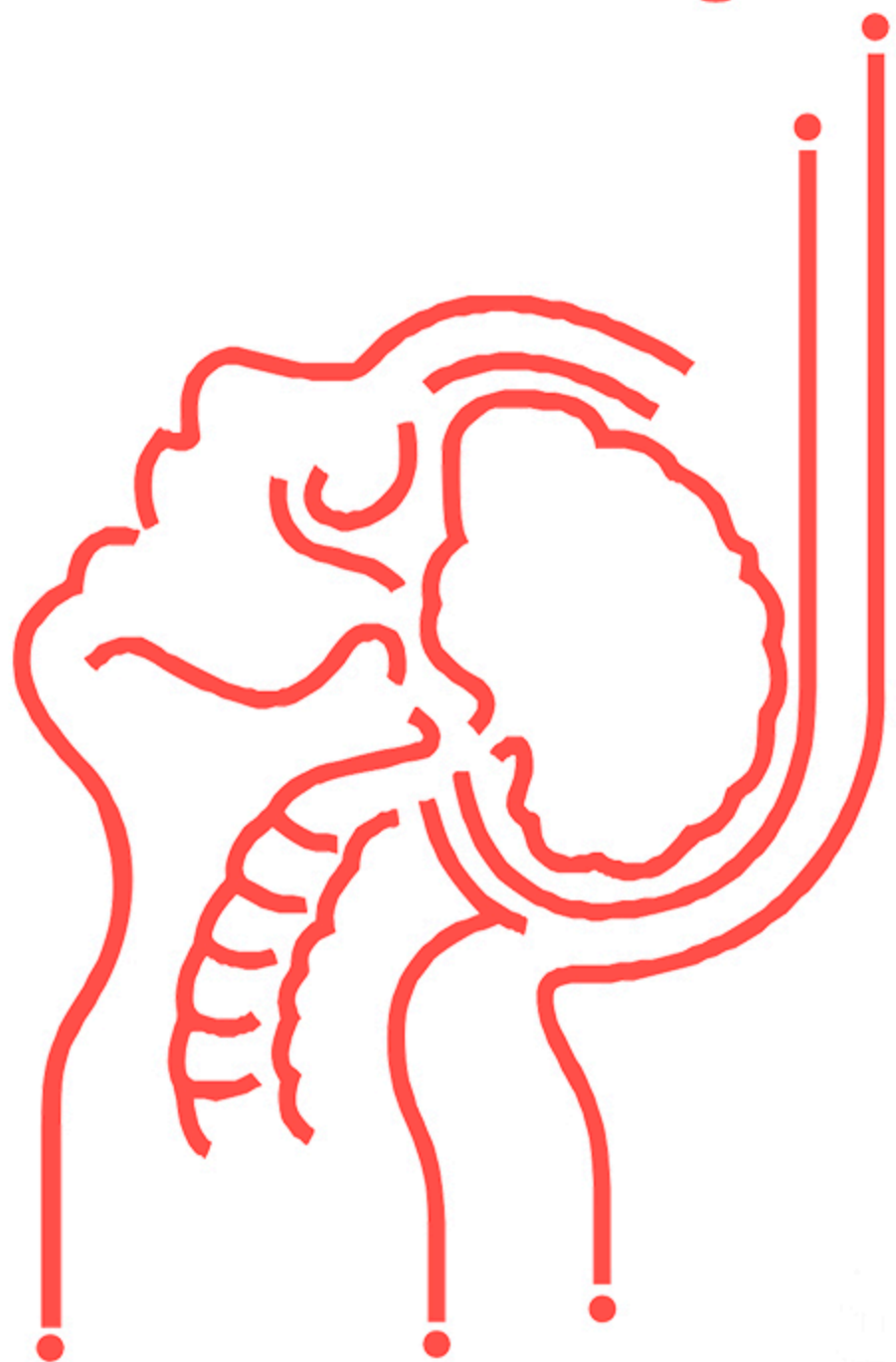
El cáncer de la cavidad oral y el orofaríngeo comparten algunos factores de riesgo a pesar de ser enfermedades distintas, los consumidores de tabaco ya sea en cualquiera de sus presentaciones disponibles, y los consumidores de excesiva cantidad de alcohol tienen un riesgo muy elevado de padecer estos dos tipos de cánceres, dicho riesgo es particularmente alto si consumen tanto tabaco o alcohol. (Huber, Tantiwongkosi, 2014)⁶⁰ Por causa de este riesgo, se debe vigilar de por vida a estos pacientes debido a que tanto el consumo de alcohol como el tabaquismo después del tratamiento, se relacionan con la posible presentación de segundos tumores primarios en el tracto aerodigestivo. Por lo que es importante la interrupción de estos hábitos, por lo que generalmente los pacientes necesitan orientación para poder hacerlo.

⁵⁸ Se realizaron estudios de asociaciones causales del virus del papiloma humano con los cánceres de cabeza y cuello

⁵⁹ Evaluación de las distintas áreas que afecta el cáncer orofaríngeo con respecto a los niveles ganglionares

⁶⁰ Se estudio la predisposición a padecer cáncer de cavidad oral u orofaríngeo ante el consumo excesivo de alcohol y tabaco

Diseño Metodológico



A través de la presente investigación se pretende indagar a los Licenciados en Nutrición sobre sus conocimientos con respecto a pacientes con cáncer de cuello y cabeza en tratamiento con radioterapia, para evaluar el grado de aceptación de los distintos tipos de alimentación y la influencia en el estado nutricional de estos pacientes, por lo que es un estudio de tipo descriptivo y transversal. El universo-población se constituye por profesionales de Licenciatura en Nutrición, durante enero de 2018. Se seleccionan 10 profesionales en forma no probabilística por conveniencia.

Las variables a estudiar para la población sujeta a estudio se describen a continuación:

-Conocimiento sobre los distintos tipos de cánceres de cuello y cabeza y el efecto sobre el estado nutricional de estos pacientes.

Definición conceptual: Grado de información que tienen profesionales sobre los cánceres que abarcan la región de la cavidad oral, la lengua, las amígdalas, la garganta, nasofaringe, y las glándulas salivales,¹ entre otras y sus consecuencias en situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.²

Definición operacional: Grado de información que tienen Licenciados en Nutrición sobre los cánceres que abarcan la región de la cavidad oral, la lengua, las amígdalas, la garganta, nasofaringe, y las glándulas salivales, entre otras y sus consecuencias en situación en la que se encuentran los pacientes en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Opinión sobre el impacto psicológico del tratamiento del paciente con cáncer de cuello y cabeza y su influencia en el estado nutricional.

Definición conceptual: Apreciación que tienen los profesionales sobre el proceso de elaboración que despierta el tratamiento de la enfermedad oncológica en el paciente, sus vivencias son particulares y dependen del concepto de vida que tenga. Son características habituales en estos pacientes la ansiedad, la depresión y otras emociones negativas, que pueden afectar su calidad de vida y alimentación.

Definición operacional: Apreciación que tienen los Licenciados en Nutrición sobre el proceso de elaboración que despierta el tratamiento del cáncer de cuello y cabeza en estos pacientes, que pueden afectar su calidad de vida y alimentación. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

¹Dependiendo del sitio y diseminación del cáncer, los tumores de cabeza y el cuello pueden causar deformaciones estructurales y el deterioro de funciones básicas como la deglución y la respiración. Los tratamientos para tratar el cáncer pueden provocar deformaciones, empeorando así la calidad de vida.

²http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=

-Opinión sobre la influencia positiva de las presentaciones de las comidas y su aceptación.

Definición conceptual: Apreciación de los profesionales sobre el nivel de mejora o rechazo que las personas manifiestan en la degustación de las preparaciones nutricionales.

Definición operacional: Apreciación de los Licenciados en Nutrición respecto al nivel de mejora o rechazo que manifiestan los pacientes con cáncer de cuello y cabeza durante la radioterapia, en relación a la incorporación de las diferentes preparaciones nutricionales para mejorar su estado nutricional, en cuanto a una alimentación vía oral. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Opinión sobre la importancia de propiciar un ambiente tranquilo y acompañado para el paciente en la aceptación del menú y sus motivos.

Definición conceptual: Apreciación de los profesionales sobre el grado de aprobación de las preparaciones nutricionales para los pacientes oncológicos y el entorno familiar que lo rodea al momento de realizar las mismas y sus causas.

Definición operacional: Apreciación de los Licenciados en Nutrición sobre el grado de aprobación de las preparaciones nutricionales de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza bajo radioterapia, y el entorno familiar que lo rodea al momento de realizar las mismas, y sus causas. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Opinión sobre informar al paciente, previamente al tratamiento, los efectos adversos que puedan aparecer y pautas de planes de alimentación adecuados, así como también tener en cuenta sus gustos y hábitos alimentarios.

Definición conceptual: Apreciación sobre la comunicación a los pacientes de un conjunto de variedades terapéuticas posibles que son factibles de ser aplicadas en la población con diagnóstico de neoplasias con fines curativos o paliativos de la enfermedad primaria de origen y sus efectos o enfermedades secundarias derivadas, como la presencia de síntomas con impacto nutricional.

Definición operacional: Apreciación sobre la comunicación a los pacientes con cáncer de cuello y cabeza bajo radioterapia, de un conjunto de variedades terapéuticas posibles que son factibles de ser aplicadas en la población con este diagnóstico, con fines curativos o paliativos de la enfermedad primaria de origen y sus efectos o enfermedades secundarias derivadas, como la presencia de síntomas con impacto nutricional. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Opinión sobre adecuación de la alimentación para paliar los síntomas gastrointestinales causados por el tratamiento de la enfermedad.

Definición conceptual: Apreciación que tienen los profesionales en cuanto a la adaptación de las preparaciones nutricionales referente al estado del paciente, para mejorar efectos secundarios al tratamiento, como la presencia de diarrea, disfagia, constipación, vómitos, náuseas, anorexia, sequedad, esofagitis, alteraciones del sabor/olor de los alimentos.

Definición operacional: Apreciación que tienen los Licenciados en Nutrición en cuanto a la adaptación de las preparaciones nutricionales de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza, para mejorar efectos secundarios al tratamiento, como la presencia de diarrea, disfagia, constipación, vómitos, náuseas, anorexia, sequedad, esofagitis, alteraciones del sabor/olor de los alimentos. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Estado en el que se debe considerar a un paciente como candidato a soporte nutricional y sus motivos.

Definición conceptual: Situación en la que se encuentra un paciente que hace necesario que sea postulante a suplir la carencia nutricional y sus causas³

Definición operacional: Situación en la que se encuentra un paciente con cáncer de de cuello y cabeza que hace necesario que sea postulante a suplir la carencia nutricional y sus causas. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Opinión sobre llevar a cabo un plan hipercalórico en estos pacientes sin la ayuda de suplementos

Definición conceptual: Apreciación sobre la planificación de alimentación elevada en calorías para aumentar el requerimiento nutricional de los pacientes oncológicos, suplir sus carencias y evitar descenso de peso y desnutrición, mediante aumento de la densidad calórica de los alimentos, con el agregado de crema, manteca, aceite, entre otros. Los suplementos dietarios son productos especialmente formulados y destinados a suplementar la incorporación de nutrientes en los individuos que presentan necesidades nutricionales no satisfechas, contienen proteínas, lípidos, aminoácidos, hidratos de carbono, vitaminas, minerales, fibra y hierbas. Se deben consumir cuando el estado fisiológico requiera un aporte extra de algún nutriente.

Definición operacional: Apreciación sobre la planificación de alimentación elevada en calorías para aumentar el requerimiento nutricional de los pacientes con neoplasias de

³Incapacidad por parte de un individuo de satisfacer sus necesidades energéticas y nutritivas, por medio del uso de la vía oral exclusiva, requiriendo algún tipo de soporte nutricional para suplir dicha carencia. Debe indicarse el soporte cuando existe riesgo de malnutrición por defecto en pacientes en donde no resulte conveniente, suficiente o posible el uso de la vía oral y se requiera el uso de suplementos por vía oral, en primera instancia, o bien se necesite indicar alimentación enteral y/o parenteral, total o parcial.

cuello y cabeza bajo radioterapia, suplir sus carencias y evitar descenso de peso y desnutrición, mediante aumento de la densidad calórica de los alimentos, con el agregado de crema, manteca, aceite, entre otros. Y la importancia de la ayuda de los suplementos dietarios. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Opinión sobre la incorporación de distintos tipos de alimentación en estos pacientes, ya sea enteral o parenteral, de acuerdo a las dificultades para alimentarse que puedan presentar.

Definición conceptual: Apreciación de los profesionales en cuanto a la incapacidad por parte de un individuo de satisfacer sus necesidades energéticas y nutritivas, por medio del uso de la vía oral exclusiva, requiriendo algún tipo de soporte nutricional para suplir dicha carencia. Debe indicarse el soporte cuando existe riesgo de malnutrición por defecto en pacientes en donde no resulte conveniente, suficiente o posible el uso de la vía oral y se requiera el uso de suplementos por vía oral, en primera instancia, o bien se necesite indicar alimentación enteral y/o parenteral, total o parcial.⁴

Definición operacional: Apreciación de los Licenciados en Nutrición en cuanto a la incapacidad por parte de las personas con diagnóstico de lesiones en la región de cabeza y cuello bajo tratamiento radioterápico, de satisfacer sus necesidades energéticas y nutritivas, por medio del uso de la vía oral exclusiva, requiriendo algún tipo de soporte nutricional para suplir dicha carencia. Pueden indicarse suplementos nutricionales orales, recomendaciones dietéticas que busquen incrementar la ingesta, nutrición enteral o nutrición parenteral. El dato se obtiene por entrevista a través de pregunta abierta.

-Motivo por el cual los pacientes ambulatorios deben contar con el asesoramiento nutricional

Definición conceptual: Causa por la cual los pacientes que no requieren estar hospitalizados deben recibir consejos relacionados con la nutrición.

Definición operacional: Causa por la cual los pacientes con cáncer de cuello o cabeza que no requieren estar hospitalizados deben recibir consejos relacionados con la nutrición. El dato se indaga por entrevista por pregunta abierta

⁴La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda. La nutrición parenteral aporta al paciente por vía intravenosa los nutrientes que necesita, puede ser parcial o total y central a través del suministro de nutrientes por una vena central de gran calibre, generalmente la vena cava superior; o periférica a través de una vena periférica de pequeño calibre.

Recolección de datos

El relevamiento y análisis de los datos a estudiar se realiza a través de entrevistas a profesionales en Licenciatura en Nutrición, sobre la percepción que estos tienen de la nutrición de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza durante la radioterapia, para conocer sobre su estado nutricional y la aceptación de los distintos tipos de alimentación durante dicha terapia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

.....de.....de 2018

La siguiente entrevista pertenece al trabajo de investigación correspondiente a la Tesis de la Licenciatura en Nutrición de la alumna Rivera Siris, Natalia Melisa con el nombre de "Percepción de los Licenciados en Nutrición sobre el estado nutricional y tipos de alimentación en pacientes con cáncer de cuello y cabeza" la cual servirá para evaluar el grado de aceptación de los distintos tipos de alimentación y el estado nutricional durante el tratamiento. Los resultados de esta encuesta serán utilizados de forma anónima y confidencial.

Conforme con la información brindada, la cual ha sido leída y comprendida adecuadamente, yo.....en mi carácter de encuestado/a habiendo sido informado de los objetivos y características del estudio, acepto participar en este estudio.

Agradezco desde ya su colaboración.

A continuación se presentan una serie de interrogantes en relación al estado nutricional en pacientes con cáncer de cuello / cabeza, el tipo de alimentación y el grado de aceptabilidad de la misma en aquellos pacientes con radioterapia, conteste:

1¿Conoce los distintos tipos de canceres de cabeza y cuello? Si conoce ¿Cómo cree que afectaría el estado nutricional de estos pacientes?

SI

NO

2¿Cual es su opinión sobre que el impacto psicológico del tratamiento del paciente con cáncer de cuello y cabeza y si esto influye en su estado nutricional?

3¿Que piensa sobre si la presentación de las comidas tiene influencia positiva en la aceptación de las mismas en los pacientes?

4¿Considera que propiciar un ambiente tranquilo, pero que permita al paciente estar acompañado, es importante en la aceptación del menú? Por qué?

5¿Considera viable, previamente a comenzar el tratamiento, informar al paciente y pautar en conjunto un plan de alimentación adecuado, tanto a los efectos adversos que puedan aparecer durante el mismo como a sus gustos y hábitos alimentarios? Por qué?

6¿Que opina sobre adecuar la alimentación para paliar los síntomas gastrointestinales causados por el tratamiento de esta enfermedad?

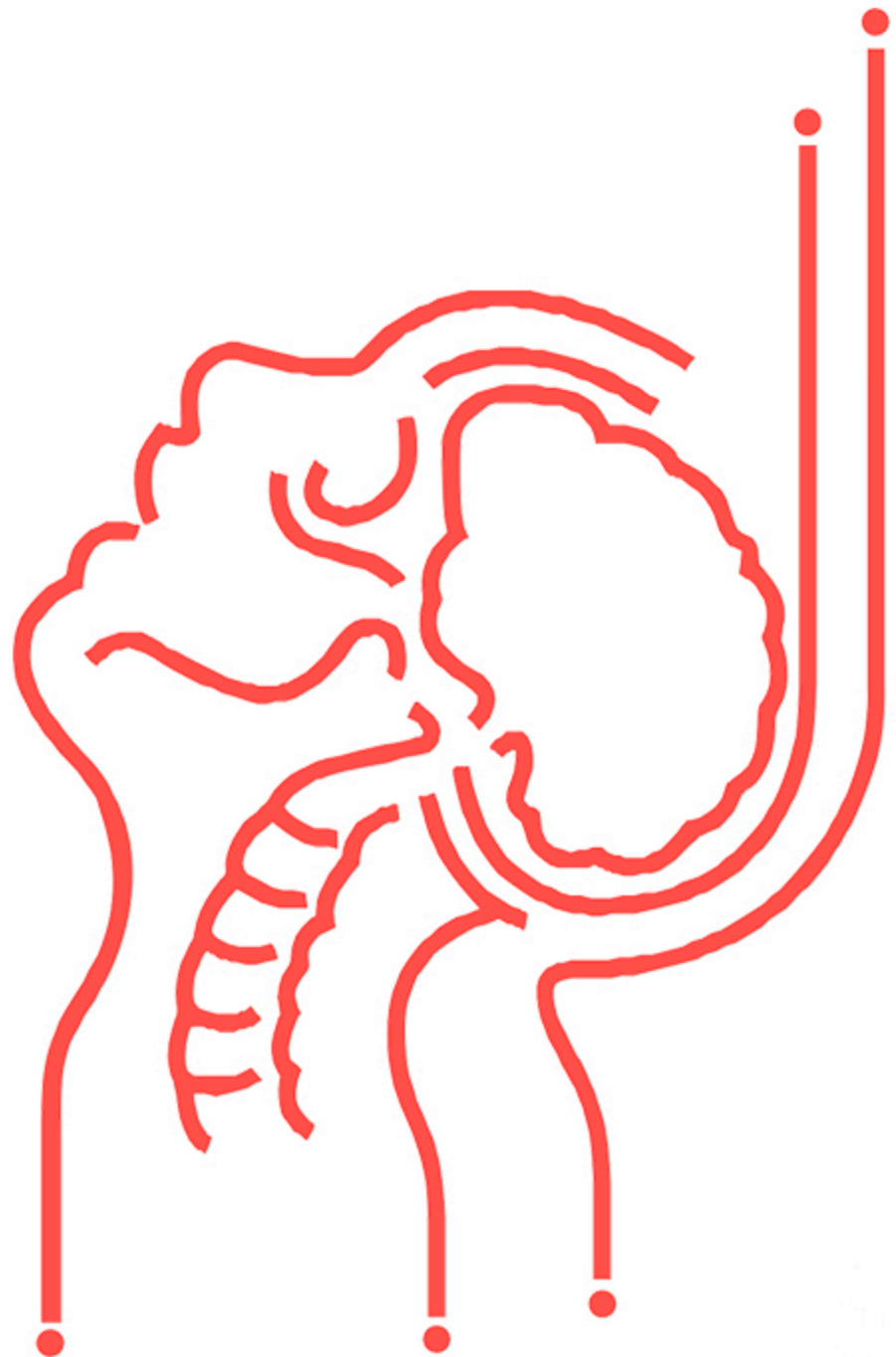
7¿En qué momento o situación le parece que hay que considerar a un paciente como candidato a soporte nutricional? Por qué?

8¿Como considera que se puede llevar a cabo un plan hipercalórico para estos pacientes sin la ayuda de suplementos?

9En cuanto a las dificultades para alimentarse que presentan estos pacientes, ¿Qué opina sobre la necesidad de evaluar la incorporación de distintos tipos de alimentación, ya sea enteral o parenteral?

10¿Le parece necesario que el paciente ambulatorio cuente con asesoramiento nutricional? Por qué?

Análisis de Datos



1- Conocimiento sobre tipo de cánceres de cabeza y cuello

E1 Si	E6 Si
E2 Si	E7 Si
E3 Si	E8 Si
E4 Si	E9 Si
E5 Si	E10 No

De los 10 entrevistados se observa que nueve de ellos indican que poseen conocimiento sobre este tipo de cánceres. Uno de ellos señala que considera que tiene pocos conocimientos y uno directamente señala que no posee.

Creencia sobre cómo afectaría el estado nutricional

E1: No contesta
 E2: Afectaría el estado nutricional por factores emotivos y de incertidumbre
 E3: Afecta mucho y produce desnutrición
 E4: Afecta el estado nutricional ya que estos pacientes con cáncer presentan anorexia, problemas deglutorios y gastrointestinales. Poseen también distorsión en el sentido del gusto provocado por la quimio y la radioterapia y problemas dentales y secreción salival alterada.
 E5: Afectan el estado nutricional desde el impacto emocional propio de la enfermedad y principalmente desde las dificultades en la deglución, cambios en el gusto, disminución del apetito.
 E6: Casi siempre impactan mal, deteriorando el estado nutricional del paciente, ya que en la mayoría de los casos afectan la deglución u ocasionan pérdida de apetito.
 E7: La desnutrición es el 80 % de estos pacientes
 E8: Son pacientes que requieren de un cuidado nutricional ya que su situación neoplásica lleva a la malnutrición en un porcentaje elevado y por consiguiente no sólo se presenta riesgo de la situación actual sino en la recuperación, presentación de recidiva en otros casos o reservas.
 E9: En estos pacientes como su cuerpo no puede absorber adecuadamente los nutrientes se produce una desnutrición, y en estados más avanzados Caquexia.
 E:10 No contesta

Nube n° 1: Creencia sobre cómo afectaría el estado nutricional



Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que seis de ellos indican que afectaría el estado nutricional por la desnutrición que produce esta enfermedad, tanto al inicio como durante el tratamiento; dos de ellos destacan los factores emotivos que también afectan el estado nutricional, mientras que dos de ellos no contestan. Muchos factores influyen en el estado nutricional por los problemas deglutorios que se presentan, así también como los problemas gastrointestinales y anorexia, por lo que se puede decir que tiene mucha influencia el impacto emocional propio de la enfermedad.

2- Opinión sobre el impacto psicológico del tratamiento del paciente con cáncer de cuello y cabeza y su influencia en el estado nutricional

E1 Tiene un impacto negativo en el paciente lo que afecta en todos los aspectos, incluyendo el nutricional
 E2 Afecta como desgano para comer sin interés y produce caquexia.
 E3 Es muy importante porque influye sobre todo en el estado nutricional
 E4 El paciente con cáncer sufre un deterioro en la calidad de vida, por lo tanto, el tratamiento de la enfermedad debe tener un abordaje social y emocional que tenga en cuenta posibles necesidades que surjan a consecuencia del diagnóstico y los tratamientos, esto influye en su estado nutricional y por ello es importante atender en cada caso situaciones individuales para poder subsanarlo de la mejor manera posible.
 E5 El hecho de que los pacientes tengan que ser sometidos a algún tipo de tratamiento genera un impacto psicológico negativo y una sensación de angustia, especialmente si el paciente conoce de antemano cuales son los efectos secundarios del mismo (caída de pelo, cambios en el aspecto de la piel, etc.). Esto influye negativamente en el estado nutricional ya que favorece la anorexia, el desgano al momento de preparar los alimentos y por lo tanto dificulta la recuperación.
 E6 Depende de la personalidad del paciente y el sostén con el que cuente. A veces influye y en otros casos no
 E7 Afecta su estado nutricional el hecho de no poder alimentarse por vía natural
 E8 En cualquier tratamiento nos encontramos con distintas disciplinas que desde su campo de conocimiento aporta para llevar a cabo el tratamiento elegido por los profesionales y aceptado por el paciente y su familia. La estabilidad psicológica es un pilar para el éxito del tratamiento. Una mente fuerte hace frente a la situación con resiliencia, fortaleza y es más permeable al consejo profesional.
 E9 Los pacientes con cáncer de cuello y cabeza pueden tener angustia, depresión, falta de aceptación de su enfermedad, y esto lleva a una falta de apetito (anorexia), de interés por obtener hábitos de alimentación sana y una buena nutrición para tener una mejor calidad de vida, aliviar síntomas del cáncer y su tratamiento.
 E10 El impacto psicológico depende de cada individuo, del grado de avance de la enfermedad, del soporte familiar que lo contenga, entre otros. Sí creo que influirá en la reducción de la ingesta y por consiguiente en el deterioro de su estado nutricional.

Nube n° 2: Opinión sobre el impacto psicológico del tratamiento del paciente con cáncer de cuello y cabeza y su influencia en el estado nutricional



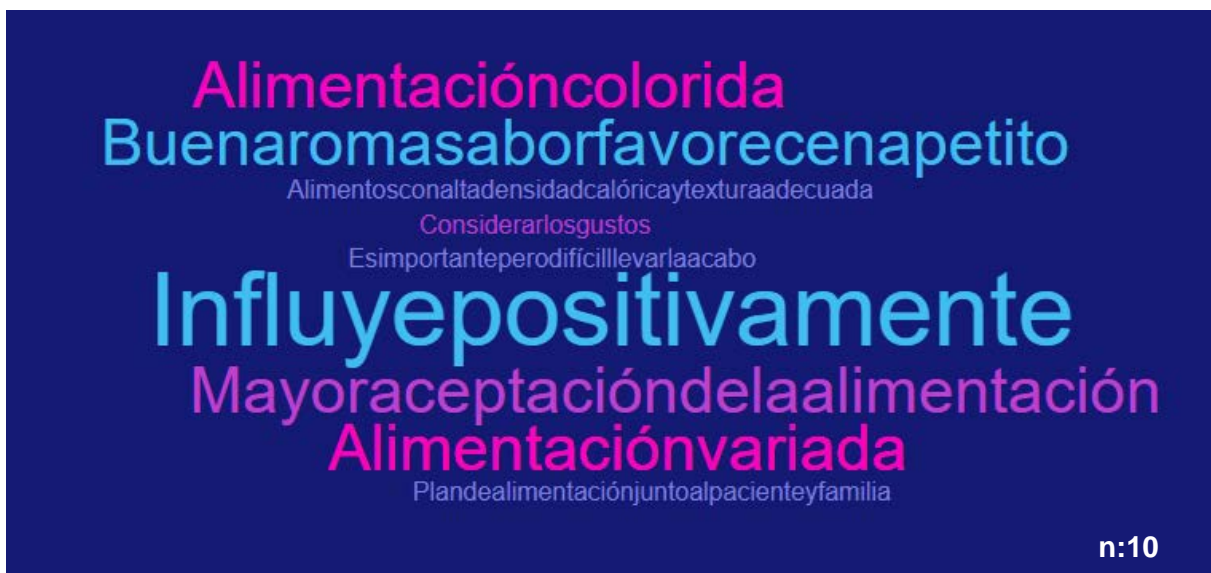
Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que tres de ellos destacan que el impacto psicológico del tratamiento es negativo sobre el estado nutricional. Tres de ellos sostienen que el impacto psicológico depende de la personalidad del paciente y del entorno familiar, en tanto otros tres de ellos sostienen que el impacto psicológico influye en el estado nutricional ya sea por angustia, depresión o falta de apetito. El paciente sufre un deterioro en la calidad de vida, por lo tanto el tratamiento debe tener un abordaje social y emocional que tenga en cuenta las necesidades que puedan surgir, por la influencia nutricional, por lo que es importante atender situaciones individuales. Muchos de estos pacientes suelen no aceptar la enfermedad. Solo uno de ellos refiere que la estabilidad psicológica es un pilar para el éxito del tratamiento.

3- Opinión sobre la influencia positiva en la presentación de las comidas y su aceptación

E1 Una buena presentación en las comidas influye positivamente
 E2 La presentación influye en forma positiva sobre todo si se le considera sus gustos
 E3 La presentación tiene influencia positiva en los pacientes para que puedan aumentar el deseo de alimentarse.
 E4 La presentación de la comida tiene importancia ya que se deben tener en cuenta las características fisicoquímicas. Se debe realizar un plan de alimentación junto con el paciente y su entorno familiar. El objetivo es proveer alimentos de alta densidad calórica, con una textura adecuada a la tolerancia del paciente, y tener en cuenta el color, sabor y aroma de los alimentos que estimulan el apetito.
 E5 Una buena presentación y con un buen aroma influye positivamente en la aceptación de las comidas ya que favorece el apetito y mejora el ánimo al momento de comer.
 E6 Sin dudas que una mejor presentación ejerce influencia positiva.
 E7 Por supuesto que la presentación es importante, pero difícil llevarla a cabo
 E8 El primer contacto de cualquier persona con la comida es a través de los sentidos, la visión es uno de ellos acompañada de los aromas y luego sabores y textura. Más en estos pacientes que debemos invitarlos a comer porque de por sí son pacientes que pueden llegar a cursar con caquexia, situaciones de fatiga, incomodidades anatómicas como llagas, entre otras.
 E9 Una buena presentación de las comidas, que sea variada, colorida ayuda a estimular el apetito del paciente.
 E10 Creo que un plato agradable, bien presentado con una armónica combinación de colores ayuda a que sea mejor aceptado por el consumidor

Nube n° 3: Opinión sobre la influencia positiva en la presentación de las comidas y su aceptación



Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que nueve de ellos coinciden en la influencia positiva que tiene la presentación de las comidas en la aceptación de las mismas ya que ayuda a la estimulación del apetito del paciente. Mientras que uno de ellos, si bien destaca que es importante la presentación, considera que es difícil llevarla a cabo. Una buena presentación de los alimentos, en cuanto a su sabor, aroma y color, es aceptado de mejor manera y estimulan el apetito del paciente, siempre se debe tener en cuenta la tolerancia de los pacientes y los posibles efectos secundarios que estén atravesando producto del tratamiento de esta enfermedad.

4 – Opinión sobre la importancia de aceptación del menú en un ambiente tranquilo y acompañado

- E1 El ambiente tranquilo es fundamental, al igual que estar acompañado, ya que comer solo deprime al paciente.
- E2 El paciente se muestra negativo a todo pero se queja por la presentación monótona de los menús cuando uno le habla y lo acompañan siente un poco de interés. Es muy importante la presentación de los menús y no los preparados líquidos o blandos en forma insulsa o predigeridos. Aceptan mousse o más moldeados y decorados.
- E3 Sirve para la motivación del paciente a estar mejor, tanto anímicamente como también para alimentarse correctamente.
- E4 Es muy importante que el paciente tenga un ambiente propicio para la alimentación y estar acompañado durante todo el tratamiento por familiares, se debe proveer educación alimentaria individual y grupal. Es de vital importancia la aceptación del menú, se debe tener en cuenta el color, sabor, y aroma de los alimentos que estimulen el deseo de comer para evitar la desnutrición denominada caquexia del paciente, y promover la alimentación oral en todos los casos que sea posible.
- E5 Permite que el paciente se distraiga, mejore su ánimo y apetito. Además puede asistir al paciente en el momento de comer en el caso en que este lo requiera.
- E6 Esta bueno que pueda hacerlo en un ambiente cómodo, tranquilo y acompañado.
- E7 Sirve para incorporar mejor la alimentación.
- E8 Depende del paciente. Es real que el acompañamiento de la familia es importante. Tener a alguien al lado para ayuda. Las comidas siempre fueron un evento para ser compartido y de encuentro. Pero en fin depende de la situación particular del paciente.
- E9 Propiciar un ambiente tranquilo, acompañado, es importante en la aceptación del menú porque va a comer relajado y digerir mejor la comida.
- E10 Los ambientes hostiles no colaboran con la ingesta.

Nube n° 4: Opinión sobre la importancia de aceptación del menú en un ambiente tranquilo y acompañado



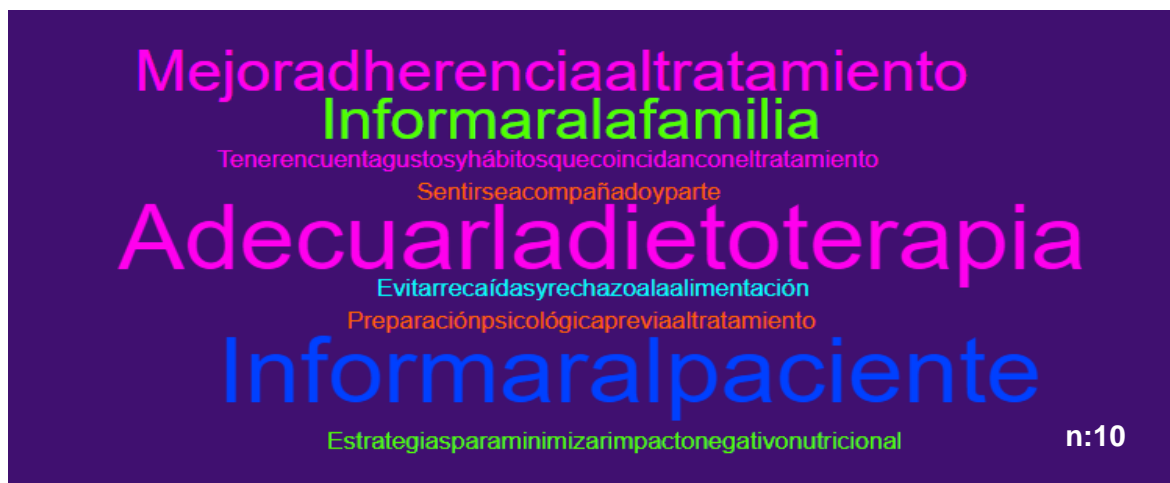
Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que ocho de ellos coinciden en la importancia de propiciar un ambiente tranquilo y acompañado para la aceptación del menú y así incorporar mejor la alimentación. Uno de ellos destaca que depende del paciente y su situación particular, si bien coincide en que es importante el acompañamiento familiar. Uno de ellos asegura que los ambientes hostiles no colaboran con la ingesta. Las comidas son eventos para ser compartidos y de encuentro, por lo que resulta importante que estos pacientes tengan compañía a la hora de alimentarse, siempre que se respete la decisión del paciente si así fuere, para lograr mayor estimulación del apetito y del ánimo y estar asistido en caso de precisar ayuda.

5- Consideración sobre informar al paciente previamente al tratamiento los efectos adversos que pueden aparecer durante el mismo, y pautar en conjunto un plan de alimentación adecuado

- E1 Es importante informar al paciente para que adhiera al tratamiento
- E2 Es muy importante hablar con él y la familia. Aparece una aprehensión a ciertos alimentos y se debe hablar para evitar dárselos.
- E3 Es importante por todas las dificultades que puedan llegar a tener (vómitos, intolerancia sequedad bucal) por los distintos tratamientos y para que no haya tanto rechazo a la alimentación.
- E4 Considero que es necesario para que el paciente este preparado psicológicamente para enfrentar los efectos del tratamiento y poder contar con las herramientas necesarias para poder llevar de la mejor manera posible su tratamiento y evitar recaídas en el mismo.
- E5 Esto serviría para informar al paciente, en caso de que no lo sepa, cómo el tratamiento puede influir en su alimentación, haciendo que esté más preparado para afrontarlo; a su vez también le permitirá conocer que existen estrategias para sobre llevarlos y prevenir o minimizar el impacto negativo en su estado nutricional.
- E6 Es importante que el paciente este informado y además que se sienta acompañado y parte.
- E7 Es importante para adecuar la dietoterapia
- E8 Una acción es informar al paciente, otra, muy distinta, es que se pauten en conjunto el accionar. Sí hay que tener en la medida de lo posible presente los gustos y hábitos siempre que coincidan con el tratamiento. Al paciente o su familia siempre se le explica aunque sea mínimamente los pasos a seguir para que comprenda su situación y colabore.
- E9 Considero que se le debe informar adecuadamente el plan alimentario a seguir sin que tenga impacto psicológico negativo, para que se pueda detectar tempranamente síntomas de la enfermedad como mala absorción y pérdida de peso.
- E10 Se pueden dar recomendaciones generales que luego se irán adaptando a los efectos que pudieran aparecer

Nube n° 5: Consideración sobre informar al paciente previamente al tratamiento los efectos adversos que pueden aparecer durante el mismo, y pautar en conjunto un plan de alimentación adecuado



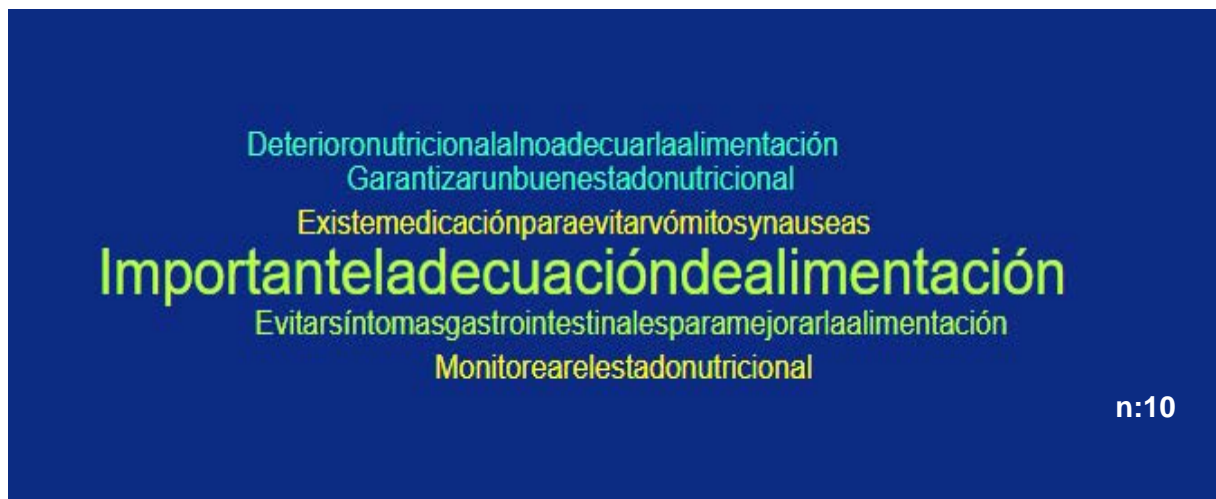
Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que ocho de ellos consideran viable, previamente al tratamiento informar al paciente y pautar un plan de alimentación adecuado, ya sea por los efectos adversos que puedan aparecer y también adecuarlos a sus gustos y hábitos, para que no tenga tanta influencia negativa en el estado nutricional. Uno de ellos destaca que hay que informar al paciente pero no pautar en conjunto el accionar, aunque si se debe tener en cuenta los gustos y hábitos siempre que coincidan con el tratamiento; y uno de ellos sostiene que se pueden dar recomendaciones generales y luego ir adaptándolas de acuerdo a los efectos que pudiera aparecer. Es de suma importancia la información para la adherencia del paciente al tratamiento, y también mantener al grupo familiar informado, para lograr mejores resultados, minimizar el impacto negativo nutricional y obtener una mejor calidad de vida.

6- Opinión sobre adecuar la alimentación para paliar los síntomas gastrointestinales causados por el tratamiento

- E1 Es necesario
- E2 Hoy existen medicamentos que ayudan a evitar los vómitos habría que estar atentos para evitar diarreas.
- E3 Es muy importante para garantizar el buen estado nutricional
- E4 Es indispensable adecuar la alimentación porque en caso contrario el paciente sufrirá de desnutrición. Debe realizarse un monitoreo periódico del estado nutricional y re-evaluar la dietoterapia de acuerdo a la evolución de la enfermedad y a la respuesta a la terapia.
- E5 Creo que es de suma importancia ya que de no hacerlo la alimentación puede empeorar los síntomas y favorecer el deterioro en el estado nutricional.
- E6 Siempre es importante adecuar la alimentación para que el paciente tolere mejor y evitar más malestares.
- E7 Fundamental
- E8 Es necesario. Es uno de los objetivos terapéuticos.
- E9 Es fundamental realizar una alimentación adecuada gastrointestinal para evitar por ej: diarreas, náuseas, vómitos, estreñimiento.
- E10 Estoy de acuerdo

Nube n° 6: Opinión sobre adecuar la alimentación para paliar los síntomas gastrointestinales causados por el tratamiento



Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados, los diez opinan que es muy importante y necesario adecuar la alimentación para paliar los síntomas gastrointestinales causados por el tratamiento de esta enfermedad. Evitar vómitos, náuseas, estreñimiento, ayuda al paciente a tener mejor calidad de vida y una tolerancia mayor a la alimentación y de esta manera lograr un buen estado nutricional sin riesgo de desnutrición.

7- Situación y motivos por el cual considerar a un paciente candidato a soporte nutricional

- E1 Cuando se encuentra en riesgo de desnutrición o desnutrido
 E2 Desde el informe del diagnóstico para evitar el desmejoramiento rápido.
 E3 En el momento que no lleguen a cubrir sus necesidades nutricionales (requerimientos) o tengan dificultades para alimentarse vía oral. Porque pueden desnutrirse severamente.
 E4 Se debe considerar el soporte de alimentación nutricional cuando la alimentación por vía oral no es suficiente o la misma no puede ser posible.
 E5 En el momento en que se encuentra en RIESGO de bajo peso o desnutrición, ya que esto facilitaría la recuperación y sería preventivo de un mayor deterioro en el estado nutricional.
 E6 Desde el momento cero del diagnóstico, ya que en la mayoría de los casos van a ser posibles candidatos
 E7 Al momento de su diagnóstico, realizar evaluación y comenzar con soporte si fuera necesario, control y reevaluación.
 E8 Las consideraciones son cuando el paciente necesita más aporte de nutrientes y kcal de los que puede consumir como alimento para cubrir con sus necesidades en la situación neoplásica (razones fisiopatológicas), cuando el profesional decida implementarla por razones de impedimentos de afectación de la enfermedad físicos (anatómicos), cuando el paciente se rehúsa a ingerir alimentos. Depende del momento del tratamiento, los tiempos de duración, si presenta anorexia o caquexia. Esto hablando de enteral. Todo depende del costo-beneficio que se evalúa al tener presente esta alternativa.
 E9 Depende en el estado que se comience a tratar al paciente. Cuando se lo recibe con un estado avanzado de su enfermedad, con un deterioro clínico y nutricional, con descenso de peso se indica desde el comienzo. Si se recibe al paciente con un buen estado nutricional, se refuerza solamente con un plan alimentario hipercalórico e hiperproteico, adecuado intestinal. Y ante el primer síntoma de descenso de peso o de falta de apetito, se indica Soporte Nutricional.
 E10 Cuando un paciente no cubre lo que se recomienda con la ingesta habitual se debe pensar en una ayuda por boca o por sonda

Nube n° 7: Situación y motivos por el cual considerar a un paciente candidato a soporte nutricional



Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que cuatro de ellos consideran a un paciente como candidato a soporte nutricional cuando sufre desnutrición o no cubre las recomendaciones; tres de ellos consideran que se debe realizar el soporte nutricional desde el momento del diagnóstico; dos de ellos consideran que depende del estado en que se comienza a tratar el paciente y solo uno de ellos destaca que el momento es cuando la alimentación por vía oral no es suficiente o se encuentra comprometida. Se debe evaluar el estado nutricional del paciente al momento de decidir el soporte nutricional, así como también las dificultades en la deglución que pueda estar cursando, u otros síntomas gastrointestinales.

8- Consideración sobre llevar a cabo un plan hipercalórico sin ayuda de suplementos

E1 Es muy difícil llevar un plan hipercalórico sin la ayuda de suplementos ya que por lo general el apetito del paciente se encuentra disminuido.

E2 Se deben considerar cuerpos grasos como aceite y crema para las preparaciones, el queso crema es bien tolerado como para hacer postres y soufflés. Todos los vegetales que toleren se deben enriquecer con aceites o cremas para aumentar calorías al igual las pastas rellenas y el arroz. El aceite de girasol es adecuado porque no da tanto sabor a salados o dulces.

E3 Lo considero complicado, pero se podría utilizar los alimentos aumentando la densidad calórica.

E4 Agregando al plan alimentario alimentos de alta densidad calórica con una textura adecuada a la tolerancia del paciente.

E5 Depende del tipo de cáncer, de su estadio, del estado nutricional del paciente, y del tratamiento que requiera; considero que en algunos casos es imposible cubrir las recomendaciones de estos pacientes sin la ayuda de suplementos. De no contar con suplementos se puede llevar a cabo fraccionando la alimentación diaria en 6- 8 comidas de poco volumen y alta densidad calórica, de consistencia blanda o procesada para generar el mínimo gasto energético el momento de comer.

E6 Todo depende de los requerimientos del paciente, su estado nutricional y su apetito o voluntad para comer. Pero en la mayoría de los casos son necesarios los suplementos.

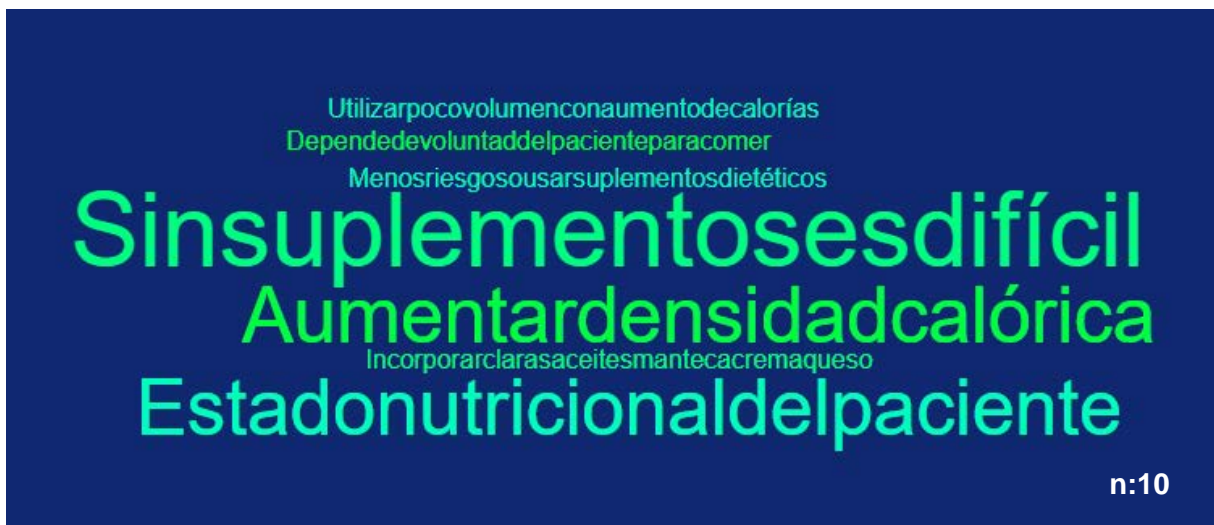
E7 Sin la ayuda de suplementos es difícil, porque la cantidad calórica es baja.

E8 Siempre que sea posible resulta menos riesgoso utilizar suplementos dietéticos por su manipulación, inocuidad, conocimiento exacto de la fórmula para enriquecer preparaciones y llegar al objetivo nutricional estimado.

E9 A estos pacientes se le puede indicar un plan alimentario hipercalórico enriqueciendo todas las preparaciones posibles con proteínas, grasas e hidratos de carbono. Ej: agregando leche en polvo en comidas, huevos batidos o picados, frutos secos picados, manteca, etc. Utilizar poco volumen con aumento de calorías, comiendo cada 3 horas.

E10 Agregando calorías a la dieta a partir de la incorporación de claras, aceite, manteca, crema, queso en distintas preparaciones

Nube n° 8: Consideración sobre llevar a cabo un plan hipercalórico sin ayuda de suplementos



Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que cuatro de ellos consideran que es muy difícil llevar a cabo un plan hipercalórico para estos pacientes sin la ayuda de suplementos; cuatro de ellos consideran que se pueden utilizar cuerpos grasos en la dieta para aumentar la densidad calórica, de acuerdo a la tolerancia del paciente. Uno de ellos sostiene que depende de los requerimientos del paciente, su estado nutricional y su apetito, pero son necesarios los suplementos; y uno de ellos considera es menos riesgoso utilizar suplementos dietéticos por su inocuidad y para llegar al objetivo nutricional estimado.

9- Opinión sobre la necesidad de incorporar alimentación enteral o parenteral, en cuanto a las dificultades para alimentarse de los pacientes

- E1 Es importante
- E2 Se podría evaluar en última instancia pero intentar primero alimentación por boca
- E3 Es muy importante para poder cubrir los requerimientos nutricionales cuando no se puede utilizar la vía oral, o en pacientes en etapa terminal.
- E4 Si la alimentación por vía oral no es necesaria es de vital importancia utilizar enteral o parenteral o ambas.
- E5 Es importante evaluarlo según la localización del cáncer, el estado nutricional del paciente, si presenta o no disfagia, su nivel de conciencia y si tiene apetito conservado o no.
- E6 Opino que depende de cada caso en particular, pero que es necesario tenerlas en cuenta y utilizarlas si la alimentación vía oral no es viable.
- E7 Primero la vía oral con suplementos, segundo la enteral y tercero y como último recurso la nutrición parenteral.
- E8 Idem pregunta 7
- E9 Cuando el cáncer esta avanzado y la alimentación oral no es suficiente se debe incorporar alimentación enteral o parenteral.
- E10 Creo que son necesarios cuando no se cubre la ingesta de macro y micro recomendada

Nube n° 9: Opinión sobre la necesidad de incorporar alimentación enteral o parenteral, en cuanto a las dificultades para alimentarse de los pacientes



Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que cinco de ellos opinan que es muy importante la necesidad de incorporar alimentación enteral o parenteral en cuanto a las dificultades para alimentarse que presentan estos pacientes, mientras que dos de ellos opinan que depende de cada caso en particular, pero sin embargo es necesario tenerlas en cuenta si la alimentación vía oral no es viable. Uno de ellos opina que lo usaría como último recurso; uno de ellos lo usaría cuando no cubre la ingesta recomendada y uno de ellos lo usaría dependiendo de la localización del cáncer, el estado nutricional, la presencia o no de disfagia y el nivel de conciencia.

10- Creencia sobre la necesidad del paciente ambulatorio en contar con asesoramiento nutricional

E1 Si	E6 Si
E2 Si	E7 Si
E3 Si	E8 Si
E4 Si	E9 Si
E5 Si	E10 Si

De los 10 entrevistados se observa que diez de ellos creen que es necesario que el paciente ambulatorio cuente con asesoramiento nutricional.

Motivo por el cual los pacientes ambulatorios deben contar con el asesoramiento nutricional

E1 El asesoramiento nutricional es importante siempre
 E2 Siempre se debe tratar de llegar a estos pacientes para evitar la malnutrición o que sigan dietas no adecuadas ya que son pacientes que hacen la búsqueda de lo mágico.
 E3 Es muy importante para que tenga un buen estado nutricional para afrontar los tratamientos.
 E4 El paciente ambulatorio requiere también los cuidados nutricionales necesarios para evitar desmejoras en el estado nutricional o desnutrición y para lograr la mejor calidad de vida posible durante el tratamiento.
 E5 Es de suma importancia ya que esto va a brindarle estrategias para tratar los diferentes efectos secundarios del tratamiento, así como las dificultades que puedan surgir del avance de la enfermedad. Esto podría generar una mejor adherencia al tratamiento y por lo tanto prevenir o minimizar el deterioro nutricional.
 E6 Siempre es importante el asesoramiento, seguimiento y acompañamiento, para ir adecuando la dieta según la tolerancia del paciente, gustos y hábitos. Por lo que es necesaria la consejería una vez indicada la dieta o el plan nutricional.
 E7 Para poder llevar adelante el plan nutricional adecuado a cada situación. Es difícil que se cumpla un plan nutricional si antes no hay una buena consejería nutricional. Hay evidencia que si existe el asesoramiento y la dietoterapia, se puede progresar en el plan nutricional.
 E8 En caso de pacientes ambulatorios, seguramente cuentan con suplementos o sino con una situación donde la ingesta de nutrientes y kcal a través de la alimentación debe acompañar su proceso. Por tanto es necesario como el acompañamiento de cualquier otro profesional médico, enfermera. En algunos casos se utilizan "modulos de nutrientes" para las preparaciones o tienen soporte domiciliario. Es necesario el acompañamiento
 E9 Es muy necesario que el paciente ambulatorio cuente con un asesoramiento nutricional porque va a poder realizar un adecuado plan alimentario con suficientes calorías y proteínas para nutrirse bien, combatir infecciones, tener suficiente energía, tener una mejor calidad de vida durante su tratamiento o curarse.
 E10 Para poder adaptar su alimentación y lograr su óptimo estado nutricional.

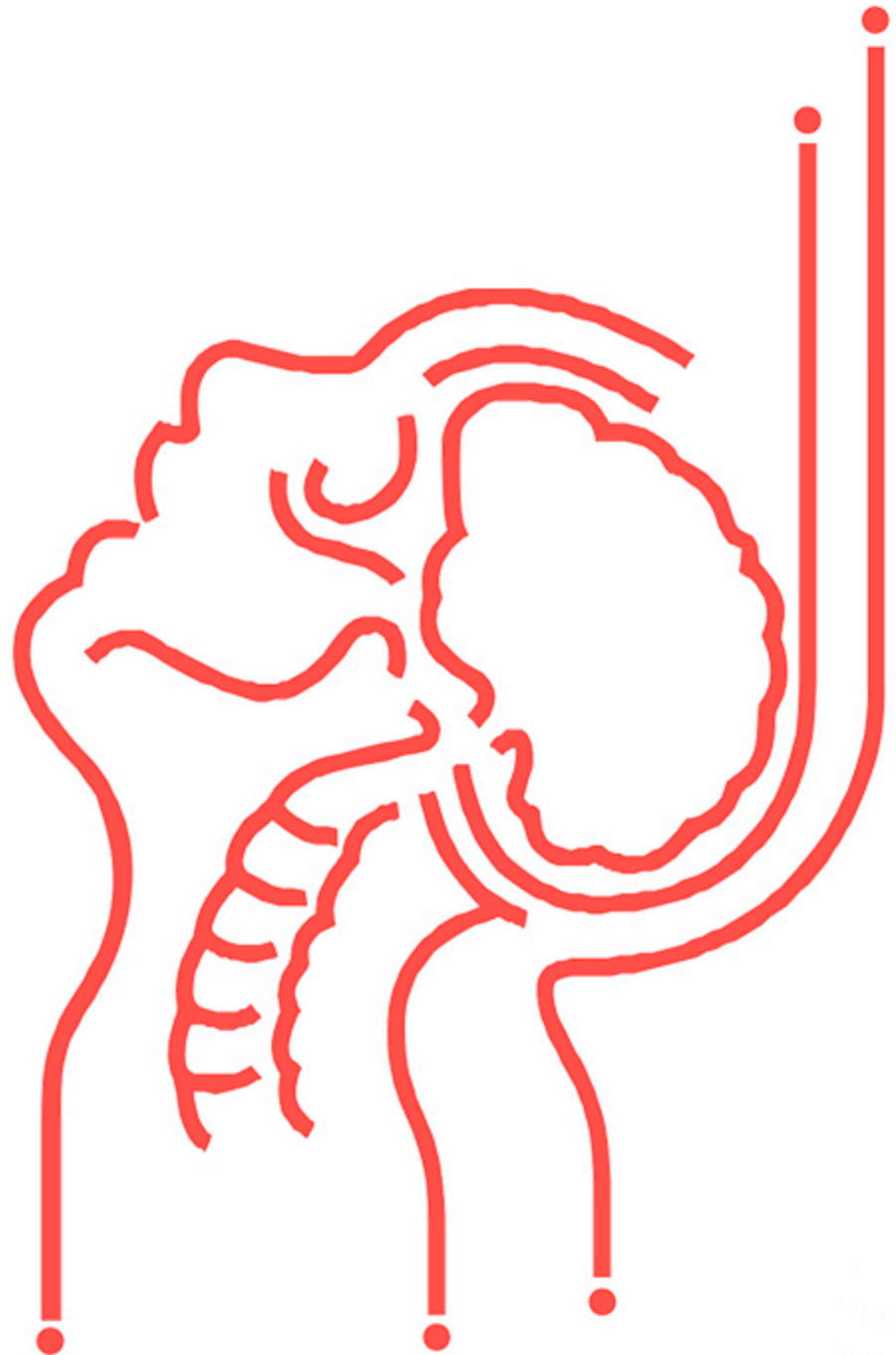
Nube n° 10: Motivo por el cual los pacientes ambulatorios deben contar con el asesoramiento nutricional



Fuente: Elaboración propia

De los 10 entrevistados se observa que cuatro de ellos sostienen que es muy importante que el paciente ambulatorio cuente con asesoramiento nutricional para mantener en equilibrio el estado nutricional y evitar desnutrición. En tanto, seis de ellos opinan que es necesario para evitar desnutrición y para adaptar su alimentación y lograr un óptimo estado nutricional y tener una mejora calidad de vida. Siempre es esencial la consejería nutricional, el asesoramiento, seguimiento y acompañamiento de estos pacientes, y que se adecue la alimentación de acuerdo a su tolerancia, gustos y hábitos.

Conclusiones



El presente trabajo final de tesis sobre la percepción de los Licenciados en Nutrición acerca de sus conocimientos en cáncer de cuello y cabeza bajo tratamiento radioterápico; un estudio de tipo descriptivo y transversal, busca indagar sobre el estado nutricional de estos pacientes y el grado de aceptación de la alimentación.

En cuanto a los tratamientos para esta enfermedad, la radioterapia es la vía principal de tratamiento seleccionada para afrontar las neoplasias de cuello y cabeza. Se basa en la aplicación de rayos de distinta intensidad que motiva la instauración de trastornos nutricionales, según la zona de irradiación, tales como anorexia, vómitos, esofagitis y sequedad, entre otros. La aparición de complicaciones y sintomatología asociadas al tratamiento van en aumento a medida que este va progresando. Estos pacientes poseen las necesidades metabólicas aumentadas por el estado catabólico, lo que genera una suba en los requerimientos individuales de energía y alimentos, de no lograr satisfacerlos con la alimentación se caerá en un déficit, en consecuencia, acaba afectando el peso corporal, según la intensidad y duración de la carencia.

Existen soportes nutricionales para lograr el objetivo nutricional en los pacientes que presentan dificultades en la ingestión de alimentos, así como también para cubrir sus requerimientos calóricos. En el último tiempo, el avance de dichos soportes ha convertido la administración de la nutrición artificial en una técnica sencilla, inocua, útil y muy efectiva.

Es relevante el rol del Licenciado en Nutrición, sobre concientizar a los pacientes y familiares en evitar la aparición de síntomas y promover la ingesta de nutrientes y evitar, además, complicaciones en el pronóstico y la evolución, debido a que estos pacientes sufren un marcado descenso de peso que puede ocasionar desnutrición y/o caquexia. El asesoramiento, acompañamiento y seguimiento de los pacientes oncológicos, durante la internación o tratamiento ambulatorio, es esencial.

Cabe destacar también, el impacto a nivel emocional o psicológico producidos por estas neoplasias, por lo que el enfermo oncológico tiende a deprimirse, angustiarse, no aceptar la enfermedad y en consecuencia rechazar el tratamiento, con disminución del apetito y del interés por la alimentación, lo que provoca un impacto negativo en el estado nutricional, por lo que es necesario e importante considerar los gustos y hábitos del paciente, de acuerdo a su tolerancia y estado de enfermedad, y promover la estimulación de la alimentación a través de preparaciones con mayor sabor, aroma, color y textura.

La investigación en nutrición para la población con cáncer se debe centrar en evitar la aparición de complicaciones para indicar soporte nutricional temprano y funcional, en lugar de hacerlo cuando el trastorno ya está presente.

En este estudio, los entrevistados, en su mayoría, consideran al estado nutricional del paciente relevante a la hora de afrontar los tratamientos, la malnutrición es de mal pronóstico en estos pacientes con cáncer de cuello y cabeza. En otros estudios se ha

comprobado que la desnutrición es frecuente y hasta un tercio de los pacientes tienen malnutrición severa, presentando algún grado de malnutrición hasta el 50% de estos enfermos. (Hammerlid E, Silander E, Hornestam L y Sullivan M, 2001)⁶⁵ La malnutrición no es debida únicamente a su proceso tumoral, sino que existen además otros factores asociados en estos enfermos, como la localización del tumor en la vía digestiva, las secuelas del tratamiento quirúrgico que ocasionan problemas para la masticación y deglución, las mucositis intensas por radioterapia, entre otras. Incluso aunque se logre realizar el tratamiento oncológico de una forma adecuada, el paciente puede morir por la malnutrición. La importancia del estado nutricional de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por un cáncer de cavidad oral y/o laringo-faríngeo es un tema aún en estudio en la literatura. La malnutrición en los pacientes con cáncer de cuello y cabeza ha sido relacionada en diversos estudios con mayor tasa de complicaciones postoperatorias con peor respuesta al tratamiento e incluso con mayor tasa de recidiva tumoral.

No cabe duda que el proceso de aparición de recidivas tumorales sea multifactorial y que existan parámetros clínicos y patológicos que han demostrado ser eficaces predictores de estas recidivas, pero el estado nutricional puede condicionar de forma importante el porvenir oncológico del paciente, según los estudios de la Universidad de Florida. (Goodwin WJ Jr y Byers PM, 1993)⁶⁶

Otros autores destacan que la incidencia de cáncer de cuello y cabeza es mayor en las personas que consumen pocas frutas y verduras, por lo que los factores alimentarios desempeñan un papel importante y ciertas vitaminas, como los carotenoides, pueden ser protectoras. (Kasper, Braunwald, Hauser, Fauci, Longo, Jameson, 2007)⁶⁷

Se pueden concretar distintos estudios en futuras investigaciones para mejorar la intervención nutricional y también promover el consumo de alimentos y energía. Algunas alternativas se proponen a continuación:

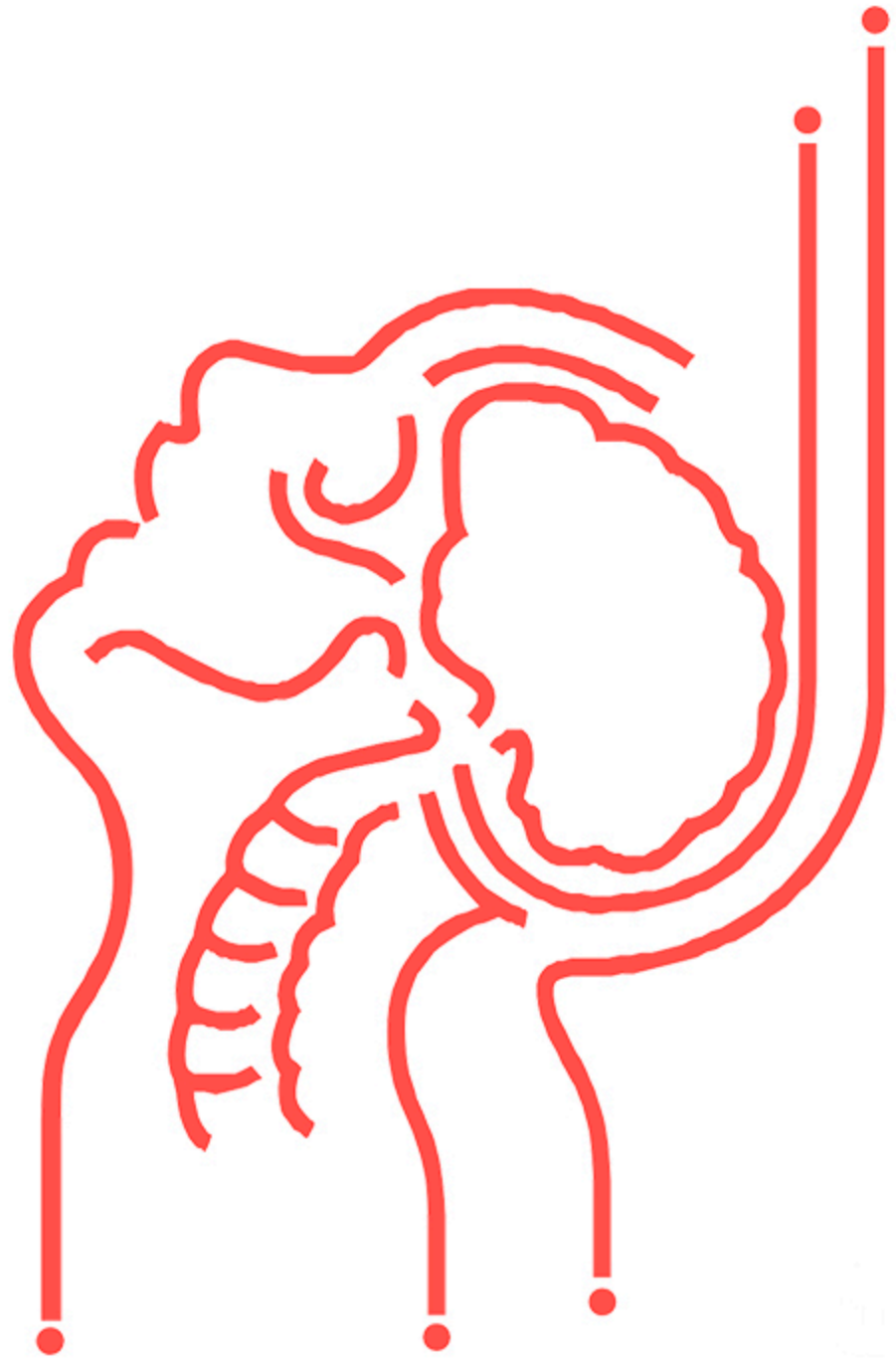
- La implementación de preparados hipercalóricos para pacientes oncológicos al detectar compromiso nutricional
- La necesidad de suplementación en pacientes que comienzan un tratamiento antineoplásico con bajo peso.
- El impacto psicológico de los pacientes oncológicos y la influencia en el estado nutricional

⁶⁵ Estos autores realizaron un estudio longitudinal sobre la calidad de vida relacionada con la salud, tres años después del diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello.

⁶⁶ Manejo nutricional del paciente con cáncer de cabeza y cuello

⁶⁷ Descripción de etiología del cáncer de cuello y cabeza

Bibliografía



- Acosta H, Arana E, Barrera J y cols. (2000) *Tumores de cabeza y cuello. Diagnóstico y tratamiento*. México, XV:1-5.
- Acosta H, Ocampo R. (2000) *Tumores de orofaringe. En: Acosta H, Arana E, Barrera J y cols. Tumores de cabeza y cuello. Diagnóstico y tratamiento*, México, 47-52.
- Arends J, Bodoky G, Bozzetti F, Fearon K, Muscaritoli M, Selga G, Van Bokhorst-de van derSchueren MA, VonMeyenfeldt M, Zurcher G y cols. (2006) ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr*; 25:245-259.
- Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM. (1988). Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research*; 48(11):3282–3287.
- Braga M, Gianotti L, Vignali A, Carlo VD. (2002) Preoperative oral arginine and n-3 fatty acid supplementation improves the immunometabolic host response and outcome after colorectal resection for cancer. *Surgery*; 132:805-814.
- Bosaeus I, Daneryd P, Svanberg E, Lundholm K. (2001) Dietary intake and resting energy expenditure in relation to weight loss in unselected cancer patients. *Int J Cancer*; 93:380-383.
- Bosetti C, Garavello W, Gallus S. (2006) et al.: Effects of smoking cessation on the risk of laryngeal cancer: an overview of published studies. *Oral Oncol* 42 (9): 866-72, En: <http://www.ncbi.nih.gov/entrez/query.fcgi>
- Braunschweig CL, Levy P, Sheean PM, Wang X. (2001) Enteral compared with parenteral nutrition: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*; 74:534-542.
- Brown JK, Byers T, Doyle C, Coumeya KS, Demark-Wahnefried W, Kushi LH, McTieman A, Rock CL, Aziz N y cols. (2003) Nutrition and physical activity during and after cancer treatment: an American Cancer Society guide for informed choices. *CA Cancer J Clin*; 53:268-291.
- Chan JK, Yip TT, Tsang WY. (1994) et al. Specific association of Epstein-Barr virus with lymphoepithelial carcinoma among tumors and tumorlike lesions of the salivary gland. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* ; 118(10):994–997
- Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM. (2011) et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *Journal of Clinical Oncology* ; 29(32):4294–4301.
- Choi WH, Hu KS, Culliney B. (2009) et al.: Cancer of the oropharynx. In: Harrison LB, Sessions RB, Hong WK, eds.: *Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott, William & Wilkins, pp 285-335.

- Fein DA, Lee WR, Hanlon AL. (1995) et al.: Pretreatment hemoglobin level influences local control and survival of T1-T2 squamous cell carcinomas of the glottic larynx. *J Clin Oncol* 13 (8): 2077-83. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
- De Luis DA, Izaola O, Cuellar L. (2005) Terroba MC. Enteral immunonutrition (w3 enhanced formula versus arginine enhanced formula) in head and neck cancer ambulatory patients. *Ann Nutr Med*; 49:95-99.
- De Luis DA, Izaola O, Cuellar L, Terroba MC, Martín T, Aller R. (2006) Clinical and biochemical outcomes after a randomized trial with a high dose of enteral arginine formula in postoperative head and neck cancer patients. *E J Clin Nutr*; 1-5
- Echenique M, Correia MI. (2003) Nutrition in advanced digestive cancer. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*; 6:577-580.
- Fearon KC, Von Meyenfeldt MF, Moses AG, Van Geenen R, Roy A, Gouma DJ, Giacosa A, Van Gossum A, Bauer J y cols. (2003) Effect of a protein and energy dense N-3 fatty acid enriched oral supplement on loss of weight and lean tissue in cancer cachexia: a randomized double blind trial. *Gut*; 52:1479-1486.
- Gandini S, Botteri E, Iodice S. (2008) et al. Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *International Journal of Cancer* ; 122(1):155-164.
- Gillison ML, Koch WM, Capone R. (2000) et al.: Evidence for a causal association between human papillomavirus and a subset of head and neck cancers. *J Natl Cancer Inst* 92 (9): 709-20. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
- Goodwin WJ Jr y Byers PM, (1993) Nutritional management of the head and neck cancer patient. *Med Clin North Am*, 77:597-610.
- Goldenberg D, Golz A, Joachimshz. (2003) The beverage mate: a risk factor for cancer of the head and neck. *Head and Neck*; 25(7):595-601.
- Gómez Candela C, Castillo R, De Cos A, Iglesias C, Martín M, Aguado M, Ojeda E. (2006) Effects of parenteral glutamine in patients submitted to bone marrow transplantation. *Nutr Hosp*; 21:13-21.
- Hammerlid E, Silander E, Hornestam L y Sullivan M (2001): Health related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer-a longitudinal study. *Head Neck*, 23:113-125.
- Harynx. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC. (2010) et al., eds.: *AJCC Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York, NY: Springer, pp 41-56.
- Herrera A, Granados M. *Manual de oncología*. (2003) *Primeros procedimientos médico-quirúrgicos*. 2ª edición, Mexico, McGraw-Hill.:3
- Huber MA, Tantivongkosi B. (2014) Oral and oropharyngeal cancer. *Med Clin North Am* 98 (6): 1299-321. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri-fcgi>

- Icitra L, Bernier J, Grandi C. (2002) et al.: Cancer of the oropharynx. *Crit Rev OncolHematol* 41 (1): 107-22. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri-fcgi.cmd>
- Kasper,D; Braunwald, E. Hauser,S; Fauci, A. Longo, D.J. Jameson, L. (2007) Harrison, *Principios de Medicina Interna*, 16 edición tomo 3. Editorial Montpellier
- Isenring EA, Capra S, Bauer JD. (2004)Nutrition intervention is beneficial in oncology outpatients receiving radiotherapy to the gastrointestinal or head and neck area. *Br J Cancer*; 91:447-452.
- Laviano A, Meguid MM, Inui A, Muscaritoli M, Rossi-Fanelli F. (2005) Therapy insight: cancer anorexia-cachexia syndrome-when all you can eat is yourself. *Nat ClinPractOncol*; 2: 158-165
- Lindberg R. (1972): Distribution of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 29 (6): 1446-9,.En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri-fcgi.cmd>
- Mayne ST, Morse DE, Winn DM. (2006) Cancers of the Oral Cavity and Pharynx. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr., editors.*Cancer Epidemiology and Prevention*. 3rd ed. New York: OxfordUniversity Press.
- Mendenhall WM, Mancuso AA, Amdur RJ. (2001) etal.Squamous cell carcinoma metastatic to the neck from an unknown head and neck primary site. *American Journal of Otolaryngology* ; 22(4):281–287.
- Mendenhall WM, Werning JW, Pfister DG. (2011) Treatment of head and neck cancer. In: DeVita VT Jr, Lawrence TS, Rosenberg SA: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams &Wilkins, pp 729-80.
- Moyano S, Nadal A. (2009) et al.: Human papillomaviruses are identified in a subgroup of sinonasal squamous cell carcinomas with favorable outcome. *Cancer* 115 (12): 2701-9. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri-fcgi.cmd9365846>
- Muscaritoli, M, Grieco, G, Capria, S, Iori, A. P, Rossi Fanelli, F. (2002) Nutritional and metabolic support in patients undergoing bone marrow transplantation. *Am J ClinNutr*; 75:183-190.
- Neville BW, Day TA. (2002) Oral cancer and precancerous lesions.*CA Cancer J Clin* 52 (4): 195-215, Jul-Aug.En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri-fcgi.cmd9365846>
- Park SM, Park MH, Won JH, Lee KO, Choe WS, Heo DS, Kim SY, Lee KS, Yun YH. (2006) EuroQol and survival prediction in terminal cancer patients: a multicenter prospective study in hospice-palliative care units. *Support Care Cancer*; 14: 329-333.
- Peterson KM, Silander EM, Hammerlid EB. (2005). Quality of life as predictor of weight loss in patients with head and neck cancer.*Head Neck*; 27:302-310.

- Pharynx. In: Edge SB, Byrd DR, Compton CC. (2010) et al., eds.: *AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer*, pp 41-56.
- Preston-Martin S, Thomas DC, White SC, Cohen D. (1988). Prior exposure to medical and dental x-rays related to tumors of the parotid gland. *Journal of the National Cancer Institute* ; 80(12):943–949.
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo ME. (2003). Does nutrition influence quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy? *RadiotherOncol*; 67:213-220.
- Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. (2005). Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J ClinOncol*.
- Spaulding CA, Hahn SS, Constable WC. (1987) The effectiveness of treatment of lymph nodes in cancers of the pyriform sinus and supraglottis. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 13 (7): 963-8,.En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri-fcgi.cmd359715>
- Spitz MR. (1994) Epidemiology and risk factors for head and neck cancer. *SeminOncol* 21 (3): 281-8. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/queri-fcgi.cmd8209260>
- Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG. (1999) et al., eds.: *Comprehensive Management of Head and Neck Tumors*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders.
- Van Bokhorst-de van derSchuerenMA. (2005) Nutritional support strategies for malnourished cancer patients. *Eur J OncolNurs*; 9(Supl. 2): S74-83.
- Van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Von Blomberg-Vander Filer BME, Riezebos RK. (1998) Differences in immune status between well-nourished and malnourished head and neck cancerpatients. *ClinNutr*; 17:107-111.
- Van Cutsem E, ArendsJ. (2005) The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J OncolNurs*; 9(Supl. 2): S51-63.
- WCR/AICR (1997): *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective*.. *World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research*.
- Yilmaz T, Hoşal S, Gedikoglu G. (1998) et al.: Prognostic significance of depth of invasion in cancer of the larynx. *Laryngoscope* 108 (5): 764-8. En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi.cdm9591560>
- Yu MC, Yuan JM. (2006). Nasopharyngeal Cancer *In*: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr., editors. *Cancer Epidemiology and Prevention. 3rd ed. New York: Oxford University Press*.

Sitios web

- <http://www.msal.gov.ar/index.php/acerca-del-cancer/el-cancer/ique-es-el-cancer>
- www.msal.gov.ar/inc
- www.msal.gov.ar/inc/ciudadanos-factores.php
- <http://www.scieloosp.org>
- www.med.unne.edu.ar/catedras/cirugia-i/clases/ntc.pdf
- www.fundacyc.org
- [tp://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=](http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=)

Estado nutricional y tipos de alimentación en cáncer de cuello y cabeza bajo radioterapia. Percepción de los Lic. en Nutrición



Natalia M. Rivera Siris

UNIVERSIDAD FASTA
Facultad de Cs. Medicas. Licenciatura en Nutrición

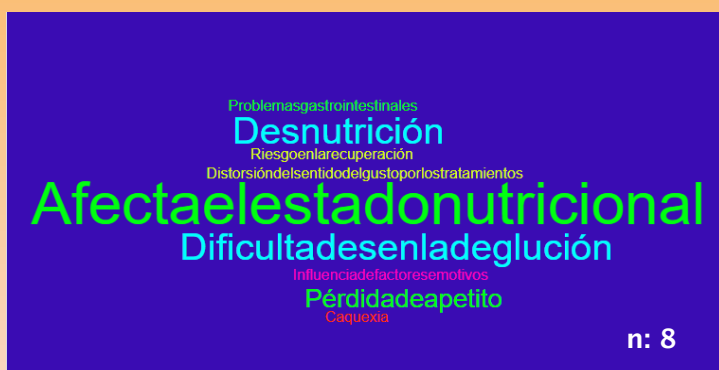
Esta investigación tiene como tema principal los cánceres de cuello y cabeza, abarcando la cavidad oral, la lengua, las amígdalas, la garganta, la nasofaringe y las glándulas salivales, entre otras. Pueden afectar funciones biológicas básicas de las personas, trastornos en la deglución, malabsorción, obstrucción y vómitos; y también la fisonomía. La alimentación y los hábitos de vida de las personas, tienen cierta incidencia en el mayor padecimiento de estas enfermedades. Una alimentación adecuada es imprescindible para mantener un buen estado nutricional, y paliar posibles efectos secundarios tras las distintas terapias aplicadas.

Objetivos: Indagar la percepción que tienen los Licenciados en Nutrición sobre el estado nutricional, el tipo de alimentación y el grado de aceptabilidad de la misma en pacientes con cáncer de cuello y cabeza durante la radioterapia, en la ciudad de Olavarría y Mar del Plata en enero de 2018.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio de tipo descriptivo y transversal, donde se investiga la percepción de los profesionales en Licenciatura en Nutrición sobre el grado de aceptación en los distintos tipos de alimentación de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza en radioterapia, en la ciudad de Olavarría y Mar del Plata durante enero de 2018.

Resultados: Se determinó que de los 10 entrevistados, nueve de ellos conocen los tipos de cánceres de cuello y cabeza, seis de ellos indican que afectaría el estado nutricional produciendo desnutrición. La mayoría señala que el impacto psicológico del tratamiento es negativo, dependiendo de la personalidad del paciente y su estado de depresión o falta de apetito. También coinciden en la influencia positiva de la presentación de las comidas, la importancia de propiciar un ambiente tranquilo y acompañado para aceptar el menú y la relevancia en adecuar la alimentación para paliar los síntomas gastrointestinales. Utilizarían soporte nutricional cuando hay desnutrición, al momento del diagnóstico, o dependiendo del estado del paciente. Consideran muy difícil realizar un plan hipercalórico sin ayuda de suplementos. En relación a la incorporación de alimentación enteral o parenteral, la mitad de los entrevistados opinan que es muy importante y el resto dependiendo de cada caso en particular o en último recurso. Todos concuerdan que los pacientes ambulatorios deben tener asesoramiento nutricional.

Conclusiones: Como conclusión final y a partir de los datos analizados, se puede afirmar la gran importancia de la dietoterapia en relación al cáncer de cuello y cabeza, por los efectos secundarios de la enfermedad y su tratamiento que afectan el estado nutricional negativamente. Un plan alimentario adecuado es fundamental para la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes, desde el inicio del diagnóstico, durante y post- tratamiento



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Facultad de Cs. Médicas
Licenciatura en Nutrición

Tesis de Licenciatura
Natalia Melisa Rivera Siris

Tutora
Lic. Lisandra Viglione

Asesoramiento metodológico
Dra. Mg. Vivian Minnaard

AÑO 2018