



Abordaje Fonoaudiológico en Pacientes Oncológicos

Speech Language Therapy Approach in Oncological Patients

Mónica Yadira Burgos García

Universidad Santiago de Cali. Colombia

✉ monicaburgos00@usc.edu.co

© <https://orcid.org/0000-0001-9323-5893>

Alejandro Salinas Cardona

Universidad Santiago de Cali. Colombia

✉ alejandro.salinas00@usc.edu.co

© <https://orcid.org/0000-0001-6713-9697>

Karina Torres Pedroza

Universidad Santiago de Cali. Colombia

✉ karina.torres00@usc.edu.co

© <https://orcid.org/0009-0000-0790-9127>

Pilar Andrea Guzmán

Universidad Santiago de Cali. Colombia

✉ pilar.guzman00@usc.edu.co

© <https://orcid.org/0000-0003-1390-0350>

Resumen

El cáncer es una afección que genera el crecimiento anormal de las células, lo cual pueden desarrollarse por cambios en el material genético llamados mutaciones (1). Estas mutaciones, se pueden desarrollar durante meses o años, provocando la aparición de eventos relacionados con el cáncer en una zona específica o migrando sistémicamente a otras zonas del cuerpo, causando metástasis y aumentando el riesgo de pérdida de funciones o incluso la muerte. Se realizó una revisión de alcance bajo la guía Prisma, en las bases de datos ScienceDirect, PudMed, Scopus, y documentos recuperados en la literatura gris. Los tipos de cáncer relacionados a la alteración de las funciones estomatognáticas y al quehacer fonoaudiológico están clasificados de manera topográfica

Cita este capítulo / Cite this chapter

Burgos García MY, Torres Pedroza K, Salinas Cardona A, Guzmán PA. Abordaje Fonoaudiológico en Pacientes Oncológicos. En: Guzmán Sánchez PA, Bernal Sandoval LM, Argüello Vélez P. (eds. científicas). Tópicos en Fonoaudiología Hospitalaria. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2025. p. 163-217. <https://doi.org/10.35985/9786287770584.5>

como lo puede ser el de laringe y partes subyacentes a la cavidad oral, este corresponde o hace parte de la categoría determinada cáncer de cabeza y cuello. De tal manera, la inmersión del profesional en fonoaudiología dentro de un contexto oncológico es muy reciente y poco reconocido, no hay un consenso de las labores que este ejerce en pacientes con cáncer o post tratamiento, y la necesidad desde su quehacer, en este sentido, en este apartado, está dirigido a la caracterización de la participación del profesional en fonoaudiología como integrante de todo el equipo clínico que trabajan en el cuidado pleno y holístico de personas diagnosticadas de cáncer.

Palabras claves: cáncer, deglución, complicaciones, fonoaudiólogo, abordaje, tratamiento.

Abstract

Cancer is a condition that generates abnormal cell growth, which can develop due to changes in the genetic material called mutations (1). These mutations can develop over months or years, causing cancer-related events to occur in a specific area or migrate systemically to other areas of the body, causing metastasis and increasing the risk of loss of function or even death. A scoping review was performed under the Prisma guide, in the databases ScienceDirect, PubMed, Scopus, and papers retrieved from the gray literature. The types of cancer related to the alteration of the stomatognathic functions and to the phonoaudiological work are classified topographically, such as the larynx and underlying parts of the oral cavity, which corresponds or is part of the category of head and neck cancer. In such a way, the immersion of the professional in speech therapy within an oncological context is very recent and little recognized, there is no consensus of the work that this professional performs in patients with cancer or post treatment, and the need from his work, in this sense, in this section, is directed to the characterization of the participation of the professional in speech therapy as a member of the whole clinical team that works in the full and holistic care of people diagnosed with cancer.

Keywords: cancer, swallowing, complications, speech therapy pathologist, approach, treatment.

A Manera de Introducción

El cáncer es una afección que genera el crecimiento anormal de las células, que pueden ser provocadas por cambios en el material genético llamados mutaciones. Estas mutaciones, se pueden desarrollar durante meses o años, causando metástasis y aumentando el riesgo de pérdida de funciones o incluso la muerte. La casuística de esta enfermedad proyecta que el cáncer es la condición más letal de fallecimientos en todo el mundo (1), ya que en el 2020 se le atribuyó a esta afección, casi 10 millones de muertes, es decir, que cada una de seis de los diagnósticos que se reportaron.

El cáncer más común son los de mama, pulmón, zona colorrectal y próstata (2). En Latinoamérica esta afección es una de las principales causas de muerte, ya que en el 2020, causó 1,4 millones de fallecimientos, un 47% de ellas en personas correspondidas entre 69 años de edad o personas más jóvenes. El número de casos de cáncer en esta región del mundo se estimó en 4 millones en 2020 y se espera que aumente hasta los 6 millones en el año 2040 (3). En Colombia, en el 2020 se atendieron 4771 casos nuevos de cáncer, con mayor prevalencia en mujeres que hombres. El 37,5% de los casos nuevos al año tuvo correspondió a adultos mayores de 65 años de edad y cerca de la mitad de estos casos, eran pacientes que pertenecían al régimen de afiliación de tipo subsidiado. Se reportaron 1970 casos nuevos de cáncer en hombres con un 41,3% y en mujeres 2801 casos nuevos con un 58,7% (4).

Es importante recalcar que, el cáncer que origina alteraciones en la función deglutoria con mayor frecuencia en los pacientes, es el de la cabeza y el cuello y se reporta que en todo el mundo, la prevalencia es de 630.000 personas por año. La tasa de mortalidad establecida de acuerdo a la edad fue de 7,9 por 100.000 en los hombres y de 2,2 para las mujeres. La incidencia de cáncer originada en cabeza y en el cuello, precisada por edad, fue de 14,3 casos nuevos por 100.000 en los hombres y 4,4 casos nuevos por 100.000 en mujeres, dando lugar a trastornos en la deglución, y esto también dependerá de qué tan grande sea el tumor, su ubicación y el tipo. Cabe señalar que pacientes con este tipo

de cáncer, pueden presentar alteraciones en una o varias estructuras, entre ellas las que se encuentran subyacentes a la cavidad bucal, las estructuras afectadas son: labios, lengua, encía, paladar. El cáncer orofaríngeo afecta las siguientes estructuras, tales como: la faringe, las amígdalas o tonsilas, la base de la lengua, y el velo del paladar. El cáncer nasofaríngeo, suele extenderse aproximadamente hasta la fosa nasal, suelo del seno esfenoidal, tuba auditiva y cáncer faríngeo (5) afectando funciones vitales para el hombre como la deglución y la voz.

La deglución como acto fundamental, es el proceso por el cual el ser humano se alimenta y sobrevive (6) y, en situaciones patológicas, específicamente en cáncer, tendría una relación directa no solo en la localización específica, sino también, en los tratamientos propuestos para su profilaxis, reducción o eliminación, como es el caso de disfagia como sintomatología asociada a la radioterapia periférica y los efectos metabólicos que se producen en el tratamiento con quimioterapia.

Desde fonoaudiología, lo que se busca es la rehabilitación de la ingesta de alimentos y el manejo de los fluidos propios, mejorando la calidad de vida, en condiciones de dignidad y bienestar a quienes estén en diferentes fases del manejo oncológico y permitiendo la inclusión del núcleo familiar mediante la implementación de rutas comunicativas sobre el manejo de síntomas asociados a la disfagia (7).

Minsalud define al Fonoaudiólogo según la ley 376 de 1997 por lo cual reglamenta su ejercicio en Colombia, como aquel profesional autónomo con alto dominio en las acciones comunicativas, donde además compete el lenguaje, habla, voz, cognición, audición, motricidad orofacial, funciones oral faríngea y sus desórdenes, su actuación profesional lleva al Fonoaudiólogo a ser capaz de desarrollar con ética y criterio el reconocimiento de la vulnerabilidad, así mismo las competencias comunicativas para liderar en los diferentes escenarios de su ejercicio profesional.

El núcleo familiar del paciente es fundamental para lo que será el tratamiento contra el cáncer, debido a que esta enfermedad genera más allá del peso económico, cambios emocionales, alteración en

la salud mental, estado de ánimo, cambios en las rutinas diarias y funcionales. Se debe tener un acompañamiento constante para tener una buena comunicación entre el paciente, personal médico quienes llevan a cabo el tratamiento y los familiares, esto con el fin de suministrar y explicar toda la información posible de lo que será el tratamiento, y de esta manera elegirán la decisión que crean correspondiente para la atención.

Colombia ha dispuesto económicamente un presupuesto de más de 2,8 billones de pesos, en el cual no sólo está dirigido para la atención y cuidado del paciente con cáncer sino que también para marcar la importancia en la prevención del mismo, es decir, desde la promoción en los cambios de los estilos de vida y también en la atención oportuna y de calidad (1).

Lo anterior, visibiliza el ejercicio profesional del fonoaudiólogo y su participación en equipos interdisciplinarios para la toma de decisiones clínicas del paciente oncológico para mitigar los efectos de la patología y brindar calidad de vida en el proceso terapéutico, por lo que se requieren prácticas basadas en la evidencia; en este sentido, se espera determinar la participación del profesional en Fonoaudiología en los procesos de abordaje y rehabilitación de la deglución en pacientes oncológicos que han sido reportados en la literatura científica.

Metodología

Esta investigación documental es de carácter descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, dado que se realizó la selección de artículos y documentos con el objetivo de contextualizar el trabajo del fonoaudiólogo en el manejo del paciente con cáncer. Este estudio se orientó de acuerdo con la guía Prisma para revisiones de alcance.

Fuentes de Información y Estrategias de Búsqueda

La búsqueda de información se realizó dentro de las bases de datos, ScienceDirect, PudMed, Scopus, también se tuvo en cuenta información de literatura gris. Para el presente estudio, se consideraron artículos de investigación, de revisión, libros y reportes de caso que se encuentren dentro de los criterios de selección.

Con ello se realizó una rejilla de Excel Microsoft, para el análisis de los objetivos, resumen y resultados de los artículos seleccionados.

Para tal fin, la búsqueda incluyó términos principales descritos a continuación:

Tabla 33 .

Palabras claves

Español	Inglés	Portugués
Cáncer	Cancer	câncer
"Neoplasias de Cabeza y Cuello"	"Head and Neck Neoplasms"	"Neoplasias de Cabeça e Pesçoço"
"Servicios en salud"	"Integrative Palliative Care"	"cuidado paliativo integrativo"

Criterios de Elegibilidad

Los criterios de inclusión que se establecieron en la búsqueda de los documentos para poder ser tomados en cuenta en esta investigación fueron:

Criterios de Inclusión:

- Se eligieron para el análisis cuantitativo de documentos con años de publicación no mayor a 10 años (2012 – 2022).
- Artículos originales con texto completo y artículos de revisión.

- Artículos disponibles en bases de datos de la Universidad Santiago de Cali que tengan libre acceso.

Criterios de Exclusión:

- Artículos relacionados a tópicos de disfagia de etiología neurológica, iatrogénica y/o respiratoria
- Artículos incompletos, que sólo contengan resumen.

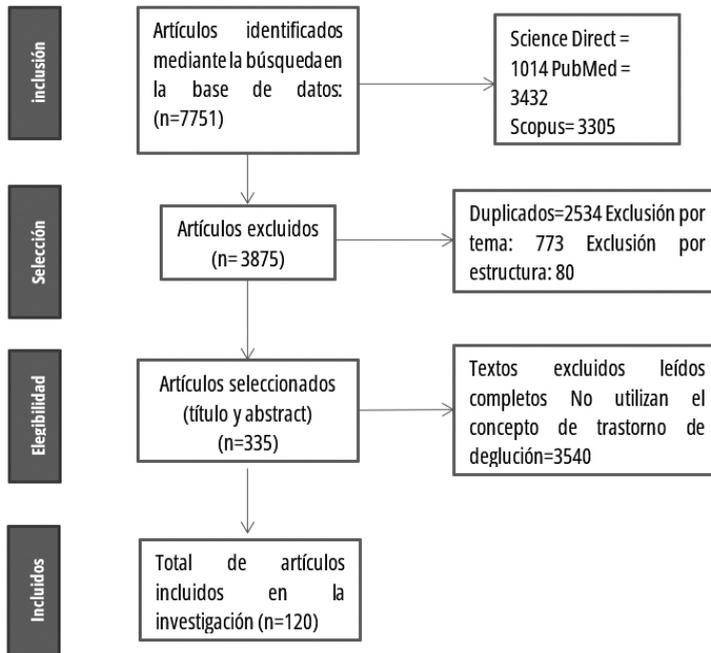
Resultados

Flujograma de Búsqueda

El flujograma (figura 44) muestra el número de artículos seleccionados en cada una de las bases de datos utilizadas en la búsqueda

Figura 44.

Flujograma de investigación.



La siguiente tabla muestra un resumen de los 120 artículos escogidos, que mostraron un contexto profesional del manejo del cáncer, desde diferentes perspectivas relacionadas con la intervención terapéutica del fonoaudiólogo y otras disciplinas de la salud, la nutrición, la calidad de vida, los cuidados paliativos y la normatividad existente en Colombia para el manejo de la población diagnosticada con cáncer.

Tabla 34.

Resumen del análisis cuantitativo de documentos relacionados en los resultados de búsqueda sobre el abordaje fonoaudiológico del cáncer

Nombre del artículo	Enlace DOI	Resultado
Trastornos de la deglución después del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello	doi: 10.2478/raón-2019-0028. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC6572490/	La disfagia es una consecuencia común del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello (CCC). El propósito del estudio fue evaluar la prevalencia de disfagia en un grupo de pacientes tratados por HNC en Eslovenia e identificar los factores que contribuyen al desarrollo de disfagia.
Disfunción de la deglución inducida por radiación en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: una revisión de la literatura	DOI: 10.1016/j.jfma.2021.06.020	La disfunción de la deglución es un estado predominante después de la radioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Tras el avance del tratamiento del cáncer en los últimos años, la tasa de supervivencia del cáncer de cabeza y cuello ha aumentado gradualmente.
Atención integral del paciente con cáncer de cabeza y cuello	DOI: 10.1002/lio2.184	revisión de la literatura en inglés de artículos relacionados con la atención integral de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, centrándose en el tratamiento de las secuelas de la cirugía y la quimiorradiación.
Radioterapia en cáncer de cabeza y cuello	DOI: 10.15537/smj.2021.42.3.20210660	Esta revisión resume los inicios de la radioterapia, las técnicas de radioterapia moderna con diferentes tipos, las toxicidades inducidas por la radioterapia y su manejo. La radioterapia de cabeza y cuello aún está mejorando para el mejor manejo y control del cáncer y las toxicidades de la radioterapia inducida.
Actualización clínica en cáncer de cabeza y cuello: biología molecular y desafíos actuales	DOI: 10.1038/s41419-019-1769-9	Los carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello (HNSCC, por sus siglas en inglés) son un grupo de cánceres agresivos, genéticamente complejos y difíciles de tratar. En lugar de terapias dirigidas verdaderamente efectivas, la cirugía y la radioterapia representan las principales opciones de tratamiento para la mayoría de los pacientes biomarcadores para estratificar a los pacientes en grupos clínicamente significativos y desarrollar terapias dirigidas más eficaces.

Nombre del artículo	Enlace DOI	Resultado
IMRT para el cáncer de cabeza y cuello: reducción de la xerostomía y la disfagia	DOI: 10.1093/jrr/rrw047	La disfagia y la xerostomía son las principales secuelas de la quimiorradioterapia para el cáncer de cabeza y cuello, y los principales factores que reducen la calidad de vida del paciente a largoplazo. La IMRT utiliza tecnología avanzada para concentrar las altas dosis de radiación en los objetivos y evitar la irradiación de tejidos no afectados.
Epidemiología y generalidad es del tumor de cabeza y cuello	https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0716864018300920	El cáncer de cabeza y cuello es un problema de salud pública. A nivel mundial, se diagnostican más de 630000 personas al año. Objetivo: revisar la literatura publicada utilizando diferentes buscadores y fuentes secundarias a través de palabras clave y términos libres. Resultados: En el año 2012 la tasa de mortalidad estandarizada por edad fue de 7.9 por 100000 para los hombres y de 2.2 por 100000 para las mujeres. La incidencia de cáncer de cabeza y cuello, ajustada por edad fue de 14.3 casos nuevos por 100000 en hombres y de 4.4 casos nuevos por 100000 en mujeres.
Revisión y puesta al día en cáncer de lengua	https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005	Se han revisado un total de 1200 artículos, con un periodo de búsqueda objeto de la revisión comprendido entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de marzo de 2013, incluyéndose revisiones sobre la epidemiología del tumor, sobre los factores de riesgo genético, y sobre los distintos aspectos del diagnóstico y tratamiento, un estudio prospectivo y uno randomizado.
Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de laringe: Revisión de artículos	DOI: 10.17219/acem/69693	Este artículo presenta una revisión de la literatura médica publicada entre 1994 y 2014 con el uso de la base de datos PubMed sobre instrumentos de calidad de vida para pacientes con cáncer de cabeza y cuello utilizados para evaluar el bienestar general de pacientes con cáncer de laringe.
Calidad de vida de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello	DOI: 10.17219/acem/37361	Los pacientes que padecen cánceres de cabeza y cuello a menudo requieren un enfoque multidisciplinario antes y después de la cirugía. La restauración de la estética facial, del habla, de la masticación y otros requiere a menudo una rehabilitación dividida de larga duración.
Calidad de vida de pacientes oncológicos tratados con quimioterapia	DOI: 10.3390/ijerph17196938	Las pruebas de calidad de vida son la base para evaluar el estado de los pacientes oncológicos. Permiten obtener información valiosa de los pacientes no solo sobre los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, sino también sobre la evaluación de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Nombre del artículo	Enlace DOI	Resultado
Atención de supervivencia del carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello	DOI: 10.31128/AJGP-08-19-5032	El objetivo de este artículo es proporcionar una descripción sucinta del seguimiento y la vigilancia a largo plazo para el sobreviviente de SCC de cabeza y cuello.
El impacto del tiempo después del tratamiento de radiación en la disfagia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello inscritos en un programa de terapia de deglución	DOI: 10.1002/hed.25344	la disfunción de la deglución después de la radioterapia (RT) para el cáncer de cabeza y cuello puede ser devastadora. Un ensayo de control aleatorizado comparó los ejercicios de deglución versus el ejercicio más la terapia de estimulación eléctrica neuromuscular y no encontró diferencias generales en los resultados.
Diferencias de desarrollo en la calidad de vida relacionada con la salud en sobrevivientes de cáncer adolescentes y adultos jóvenes	DOI: 10.1007/s11136-020-02507-4	Los adolescentes y adultos jóvenes (AYA) experimentan transiciones de desarrollo. Los sobrevivientes de cáncer de AYA corren el riesgo de sufrir enfermedades crónicas debido al tratamiento. Este estudio examinó las diferencias de desarrollo en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los sobrevivientes de AYA entre grupos de edad y en comparación con las normas de la población.

Generalidades: Cáncer de Cabeza y Cuello

El cáncer que aparece en regiones cercanas o directamente en cabeza y cuello, es un cáncer que afecta directamente y produce cambios en las funciones estomatognáticas, que conciernen al conjunto de órganos responsables de la respiración, succión, deglución, habla y fonación, están compuestos por varias estructuras: cráneo, huesos de la cara, hueso hioides, laringe, maxilar superior, mandíbula y paladar óseo. Músculos: músculos masticadores, músculos de la expresión facial, músculos de la lengua, del velo del paladar, músculos de la faringe y músculos del cuello (21).

El cáncer de cabeza y cuello, generalmente se da en las células que cubren las superficies húmedas y mucosas del interior de la cabeza y del cuello, estructuras como, boca, nariz y garganta, denominado carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. Cerca del 90% de las células en la boca son carcinomas epidermoides (22). El resto

del porcentaje son lesiones primarias corresponden a carcinomas de tejidos glandulares salivales y lesiones de otros tejidos como sarcomas y linfomas.

Es importante conocer el tipo del cáncer y su estadificación, así mismo se descubre la ubicación y se determina cuánto se ha propagado en el cuerpo y qué estructuras están involucradas. A continuación, se mostrará el tipo de cáncer y los tejidos más comunes:

Tabla 35.

Topografía del cáncer

Estructuras	Estructuras implicadas	Tipo de cáncer	Tipo de tejido	Ubicación
Cabeza y cuello	Laringe Labios Boca Faringe Glándulas salivales Cavidad nasal Senos paranasales	Cáncer de cabeza y cuello	Carcinoma de células escamosas	Se originan en las células escamosas que recubren el interior de la cavidad oral.
Orofaringe	Base de la lengua, el velo del paladar, las amígdalas, así como las paredes laterales y posteriores de la faringe.	Cáncer orofaríngeo	Carcinoma de células escamosas	Se origina en la orofaringe, la parte de la faringe, por detrás de la boca.

Cáncer de Cabeza y Cuello

Este es conocido por un grupo de tumores malignos y se da por el aumento en el crecimiento de células de forma descontrolada, estas se propagan a otras zonas del cuerpo como lo pueden ser: los senos paranasales, nasofaringe, orofaringe (faringe, velo del paladar, base de lengua), hipofaringe, laringe, cavidad oral (mucosa oral, encía, paladar duro, lengua y suelo de boca), lengua y glándulas salivales (1).

Las células cancerígenas resultantes de las estructuras en estas zonas pueden propagarse a diferentes órganos del cuerpo, a esto se le llama metástasis; sin embargo, así allá propagación el nombre no varía,

siempre va a depender del sitio de origen. Ejemplo: si el cáncer de cabeza y cuello se expande a pulmón no se llama cáncer de pulmón puesto que su origen no es propiamente del pulmón, sigue siendo llamado de la misma manera.

Existe una diferencia entre cáncer y tumor, el cáncer tiene la capacidad de propagación más alta, las células pueden desprenderse y alojarse en diferentes zonas de su origen, los tumores se pueden clasificar en dos maneras, benignos o malignos. Los benignos no tienen la capacidad de propagarse mientras que los malignos tienen células cancerosas que si pueden desprenderse del tumor donde surgió y migrar a otras zonas.

Epidemiología

En todo el mundo, se estima que más de 630.000 personas son diagnosticadas cada año con este tipo de cáncer. Indican que la tasa de mortalidad establecida según la edad fue de 7,9 por 100.000 en los hombres y de 2,2 por 100.000 en las mujeres. La incidencia de este, fue ajustada por edad, es decir, de 14,3 casos nuevos por 100.000 en hombres y 4,4 casos nuevos por 100.000 en mujeres (10)

Causas-factores de Riesgo

Según el Instituto Nacional del Cáncer (23) se tienen en cuenta los siguientes factores de riesgo:

- i. Tabaco y Alcohol: la dosis, el tiempo de consumo y la edad en la que se inicia el hábito. Estos dos hábitos nocivos corresponden al 75% de los cánceres de: cavidad oral, orofaringe e hipofaringe.
- ii. Infecciones: el virus del papiloma humano y el virus Epstein Barr, se encuentran estrechamente relacionados con la aparición de cáncer de cabeza y cuello.
- iii. Factores nutricionales: Algunos consumos nutricionales o alimenticios como el consumo de grasa animal, alimentos fritos, ahumados pueden contener un alto valor de

nitrosaminas. Estas son moléculas que contienen un grupo funcional nitroso y que suscitan preocupación debido a que sus impurezas podrían ser cancerígenas para el ser humano. Aunque pueden encontrarse en algunos alimentos y en el suministro de agua potable (24) que pueden conllevar a una incidencia de cáncer de cabeza y cuello.

- iv. Factores ocupacionales: Muchos trabajadores que se encargan de la metalurgia y la industria textil pueden estar más expuestos a contraer cáncer de senos paranasales.

Tratamiento

Existen diferentes tratamientos para el manejo y cuidado de patologías de cáncer o tumores malignos, estos logran producir mayoritariamente efectos tóxicos secundarios que van afectar a las células libres de cáncer, las personas que son expuestas o sometidas a frecuencias altas por radiación directa o indirecta son las más propensas a presentar complicaciones graves en zonas adyacente al objetivo principal. (25)

Las respuestas obtenidas por el tratamiento (quimioterapia) son tal vez las más importantes hablándose de la efectividad que tiene este, en los pacientes que no presentaron respuestas exitosas con quimioterapia, se da inicio al tratamiento con radioterapia.

El método por el cual se dará inicio a tratamiento en contra del cáncer debe ser una decisión tomada por un equipo multidisciplinar, es decir, profesionales en salud encargados para el manejo de los pacientes con cáncer, como: otorrinolaringólogo, cirujano maxilofacial, radiólogo, oncólogo médico, oncólogo radioterápico, médico nuclear, patólogo, nutricionista y trabajador social. Inicialmente se habla de una triada como tratamiento para el cáncer, en las que se involucra la quimioterapia, radioterapia y cirugía; sin embargo, otros métodos han sido implementados como la terapia asistida, anticuerpos monoclonales, Inmunoterapia (25).

A continuación, se presentarán algunos de los tratamientos para el cáncer más convencionales:

Actualmente la American Cancer Society considera los siguientes tratamientos más comunes contra el cáncer: la cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia y terapia dirigida. La mayoría de las veces, dependiendo de cada caso, se puede emplear más de un tipo de tratamiento, de esta manera poder conseguir el mejor resultado posible. Por ejemplo, la radioterapia y/o la quimioterapia, se pueden utilizar junto con la cirugía (26):

- i. La cirugía: Es considerada como el tratamiento inicial para el cáncer o tumores malignos en etapa inicial o precoz, Este proceso genera secuelas importantes como la imposibilidad o dificultad para hablar (si se extirpa completamente la laringe o la lengua), trastornos funcionales y rigidez en el cuello, debido a que afecta áreas implicadas y funciones vitales.
- ii. Quimioterapia: De manera habitual se administra por vía venosa, el tratamiento es guiado por intervalos fijos de tiempo que dependen del tipo de cáncer de cabeza o cuello, existen algunos fármacos que se pueden administrar por vía oral (por la boca).
- iii. Radioterapia: Este es un tratamiento local, es decir, que afecta exclusivamente el área identificada, si se administra a dosis altas, destruye las células o detiene su crecimiento. Las células tumorales se dividen más rápidamente que el resto de las células y son más sensibles a la radioterapia que las células normales. Además, existen otros tipos de tratamientos para el cáncer, el tratamiento que se reciba va a depender del tipo y lo avanzado que esté.
- iv. Inmunoterapia: Es de administración intravenosa y su efecto se basa en estimular el sistema inmune del paciente para que sea el que destruya las células cancerígenas. En los últimos años se han aprobado dos fármacos: Nivolumab y Pembrolizumab, los dos para enfermedad avanzada.

- v. **Terapia dirigida:** Es un tipo de tratamiento que ataca las células que ayudan a crecer, dividirse y expandir las células cancerígenas. Esta se administra vía endovenosa.

Otros tratamientos que son considerados menos comunes, se les conoce como tratamientos alternativos, estos no curan el cáncer, pero sí pueden proporcionar cierto alivio de los signos y síntomas que padecen los pacientes. Muchas personas con este diagnóstico quieren intentar cualquier tratamiento con el fin de que pueda ayudarlos, incluidos los llamados complementarios y alternativos para el cáncer. Sin embargo, muchos de estos no están probados o aprobados por entidades de salud y algunos incluso pueden ser peligrosos (27).

Por ello es importante antes de comenzar el tratamiento, preguntar al médico cuál es el objetivo y aclarar de manera eficaz si ¿Tiene el tratamiento el propósito de curar el cáncer, poder controlar su avance o tratar los problemas que está causando? Esto es una parte indispensable dentro del proceso de toma de decisiones.

Se mencionan algunos tratamientos menos comunes (28):

- i. **Terapia de hipertermia para tratar el cáncer:** En esta terapia se aplica calor de hasta 113 °F (45 °C) sobre el cuerpo, para ayudar a dañar y destruir las células cancerosas, teniendo como resultado poco o ningún daño al tejido sano.
- ii. **Terapia fotodinámica:** Se usa un medicamento que se activa con la luz, llamado fotosensibilizador o fotosensibilizante, esta se utiliza para destruir las células cancerígenas y otras células anormales.
- iii. **Trasplantes de células madre:** Es un procedimiento que restaura las células madre que forman la sangre en pacientes con cáncer en quienes se destruyeron con dosis muy altas de quimioterapia o de radioterapia.

Complicaciones Orales Consecuentes a Tratamiento por Quimioterapia

El conjunto de órganos que comprenden la cavidad oral y sus estructuras son más delicados al estar expuestos a los agentes tóxicos directos e indirectos ocasionados por el tratamiento con quimioterapia para el cáncer y de la radiación ionizante. Se mencionan a continuación complicaciones orales relacionados al quehacer fonoaudiológico (29):

- Osteonecrosis relacionada con los bisfosfonatos
- Disgeusia
- Infección oral micótica
- Infección vírica oral
- Enfermedades dentales
- Osteorradionecrosis
- Trismo
- Dolor oral
- Disminución de la función de las glándulas salivales (xerostomía).

Otras complicaciones están relacionadas con la mucositis, infecciones, disminución de la función de la glándula parótida y la pérdida del sentido y del gusto. Como efecto secundario puede evidenciarse deshidratación y desnutrición. La irradiación que se emite, puede generar daños irreversibles al tejido vascular, a los músculos y los huesos, por consiguiente, produciendo xerostomía, patologías gingivodentales y trismo (30).

Algunas afectaciones a causa del tratamiento de radioterapia para el cáncer son las siguientes (29):

- Irritación e inflamación de boca
- Infección vírica, micóticas, bacterianas
- Pérdida del gusto

- oca seca
- Dolor y adormecimiento.
- Alteración en el desarrollo y erupción dentomaxilar en caso de niños
- Mucositis gastrointestinal
- Hemorragias

Figura 44.

Xerostomía post radioterapia (31)



Figura 45.

Mucositis en las caras laterales de la lengua (32)



Tratamiento Fonoaudiológico para el Cáncer de Cabeza y Cuello

Se debe realizar un acompañamiento para instruir y orientar a la familia, al paciente o al cuidador sobre las posibles alteraciones funcionales después de la intervención quirúrgica o el tratamiento indicado por el especialista.

La rehabilitación de pacientes post tratamiento oncológico depende en gran manera de la implementación o el diseño de un plan de manejo que se pueda adaptar a las de acuerdo a las necesidades específicas de cada usuario, es importante tener en cuenta diversos factores como: la limitación de apertura oral, soporte y sellado labial, oclusión y espacio entre las arcadas dentales, lengua, los tejidos blandos, y el estado de la articulación temporomandibular (7).

Un tratamiento idóneo, consiste en restablecer y establecer patrones masticatorios, la oclusión, articulación bilateral mandibular, el habla, y la calidad de vida del paciente.

Cáncer de Lengua

Este se origina en las células de la lengua, este cáncer tras su diseminación puede afectar diferentes estructuras comprendidas en la cavidad bucal, como: boca y/o garganta.

El cáncer que puede producirse en la boca, lengua y/o labios corresponde a un 5 u 8% de todos los cánceres del organismo con más prevalencia en hombres con hábitos de tabaquismo entre las edades comprendidas de 45-65 años (33). Frecuentemente puede localizarse en el cuerpo móvil de la lengua y puede invadir estructuras orales vecinas a ella, produciendo así también metástasis a los ganglios linfáticos del cuello.

Más del 90% de los tumores malignos que se pueden producir en la lengua son carcinomas epidermoides. Se puede presentar otros tales como: carcinomas verrugosos y adenocarcinomas ocasionales, estos se originan en la glándulas salivales menores de la lengua (33).

A continuación, se mencionan algunos factores de riesgo:

- i. Tabaco: Este es el principal factor de riesgo para poder contraer cáncer oral. En el humo inspirado del tabaco pueden existir más de 30 sustancias carcinogénicas conocidas como: hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas, estas asociadas al cáncer de la cavidad oral, laringe-faringe y el cáncer de lengua.
- ii. Alcohol: El etanol puro, no es considerada una sustancia carcinogénica. Sin embargo, esta se asocia a sustancias carcinógenas que pueden actuar como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco.
- iii. Deficiencias nutricionales: Los déficits de vitamina A han sido considerados de alto riesgo de transformación maligna de la mucosa de cavidad oral. El déficit de esta vitamina puede desencadenar alteraciones celulares similares a aquellas inducidas por carcinógenos químicos.
- iv. Sífilis: Los pacientes con diagnóstico de sífilis tienen mayor probabilidad de degenerar cáncer de lengua, esta relación está puesta en evidencia por la leucoplasia, que de origen sifilítico podría ser el punto de partida para la degeneración carcinomatosa.

Figura 46.

Tipo de cáncer oral (34).



Figura 47.

Tipo de cáncer oral (34).



Se mencionan a continuación complicaciones orales relacionados al quehacer fonoaudiológico

Complicaciones Orales Consecuentes a Tratamiento por Radioterapia

La radioterapia utilizada para tratar el cáncer de tipo carcinoma de la lengua resulta muchas veces en la irradiación de una extensa cantidad de tejido subyacentes a esta estructura, lo cual genera como resultado complicaciones que se pueden dar a corto plazo como la inflamación de tejidos en la boca y además de las complicaciones a largo plazo como sequedad en la boca y la pérdida del gusto (35).

Cáncer de Boca y Orofaringe

Es un tipo de cáncer que puede afectar infinidad de estructuras que se encuentran aledañas a la boca y a la orofaringe. Dentro de la cavidad oral se incluyen las siguientes estructuras implicadas dentro de un proceso canceroso: los labios, las mejillas (mucosa bucal), los dientes, las encías, la lengua, y la estructura superior ósea de la boca (el paladar duro).

En la orofaringe, hace parte de la garganta justo detrás de la boca. Dentro del cáncer que puede producirse en la orofaringe incluyen las siguientes estructuras: la base de la lengua, el paladar blando, las amígdalas, así como las paredes laterales y posteriores de la faringe (36).

Epidemiología

Estos son algunos cálculos realizados por la Sociedad Americana Contra El Cáncer para los tipos de cáncer orofaríngeo y de cavidad oral en Estados Unidos para el año 2022 son:

- Se estima que cerca de 54,000 personas podrían padecer cáncer de orofaringe y de cavidad oral.

- En relación con el dato anterior, alrededor de 11,230 personas morirán de estos tipos de cáncer.

Estos tipos de cáncer ocurren más en los hombres que en relación a las mujeres. Es el mismo caso que el número de personas de raza negra como en las de raza blanca. Se menciona que en los últimos años, los nuevos casos de cáncer en orofaringe y en cavidad oral no relacionados con el virus del papiloma humano han disminuido. Pero se ha presentado un aumento considerable en aquellos casos de cáncer orofaríngeo relacionados directamente por infección de VPH en hombres y en mujeres, pero la mortalidad para estos tipos de cáncer ha disminuido durante los últimos 30 años (36).

Muchas clases de tumores, pueden producirse en la cavidad oral y en la orofaringe. Estas se pueden categorizar de tres maneras (37):

- En crecimientos benignos, que no son cáncer, es decir, que no invaden a otros tejidos ni tienen la capacidad de propagarse a otras zonas del cuerpo humano.
- Afecciones precancerosas, estas son crecimientos inofensivos que conforme pasa el tiempo pueden convertirse en un tipo de cáncer.
- Tumores cancerosos, estos son masas que invaden los tejidos subyacentes y cercanos y se propagan a otras zonas del cuerpo.

Algunos tipos de cáncer en la zona de la cavidad oral y de la orofaringe (37).

- Carcinoma de células escamosas: El cáncer más común de acuerdo a este tipo de carcinoma, es el de orofaringe y cavidad oral. Estos inician como células escamosas que revisten la boca y la garganta
- Carcinoma verrugoso: Tipo de carcinoma de células escamosas. Es un cáncer de bajo grado, es decir, de lento crecimiento y pocas veces se propaga a otras partes del cuerpo.

- Carcinoma de glándulas salivales menores: tipo de cáncer que se puede originar en las glándulas que revisten la boca y la garganta. Existen algunos tipos de este tipo de carcinoma, en las que se incluye el carcinoma adenoide quístico, el carcinoma mucoepidermoide y el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

Linfomas: Considerado tipo de cáncer debido a que en las amígdalas y en la base de la lengua contienen tejido (linfoide) del sistema inmune, y es aquí donde se pueden originar los cánceres llamados linfomas.

Figura 48.

Tipo de cáncer oral (34).



Figura 49.

Tipo de cáncer oral (34).



Figura 50.

Tipo de cáncer oral (34)



Figura 51

Tipo de cáncer oral (38)



Cáncer Pediátrico

El cáncer infantil es la segunda causa de muerte pediátrica cada vez más frecuente por falta de una correcta y oportuna atención; La posibilidad de identificar temprano cualquier alteración genética y molecular en las células podría minimizar el riesgo de mortalidad en los pacientes; utilizando tratamientos igual de efectivos, menos invasivos o tóxicos (39).

Epidemiología

Se estima que aproximadamente en un año son diagnosticados con cáncer al menos 400.000 niños y adolescentes en las edades de 0 y 19 años. En los países desarrollados, donde por lo general el acceso a los servicios de salud no se limita, casi el 80% de los niños diagnosticados con cáncer reciben una atención oportuna y se salvan, a diferencia de los países de ingresos bajos se curan alrededor del 30% (40).

En los países no desarrollados, los niveles de mortalidad infantil por cáncer son por causa de la falta de diagnóstico, diagnóstico tardío o erróneos; además la falta del acceso a la atención primaria y abandono del tratamiento (39).

Estos tipos de cáncer son más prevalentes en la población lactante, otras durante el proceso de desarrollo de la niñez a la adolescencia. Los tipos de cáncer más frecuentes en población infantil son: leucemias, los tumores cerebrales, los linfomas y tumores sólidos como el neuroblastoma y los tumores de Wilms. Por lo general, el cáncer infantil no se puede prevenir ni detectar por medio de pruebas diagnósticas (39).

Se menciona a continuación algunos factores de riesgo para padecer cáncer infantil:

- Radiación ionizante: Estar a la exposición a rayos X durante el embarazo podría generar el aumento a padecer cáncer.

- Sustancias químicas y medicamentos: Durante el proceso de embarazo se consideran algunos medicamentos que podrían tener efectos negativos en el niño, es decir que, cuando son

administrados a la madre durante el embarazo; un ejemplo es el dietilbestrol, que se utilizó en los años setenta. (39)

Se menciona también que, estar expuesto a plaguicidas se ha asociado con leucemia, linfoma no Hodgkin y neuroblastoma, mientras que solventes como el benceno representan significativamente un factor de alto riesgo de padecer leucemia en niños. También el uso de glifosato y plomo está asociado como factor de incidencia a padecer cáncer. El glifosato es el ingrediente activo que más se utiliza en los herbicidas en el mundo, se han realizado un gran número de estudios e investigaciones que demuestran lo peligroso que puede llegar a ser, por lo cual hace poco tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificó este veneno como “probablemente cancerígeno”. El plomo es una sustancia tóxica que afecta en mayor cantidad a los niños de corta edad debido a que este se acumula en el organismo y afecta diversos sistemas. Si el grado de exposición a este es elevado, el plomo ataca el cerebro y el sistema nervioso central, lo que provocaría que el niño entre en coma, presente convulsiones e incluso llegue a la muerte (41):

- Factores biológicos: Algunos virus pueden desencadenar algún tipo de cáncer en niños, tales como: virus de Epstein Barr, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B y C, virus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV 1) y el papiloma virus.
- Factores genéticos o familiares: Estos pueden ser tumores embrionarios que se caracterizan por ser presentados como heredados, más sin embargo no todos son categorizados como heredados, pero dentro de los que sí lo son, como el retinoblastoma y el tumor de Wilms bilateral son los más importantes. Por otro lado, algunos padecimientos genéticos anormales, como los niños con síndrome de Down, tienen una mayor prevalencia entre 20 a 30 veces mayor de padecer leucemia aguda (39).

Cáncer más Frecuente en la Población Infantil

Los cánceres más frecuentes en la población infantil se resumen en (39)

- **Leucemia:** Es una enfermedad maligna que se produce en la sangre del cuerpo, lo cual provoca un aumento incontrolado de glóbulos blancos en la médula ósea. Es el cáncer más común en los niños y tiene cura en alrededor del 90% de los casos. Los síntomas son inespecíficos, y se mencionan algunos, como: cansancio, desgano, dolores óseos y excesiva sudoración nocturna.
- **Linfomas:** Es un tipo de enfermedad del sistema linfático, con un crecimiento rápido. En los cánceres infantiles estos ocupan el tercer lugar en cuanto a su incidencia, después de las leucemias y de los tumores del sistema nervioso central. Los síntomas que presenta pueden ser: cansancio y pérdida del apetito, entre otros.
- **Tumores del sistema nervioso central:** Son los tumores más frecuentes en la infancia, estos se dan más en la cavidad craneal, aparecen entre los 5 y 10 años de edad, y va disminuyendo después de la pubertad.
- **La sintomatología más común es dolor de cabeza,** que al principio es recurrente e intermitente, con el tiempo tiende a cambiar la intensidad y la frecuencia. Durante el dolor de cabeza se pueden presentar otros síntomas como: ganas de vomitar, vómito, pérdida o disminución de la vista o audición, etc. La triada clásica de la sintomatología es: dolor de cabeza, deseos de vomitar, vómito, consecuentes a hipertensión endocraneana.
- **Tumor de Wilms:** Este tipo de tumor se considera maligno debido a que compromete uno de los dos riñones o en su defecto los dos, es uno de los cánceres más comunes en población infantil se da entre las edades de 2 a 3 años. Se puede asociar a malformaciones congénitas.
- **Neuroblastoma:** Es un tipo de tumor maligno y sólido, se da en el tejido nervioso por fuera del cráneo. Por lo general se suele identificar en las células suprarrenales pero también se pueden

evidenciar en cualquier parte del cuerpo. Se descubre con mayor frecuencia a los 5 años de edad, pero su edad de aparición puede estar a los 2 años de edad.

- Osteosarcoma y sarcoma de Ewing: Son dos tipos de tumores malignos comunes en los huesos. Es común identificarlos con prevalencia en hombres jóvenes, adolescentes o adultos, diagnosticados casi a la edad de 10 años, la sintomatología principal es : presencia de dolor, aumento de la zona afectada, limitación de la función y fracturas.
- Rabdomiosarcoma: Es un tipo de tumor maligno dado en los tejidos blandos principalmente de los músculos esqueléticos, se manifiesta durante los primeros 10 años de edad. Su ubicación puede variar y eso depende de la edad: vejiga y vagina, durante el primer año de vida, tronco y extremidades después del primer año de vida, cabeza y cuello pueden ocurrir con frecuencia a los 8 años de vida.
- Tumor de células germinales: Estas pueden ser de carácter benignas o malignas, estas células pueden crecer en los ovarios o testículos, o en otros sitios subyacentes como: retroperitoneo, mediastino, cuello y cerebro.
- Retinoblastoma: Tipo de tumor maligno que se da en células de la retina ocupando el 5º al 9º lugar de los cánceres infantiles, evidenciándose con frecuencia antes de los 3 años de vida. Es común encontrar este tipo de cáncer en los países en desarrollo debido a la alta exposición a agentes infecciosos como el adenovirus, el virus del papiloma humano, y otros factores como la carencia de vitamina A y de folatos en la dieta.

Figura 52.
Retinoblastoma bilateral (42).



Figura 53.
Sarcoma de Ewing de la falange proximal del meñique (43).



Tratamientos Ordinarios

Los tratamientos más comunes para el cáncer pediátrico o infantil son los siguientes:

- **Quimioterapia:** Es un tipo de tratamiento primario, es decir, que es la primera opción en pacientes con enfermedad avanzada o en aquellos pacientes en los que ya no exista otra posibilidad dentro de su tratamiento. Esta ofrece varias ventajas dentro de las cuales se mencionan que este tratamiento actúa sobre todas las localizaciones tumorales y permite un tratamiento mucho más agresivo.
- **Cirugía:** El papel de la cirugía, es cada vez menos radical, incluyen algunos procedimientos como lo es la resección completa, la biopsia para diagnóstico y estadiaje, la citorreducción, la colocación de accesos venosos centrales y el tratamiento de las complicaciones de la quimio/radioterapia. El cirujano infantil trabaja de manera interdisciplinaria en colaboración con el oncólogo y el radioterapeuta con el fin de elaborar y establecer estrategias para el tratamiento de los tumores infantiles.
- **Radioterapia:** La radioterapia hace parte también de estos procesos terapéuticos de gran eficacia en todos los grupos de edad. Su aplicación en la infancia puede requerir una atención más especial, debido a que es un procedimiento con potenciales efectos sobre los tejidos en fase de crecimiento y desarrollo y el riesgo de padecer segundos tumores a largo plazo. La radioterapia básicamente consiste en depositar una determinada cantidad de energía según el caso, en un área específica de tejido previamente seleccionada, con el fin de poder destruir las células que están haciendo el daño.

Se menciona que la mayoría de los casos en los cánceres infantiles se pueden manejar con medicamentos biológicos y otros tipos de tratamiento, como cirugía y la radioterapia. Estos procedimientos tienen evidencia científica sustentada en relación a su efectividad, de acuerdo a las especificaciones del diagnóstico y deben ser cubiertas por el régimen de salud sin limitaciones de acceso o costo (45).

En los países donde sus ingresos son relativamente bajos o medianos, las muertes evitables por cáncer infantil hacen caso omiso a la falta de diagnósticos incorrectos o tardíos, a las dificultades para poder acceder a la atención sanitaria de calidad, al abandono del

tratamiento y/o problemas de toxicidad. Solo un 29% de los países de ingresos bajos declaran que dentro de su población tienen generalmente a su disposición medicamentos que pueden ayudar contra el cáncer, en comparación con un 96% de los países que cuentan con ingresos altos (44).

Narrativa de la Participación del Fonoaudiólogo en el Manejo del Paciente Oncológico

Participación del Profesional en Fonoaudiología en Pacientes Post Tratamiento Oncológico

Se tiene en cuenta que el papel principal que cumple el profesional en Fonoaudiología durante la rehabilitación funcional de pacientes con diagnóstico de cáncer, es lograr la reducción, la prevención y el restablecimiento de la vía oral, la comunicación, bienestar del paciente y su familia y la integración social, es decir que, esta pretende rehabilitar las funciones afectadas, minimizando las secuelas y síntomas como; disfagia, regurgitación nasal, alteraciones en la masticación, articulación, voz hipernasalidad, mal nutrición e hidratación. Su función es tan indispensable en un grupo multidisciplinar, que este profesional se integrará desde la pertinencia clínica referidas en las RÍAS, permitiendo el acceso del profesional en las áreas de promoción y prevención, realizar intervenciones durante el diagnóstico y las medidas necesarias y establecidas en los cuidados paliativos para cada paciente (46).

Ruta de Atención en Cáncer del Ministerio de Salud Colombiano y la Integración del Fonoaudiólogo

Desde la ruta integral de atención en salud, el profesional de fonoaudiología se integra a partir de dos procesos importantes.

- i. Detección temprana y protección específica: Aquí se hace énfasis en relación a la detección temprana del cáncer, se tiene en cuenta la cobertura que se tiene de tamizaciones para una rápida

identificación y detección de posibles patologías oncológicas, la calidad que tenga este y la cobertura de vacunaciones.

- ii. Gestión en servicios de tratamiento y rehabilitación: Se hace énfasis en el tratamiento del cáncer, teniendo en cuenta todos los profesionales en salud (grupo multidisciplinar) para ampliar proyectos de promoción y prevención para que los pacientes tengan la oportunidad de un tratamiento continuo, servicios de apoyo y cuidado paliativos (46).

Se menciona que, las acciones que debe cumplir los profesionales en salud de acuerdo a las RIAS para el manejo del cáncer deben ser las siguientes:

- Se realice una gestión adecuada de la información a los pacientes y su entorno más próximo.
- Generar empoderamiento de la información a las familias.
- Realizar monitoreo y seguimiento de todas las intervenciones y sus efectos que tiene en la salud del paciente.
- Realizar un reconocimiento y seguimiento de las políticas de atención de enfermedades que conllevan un alto costo en el país.
- Generar reporte de resultados constantemente.
- Realizar una articulación de todas las acciones desde salud pública y las actividades individuales realizadas por los agentes del sistema.
- Realizar planeaciones para el tratamiento y las intervenciones de manera interdisciplinar.

Acciones del Fonoaudiólogo en el Marco de la Atención Primaria de Salud (APS); la Teoría Frente a la Práctica

- El fonoaudiólogo realiza la detección y la identificación temprana desde la realización de tamizajes en cuanto a desórdenes de la comunicación y en deglución, incluyendo lactancia.

- Realizar intervenciones en niños y en familias, con el fin de poder prevenir complicaciones.
- Desarrollar actividades como asesoría y consultoría en diferentes escenarios.
- Ofrecer seguimientos a las intervenciones.
- Apoyar y ejecutar acciones que correspondan a la prevención y promoción de manera interdisciplinar.
- Participar en diferentes espacios extramurales e intramurales.
- Desarrollar trabajos en comunidad, eliminando posibles barreras, donde incluyan a las personas con discapacidad.
- Aporta actividades que protejan la salud del individuo o de una población, en los diferentes ambientes y escenarios.

Desde la evaluación, el fonoaudiólogo se integra directamente desde los siguientes procesos, que lo ubica dentro del personal tratante en pacientes con cáncer. El profesional en fonoaudiología en primera instancia se centrará en hacer una evaluación funcional para lo cual, es pertinente tener en cuenta algunos aspectos antes de iniciar (47):

- Recolección de datos importantes por medio de la anamnesis, aquí se tienen en cuenta los datos personales del usuario como lo son nombre, edad, escolaridad, profesión, aspectos personales sobre su proceso, hábitos, antecedentes médicos.
- El fonoaudiólogo revisará de manera detallada los procedimientos quirúrgicos que le hayan practicado al paciente, esto será fundamental debido a que se conocerá las estructuras intervenidas y así conocer el impacto funcional que hay en ellas.
- Deberá revisar de manera clara la historia clínica del paciente y se deben tener en cuenta descripciones puntuales sobre la identificación del tipo de tumor, su localización y el tipo de tratamiento recibido.

- Conocer el estado del paciente antes de la enfermedad, mediante preguntas dirigidas a la aparición de síntomas, tratamientos anteriores, exámenes complementarios.
- Se le preguntará al paciente o cuidador de sus hábitos saludables y nocivos, es decir, prácticas inadecuadas de consumo de tabaco o alcohol, para así determinar las frecuencias en que lo realizaba y si aún lo realiza dejar claro al paciente de las posibles consecuencias negativas que pudiera contrarrestar el tratamiento.

La evaluación fonoaudiológica entonces será abordada desde los siguientes puntos (48):

- El contexto oral del lenguaje, la inspección de sus órganos efectores, y su desempeño comunicativo inicialmente desde la propiocepción de los órganos, coordinación, movilidad, tono muscular, se incluye además la inteligibilidad del habla, esta se evalúa por medio de una conversación espontánea.
- Se realiza una evaluación de la masticación, donde se tienen en cuenta diferentes puntos, como: tipo de corte que realiza el paciente durante la alimentación y la masticación, se observa el comportamiento de los labios, es decir, la competencia labial, si están cerrado o abiertos, se contabiliza el tiempo masticatorio, antes de la deglución del alimento, se analiza el número de degluciones del bolo alimenticio y la lateralidad con que predomina su masticación, debido a que esto puede generar desbalances musculares a nivel orofacial.
- Se realiza una evaluación de la deglución, pero se tiene en cuenta que, antes de evaluar como tal lo que implica la deglución, se analizan aspectos orales sensoriales y motores de las estructuras como lo son labios, mejillas, lengua, dientes, velo de la palabra, paladar duro, pared posterior de la faringe, pilares palatoglosos de los cuales se analiza a modo general la sensibilidad, simetría, tono y movilidad.

Al proceder directamente en la evaluación propiamente dicha se debe tener en cuenta que, antes de introducir a cavidad oral cualquier tipo de alimento, es pertinente hacer una limpieza y humidificación de la cavidad oral, ejecutar técnicas de higiene laringotraqueal, por medio de movimientos voluntarios como lo es la tos voluntaria y carraspeo, o asistido por medio de un aspirador oral nasal o traqueal.

A continuación, se mencionan los métodos de cribado para la deglución (49):

- Prueba para la detección de disfagia de Burke: Este permite identificar a pacientes que están en riesgo de padecer neumonía, obstrucciones recurrentes de las vías respiratorias superiores, después de un accidente cerebrovascular (ACV).
- Eating assessment tool-10 (EAT-10): Este es un cuestionario autorreportado en el que contiene 10 preguntas que están dirigidas a identificar si el paciente presenta riesgo de padecer disfagia.
- Prueba de tres onzas de agua: Esta prueba se usa en pacientes adultos que padezcan de enfermedades neurológicas, esto con el fin de evaluar y determinar riesgos de disfagia y aspiración orofaríngea.
- Gugging swallowing screen (GUSS): Esta prueba tiene la finalidad de determinar el riesgo de aspiración por alimentos.
- MECV-V: Evaluación de consistencias de tipo: (líquida-néctar-pudin).
- IDDSI: Es una escala estandarizada que se usa a nivel mundial para los alimentos y los líquidos que cuenta con texturas modificadas, estas son aplicables a personas con disfagia para todas las edades, en todos los entornos de atención y culturas.

Con estas pruebas de cribado se tomarán las medidas pertinentes para el abordaje fonoaudiológico y multidisciplinar de acuerdo a cada especificación del diagnóstico.

El fonoaudiólogo debe iniciar la intervención situándose desde una mirada analítica que pueda concebir al paciente de acuerdo a sus necesidades específicas, y de esta manera poder iniciar y guiar el proceso terapéutico, diseñar objetivos que se deban alcanzar y explicar de manera clara y las acciones que se ejecutarán durante las intervenciones.

El fonoaudiólogo podrá asimismo realizar intervenciones dirigidas hacia (50):

- Podrá detectar en qué momento justo se adaptará un sistema de apoyo, como lo es un sistema aumentativo alternativo de comunicación, según lo requiera o no el paciente y en sus familiares
- Realizar procesos de intervención.
- Brindar consejería a pacientes y a sus familiares.
- Diseñar un plan para intervención.
- Orientación sobre el plan de manejo a pacientes, padres y/o cuidadores.
- Brindar opiniones referentes al manejo terapéutico que se usará de acuerdo a sus necesidades.
- Orientar a los cuidadores frente los cambios funcionales y estructurales posquirúrgicos.
- Realizar movilizaciones de tejidos blandos a personas que requieran liberaciones de tensiones musculares.
- Presentar al usuario personas ya rehabilitadas.
- Atender de manera oportuna y con calidad la deficiencia de manera directa.
- Conciencia de la terapia.

Resultados Posibles en el Tratamiento Fonoaudiológico

Se espera que desde las intervenciones fonoaudiológicas realizadas para tratar las diferentes escuelas secundarias a procesos de tratamiento para el cáncer como lo son la quimioterapia, terapia de radiación y cirugías: los usuarios, familiares y cuidadores, mejoren su calidad de vida, debido a que durante el acompañamiento se logra la habilitación y rehabilitación de las diferentes estructuras afectadas, así mismo como la reducción de riesgos y el aporte de estrategias para adaptarse a los periodos post tratamiento.

El Fonoaudiólogo y las Funciones Estomatognáticas en el Cáncer

Se menciona que el cáncer bucal ocupa el octavo lugar entre los tipos de cáncer más comunes, con mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres y hace parte de la única enfermedad bucal que puede provocar la muerte. Cuando este no provoca la muerte, la severidad que deja las secuelas después del tratamiento es alta, por lo cual genera incapacidad en las funciones bucales básicas tales como la masticación, fonación, estética y comunicación se verán afectadas, por lo cual alguna de las funciones estomatognáticas estaría implicada (21).

Estas modificaciones funcionales relacionadas a la bioestructura tras el postratamiento asociadas con la deglución, masticación, respiración y habla, se verán afectadas y la importancia de realizar e iniciar un tratamiento multidisciplinario, es que el Fonoaudiólogo pueda y tenga la oportunidad de participar activamente dentro del proceso terapéutico rehabilitador que involucra a estos pacientes, por ello se menciona que el profesional en Fonoaudiología estudiará en cada uno de los usuarios, aquellos aspectos a nivel estructural, y funcional afectados por el cáncer y su objetivo será guiado a poder conseguir un equilibrio del sistema estomatognático y darle funcionalidad a esas estructuras implicadas.

Para tener éxito en el tratamiento y normalizar las funciones y estructuras implicadas alteradas, se deberá formular planes

interdisciplinarios con una evaluación y monitoreo constante. Sea cual fuera la causa, es importante conseguir equilibrar las estructuras y funciones del sistema estomatognático que quedarían alteradas tras el tratamiento (51).

Participación del Profesional en Fonoaudiología Dentro de un Equipo Interdisciplinar

La participación del fonoaudiólogo dentro de un equipo interdisciplinar está ligado a la falta de exploración que se tiene de la actuación del profesional en fonoaudiología en ámbitos hospitalarios y domiciliarios, puntualmente hablando a las secuelas en la función de la deglución asociadas con el cáncer localizado en estructuras como la cabeza y el cuello. Es una profesión relativamente nueva en el ámbito y que necesita de más reconocimiento por parte de los diferentes profesionales y en la integración del grupo médico. No obstante, esta investigación sirve de motivación para que los fonoaudiólogos permitan acreditar su participación interdisciplinar para la atención primaria y post tratamiento contra el cáncer, siendo vista como una profesión que trabaja basada en evidencias (52).

Atención en el Cuidado Paliativo

La práctica en los cuidados paliativos, se obtienen datos desde el imperio Bizantino (53) era guiada por doctrinas religiosas, en las que estaban basadas en el ser caritativo y bondadoso. Los cuidados paliativos (CP) nacen entonces desde diferentes culturas y países, lo cual crean hospitales o lugares en los que brindaron hospedaje y cuidado a las personas que llegaban del exterior como los pobres, los pacientes y los moribundos. Luego de esto, se centraron en poder atender exclusivamente a pacientes con cáncer avanzado, y hasta la actualidad incluyen a personas que padecen de enfermedades terminales, que presentan un alto progreso o en fase avanzada.

“Los Cuidados Paliativos son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa

e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal” (54).

Se menciona entonces que el objetivo principal en los cuidados paliativos es de alguna manera poder aliviar el dolor y otros síntomas asociados a los pacientes para darles calidad de vida, estos forman parte de un tratamiento integral e interdisciplinar para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés con la que cargan estos pacientes. Los cuidados paliativos no reemplazan el tratamiento primario que haya determinado el equipo médico, sino que este contribuirá al tratamiento que recibe. Su meta es evitar y aliviar el sufrimiento.

Muchos adultos y niños con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas o irreversibles donde el dolor y otros síntomas asociados dependen del apoyo médico para su alivio momentáneo, apoyo social, espiritual, psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. La atención y cuidados paliativos afirman la vida y consideran el morir como un proceso normal de la vida (54).

El Ministerio de Salud en Colombia define algunas características importantes del manejo de pacientes en cuidado paliativo:

Se consideran importantes ya que mejoran la calidad de vida y el bienestar de los pacientes y de sus familias, debido a quienes se enfrentan a estas enfermedades amenazantes debilitan y provocan múltiples complicaciones a nivel corporal, afectivas y socio familiares generarán situaciones de sufrimiento, propiciando más dolor y otros síntomas. Por ello desde los cuidados paliativos se les proporciona apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo a sus familiares.

1. Criterios para considerar un tratamiento desde los cuidados paliativos:

- a. Enfermedades que no tienen cura, en estado avanzado y progresivas.
- b. Que cuente con un pronóstico de vida ya limitado.
- c. Que el paciente no responda a los tratamientos específicos.
- d. Constantes crisis durante el tratamiento.
- e. El paciente pasa por intensos impactos emocionales y familiares.
- f. Repercusiones en los familiares o cuidadores.

Síntomas asociados para el tratamiento en los cuidados paliativos desde fonoaudiología:

Desde fonoaudiología, los pacientes con atención en el cuidado paliativo pueden presentar algunos síntomas relacionados a su proceso deglutorio que se ve afectado directamente desde la disfagia, como:

- a. Dolor
- b. Cansancio
- c. Deshidratación a nivel corporal
- d. Síntomas respiratorios (tos, dificultades al respirar o falta de aire)
- e. Síntomas a nivel digestivos: inflamación de los tejidos de la boca, boca seca, disfagia, náuseas y vómito
- f. Otros síntomas asociados para el tratamiento:
- g. Síntomas neuropsicológicos y psiquiátricos: delirio, insomnio, ansiedad y depresión.
- h. Lesiones de la piel: úlceras por presión.
- i. Síntomas urinarios: incontinencia u obstrucción urinaria (54).

En Colombia, el Ministerio de salud (55) expidió un reglamento como lo es la Ley 1733 de 2014 o (Ley de Consuelo Devis Saavedra) donde se

específica de manera clara la atención a pacientes con enfermedades crónicas, terminales, progresivas y degenerativas, provee, menciona y describe algunos derechos correspondientes a la atención del paciente en los cuidados paliativos, como:

- Derecho al cuidado paliativo con diagnóstico de enfermedad terminal o teniendo en cuenta los criterios para iniciar tratamiento.
- Derecho a la información del tratamiento y expectativas.
- Derecho a una segunda opinión dentro del equipo médico.
- Derecho en poder participar de manera activa en el proceso de atención y la toma de decisiones en el cuidado paliativo.
- Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y familiares.
- La atención en los últimos días de vida según (56) se debe tener en cuenta lo siguiente:
 - Se debe informar a la familia y a los cuidadores más cercanos sobre la situación de muerte pronta ocurrir, se debe proporcionar información necesaria y adecuada a sus necesidades.
 - Se debe explicar de manera clara y precisa el plan de cuidados con el paciente y el que tendrá su familia.
 - Se debe valorar constantemente los medicamentos que está tomando el paciente, identificando aquellos fármacos no esenciales en su tratamiento y suspenderlos, con previa explicación de los motivos al paciente y familiares.
 - Tratar síntomas asociados que provocan sufrimiento. Se debe informar sobre los fármacos a utilizar y estos deben estar disponibles si el paciente está en el domicilio.
 - Interrumpir o suspender pruebas innecesarias, teniendo en cuenta los deseos del paciente.
 - Se debe tratar al paciente de manera holística, es decir, valorar las necesidades psicológicas, religiosas y espirituales del paciente, la de su familia y sus cuidadores cercanos.

- Se debe brindar y facilitar la atención en un ambiente tranquilo del paciente, respetando la intimidad y facilitando el acercamiento de familiares y amigos.
- Facilitar recursos necesarios tanto a nivel hospitalización como para la atención en su hogar.

Se debe identificar los siguientes puntos (56):

Se debe considerar que el paciente está en la fase final de la vida de acuerdo a diagnósticos precisos siendo avalados por todo el equipo médico tratante, por ello es indispensable indagar y registrar acerca de información relacionada con signos y síntomas, las necesidades psicológicas, sociales y espirituales que pueda presentar, así como tener en cuenta el punto de vista de las personas importantes para el paciente en relación con el plan de cuidado.

La evaluación de un paciente que se considere en la fase final de la vida deberá incluir:

- Valoración de signos como: respiración de Cheyne-Stokes, determinar cómo está su estado de conciencia, piel moteada debido a cambios vasculares y pérdida progresiva del peso corporal.
- Evaluación de síntomas como: aumento de la fatiga corporal y pérdida del apetito dentro de su proceso alimenticio.
- Cambios en la funcionalidad como: modificaciones en la comunicación, es decir, ya no pueda comunicar o no tenga la capacidad, movilidad o funcionamiento.
- Monitoreo constante de sus signos, síntomas o funcionalidad. Una mejoría en estos puede indicar estabilización del paciente.
- Realizar un sondeo con el equipo de profesionales en salud en atención al paciente, recolectando información, también aquella suministrada o informada por el paciente y por las personas importantes para él.

- Monitorizar constantemente al paciente cada 24 horas, así poder identificar posibles cambios en su estado clínico y actualizar el plan de manejo y cuidado.

Rol del Fonoaudiólogo en los Cuidados Paliativos

En 1980, la Organización Mundial de la Salud incorporó de manera oficial el concepto de los cuidados paliativos y los promovió desde el Programa de Control de Cáncer. El término de medicina paliativa apareció únicamente asociado a las prácticas médicas; sin embargo, debido a que otros profesionales en salud tales como enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos se han visto involucrados en este proceso, ha sido indispensable poder ajustar los cuidados paliativos a una integración y tratamiento multiprofesional e interdisciplinario (7).

Por ello se menciona que, desde Fonoaudiología, el objetivo principal de la intervención fonoaudiológica en los cuidados paliativos se centrará en la educación y en el bienestar del paciente y su familia o cuidadores; por lo cual, el plan de manejo debe ser monitoreado y modificado dependiendo el estado del paciente y los cambios que se presenten conforme es progresiva la enfermedad (7) y se debe tener en cuenta los siguientes puntos para realizar diferentes actividades o trabajos en la intervención terapéutica:

Se debe generar un consentimiento informado, en el que se le explique al familiar y al cuidador sobre las indicaciones, ventajas, desventajas o posibles contraindicaciones que pueda tener el proceso terapéutico, posterior el paciente y su familia afirman que entendieron, conocieron cada punto expuesto y asumen los diferentes riesgos y beneficios sin ser coaccionados para una toma de decisión, firmará el paciente dicho consentimiento, en caso de que el paciente no esté en condiciones o no tenga la capacidad de hacerlo, lo realizará el cuidador. Si el paciente y la familia se rehúsan a cualquier tratamiento, se debe hacer un rechazo informado.

El fonoaudiólogo tiene en cuenta que la mayoría de las enfermedades terminales involucran en la fase inicial, durante su progresión o hacia el final de la vida, cambios en la comunicación y en la deglución. Aparecen condiciones generadoras de dolores a nivel craneofacial y deglutorio o alteraciones en los diferentes órganos fonoarticulatorios (OFA) que comprometen el bienestar de los pacientes y sus familias (57).

El fonoaudiólogo estará encargado del abordaje del paciente con cuidado paliativo desde tres áreas específicas: la comunicación humana, procesos deglutorios y el dolor en la zona craneofacial. A continuación, se explicará el objetivo de trabajo de cada área (7):

- Desde la comunicación, el fonoaudiólogo deberá generar canales comunicativos en cualquiera de sus modalidades. Incluso, dependiendo de cada caso se podrá implementar un método comunicativo alternativo aumentativo, lo cual será ajustado al contexto cultural y ambiental de cada paciente, teniendo en cuenta a la familia.
- En la deglución el fonoaudiólogo deberá velar por la seguridad y eficacia de la deglución, es decir, evitar aspiración y penetración de los alimentos a las vías aéreas superiores y tener una alimentación y nutrición eficaz. Realizar una evaluación de la deglución deberá dar respuesta rápida y eficaz en cuanto a los posibles síntomas y signos que pueda tener el paciente, y así poder llegar a un diagnóstico rápido y acertado y determinar el nivel de severidad. La toma de decisiones acertada evitará el sufrimiento y dolor del paciente, evadiendo de alguna manera acciones innecesarias en su tratamiento.
- En el dolor craneofacial puede ser de origen multifactorial, es decir, que este puede manifestarse en diferentes zonas o partes en las estructuras craneofaciales, se pueden producir durante el reposo o mientras se realizan funciones tales como hablar o al masticar durante el proceso de alimentación. Estos dolores pueden ser consecuentes gracias a quemaduras en la zona facial, infecciones virales, bacterianas o micóticas, edemas,

traumatismos craneoencefálicos, dificultades a nivel del sistema miofascial, o posiblemente asociadas a enfermedades sistémicas, de origen inmunológico, provenientes de algún tipo de cáncer en esta zona del cuerpo, alteraciones neurológicas, entre otras.

Las intervenciones en los cuidados paliativos pueden variar teniendo en cuenta el punto de vista del fonoaudiólogo desde las diferentes perspectivas que tenga, es decir;

La intervención que realice el fonoaudiólogo a nivel comunicativo desde los cuidados paliativos deberá tener siempre presente la progresión de la enfermedad y determinar cuáles son las habilidades conservadas en los pacientes. El profesional en fonoaudiología ofrece su atención de manera holística, no se centra solo en el paciente, sino en todo su entorno en el que está acompañado, por ende tiene la capacidad de poder ofrecer pautas a los familiares y demás profesionales acerca de la comunicación en los CP, tratando temas sobre la forma en cómo se debe realizar la interacción con el paciente, y así poder establecer un sistema que permita maximizar la comunicación del paciente y con la de su entorno, logrando esto por medio del lenguaje oral o establecer mecanismos para una comunicación no verbal eficaz, mediante estrategias que serán adaptadas a la situación actual del paciente bien sea física, cognitiva y comportamental

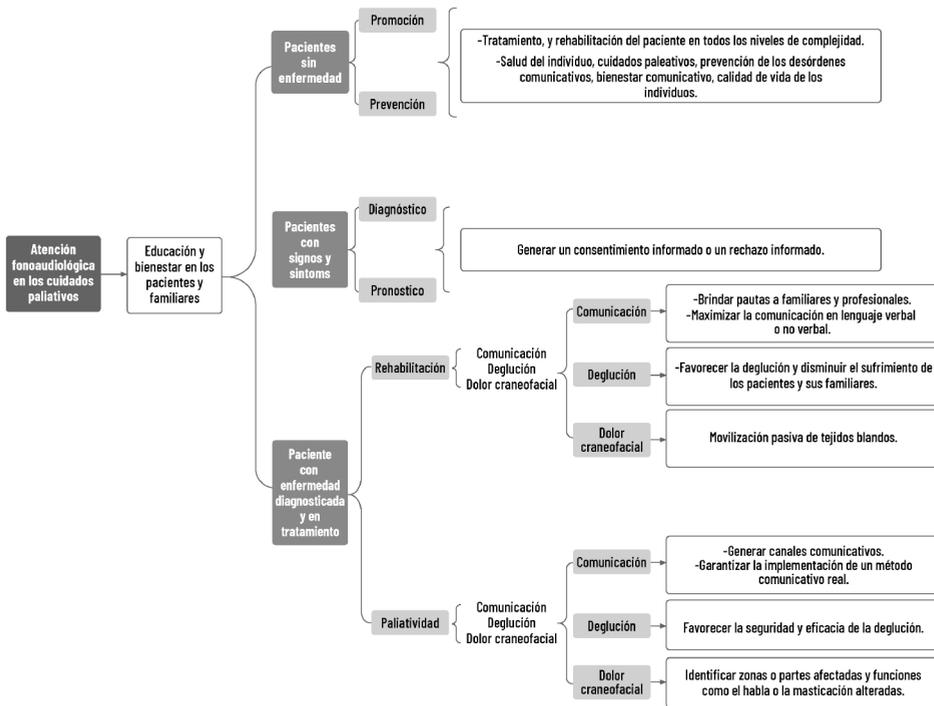
El tratamiento del dolor craneofacial desde fonoaudiología será enfocado desde la movilización pasiva de los tejidos blandos, teniendo en cuenta que en estas zonas no haya algún tipo de alteración, tumor o cáncer que pueda ser diseminado a otras partes a través de la manipulación manual, sabiendo esto el fonoaudiólogo, podrá realizar la terapia mediante diferentes técnicas como: usar estímulos térmicos, que permiten ayudar a disminuir el dolor, relajar, posicionar y recuperar funciones orgánicas en estas áreas que están alteradas. El masaje como manejo terapéutico del dolor crónico maligno y oncológico es seguro y eficaz; las diferentes investigaciones que se han realizado actualmente demuestran que al realizar estas técnicas de masaje, los pacientes presentan menos dolor, se

disminuye las náuseas, la ansiedad y obtienen una mejor calidad de vida. Es importante ser cauteloso al aplicar estas técnicas de presión, percusión y vibración, es decir, se deberá emplear solamente técnicas superficiales que activen únicamente la circulación periférica; disminuyendo el tiempo y la frecuencia en su aplicación.

Los objetivos y las decisiones clínicas que tenga el profesional en fonoaudiología durante el manejo y tratamiento en el proceso deglutorio del paciente pueden cambiar constantemente dependiendo en la fase o de la progresión en la enfermedad. En casos en que los síntomas se presenten al inicio o en una fase en la que no esté avanzada la enfermedad, los objetivos serán guiados a favorecer el proceso deglutorio específicamente de los líquidos propios y de los alimentos, con buenos resultados a nivel deglutorio, el paciente podrá mejorarse y disminuir el sufrimiento de los pacientes y la de su familia (7).

Figura 54.

Flujograma de atención fonoaudiológica en los cuidados paliativos.



Discusión

El manejo oncológico está marcado por complejidades que abarcan secuelas físicas y psicosociales, siendo las alteraciones en la comunicación y las funciones deglutorias retos primordiales. El papel del fonoaudiólogo es crucial para minimizar dichas secuelas y garantizar una calidad de vida óptima. Estudios recientes demuestran que la intervención oportuna de este profesional no solo mejora las funciones orales afectadas por tratamientos como la radioterapia y quimioterapia, sino que también reduce complicaciones asociadas a la malnutrición y la deshidratación, aspectos vitales para la recuperación del paciente. En este sentido, las pruebas de cribado como EAT-10 o IDDSI, subrayan el enfoque basado en evidencia que permite una evaluación precisa y un diagnóstico temprano de las alteraciones funcionales. Estos métodos destacan cómo la incorporación sistemática del fonoaudiólogo en protocolos multidisciplinarios de atención oncológica puede optimizar resultados clínicos y funcionales (47-49).

La atención paliativa es un área donde el fonoaudiólogo enfrenta retos significativos. Además de las funciones comunicativas y deglutorias, el manejo del dolor craneofacial y las intervenciones centradas en el confort del paciente reflejan una visión integral del cuidado. La relevancia de esta atención ha sido reconocida desde perspectivas globales, como la Organización Mundial de la Salud, que promueve la inclusión del fonoaudiólogo en equipos paliativos interdisciplinarios. La integración de técnicas no invasivas, como el masaje terapéutico superficial, demuestra cómo las intervenciones pueden ser adaptadas para aliviar el sufrimiento y respetar la fragilidad de los pacientes terminales (7).

El abordaje del cáncer y sus secuelas requiere la colaboración estrecha entre múltiples disciplinas. El texto enfatiza que el fonoaudiólogo no solo actúa como un rehabilitador, sino también como un educador y facilitador para pacientes, cuidadores y otros profesionales de la salud. Este enfoque centrado en el paciente y su entorno inmediato permite una planificación más eficaz de las intervenciones,

asegurando que las necesidades funcionales y psicosociales sean atendidas simultáneamente (46).

Aunque los estudios reportados de acuerdo al área de interés documentan ampliamente las funciones del fonoaudiólogo, es evidente que existe una necesidad de investigaciones adicionales que cuantifiquen el impacto de estas intervenciones en términos de resultados funcionales y calidad de vida a largo plazo. Además, la implementación uniforme de rutas integrales de atención que incluyan la participación activa del fonoaudiólogo en entornos clínicos y comunitarios sigue siendo un desafío en muchos países. El fortalecimiento de políticas públicas y la promoción de esta especialidad en escenarios hospitalarios y domiciliarios contribuirán al reconocimiento del fonoaudiólogo como una figura esencial en la atención oncológica integral. Esto también podría facilitar la estandarización de protocolos de intervención y la creación de programas educativos especializados (8).

En conclusión, el fonoaudiólogo desempeña un papel indispensable en el manejo de pacientes oncológicos, abordando de manera efectiva las complejas necesidades funcionales y emocionales asociadas con el cáncer. Su intervención basada en evidencia y su participación activa en equipos interdisciplinarios son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, particularmente en el contexto de la rehabilitación y los cuidados paliativos (54-56). Sin embargo, para maximizar su impacto, es necesario continuar fomentando investigaciones, políticas inclusivas y estrategias de atención integradas.

Conclusiones

Se encuentra que el cáncer cada día es más frecuente, siendo más común el de cabeza y cuello, este logra alterar directamente en mayor proporción las funciones estomatognáticas por las secuelas de los tratamientos para la patología como la radioterapia o quimioterapia.

Existe un desconocimiento por parte del sistema de seguridad social, las RIAS, y los demás profesionales en salud que trabajan con pacientes

diagnosticados con cáncer, debido a que no reconocen la importancia del profesional en Fonoaudiología y todas las funciones que este puede desarrollar dentro de un equipo clínico rehabilitador que trabaja en el manejo, tratamiento, y rehabilitación en con pacientes cáncer de cabeza y cuello, no solo en instituciones especializadas para su manejo, sino también en cualquier momento de la cadena de atención de un paciente con este diagnóstico.

El quehacer del fonoaudiólogo específicamente en el área de las funciones estomatognáticas, debe tener dentro de sus intervenciones el manejo del paciente desde un estado agudo, incluyendo las practicas seguras, eficientes y éticas del manejo paliativo.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Protección Social. *Observatorio Nacional de Cáncer: guía metodológica*. ONC Colombia. 2018;18.
2. Organización Mundial de la Salud. *Cáncer* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Organización Panamericana de la Salud. *Cáncer* [Internet]. [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
4. Instituto Nacional de Cancerología-ESE. *Conozca sobre el cáncer* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1>
5. American Cancer Society. *Información sobre cáncer de seno, colon, pulmón, piel y otros* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.org/es.html>
6. Chuhuaicura P, Álvarez G, Lezcano MF, Arias A, Díaz FJ, Fuentes R. *Patrones de deglución y metodología de evaluación: una revisión de la literatura*. Int J Odontostomatol. 2018;12(4):388–94.

7. Aguirre-Bravo ÁN, Sampallo-Pedroza R. Phonoaudiology in palliative care. *Rev Fac Med*. 2015;63(2):289–300.
8. Carreño Patiño LB. Acciones del fonoaudiólogo(a) en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS): la teoría frente a la práctica [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/71054/>
9. Schindler A, Denaro N, Russi EG, Pizzorni N, Bossi P, Merlotti A, et al. Dysphagia in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: literature review and consensus. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015;96(2):372–84.
10. Cárcamo M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. *Rev Méd Clin Las Condes*. 2018;29(4):388–96.
11. Santos KT de O, Gomes FMA, Silva SME da, Silva ARA da, Pinho CPS, Santos KT de O, et al. Sarcopenia en pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico. *Rev Chil Nutr [Internet]*. 2019 [cited 2022 Oct 31];46(4):375–83. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000400375
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención del cáncer [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Prevención-del-Cáncer.aspx>
13. Bárzaga HO. Carcinoma de células escamosas invasivo diferenciado: presentación de un caso. *Rev Arch Médico Camagüey [Internet]*. 2010;14(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000400016
14. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions [Internet]. 2002 [cited 2023 Apr 19]. Available from: https://oralcancerfoundation.org/wp-content/uploads/2016/09/Dental_professional_overview.pdf
15. Casas I, Báez A, Banfi N, Blumenkrantz Y, Javier M, Barros M, et al. Meningiomas in neuro-oncology. *Neurología Argentina*. 2016;8(3):210–26.

16. Castro VA. Estado del arte sobre el manejo fonoaudiológico del proceso de ingesta de alimentos en el paciente con cáncer orofaríngeo [undergraduate thesis]. Universidad del Valle; 2016.
17. Instituto Nacional del Cáncer. Tratamiento de los tumores del sistema nervioso central en adultos (PDQ®) – Versión para pacientes [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cerebro/paciente/tratamiento-cerebro-adultos-pdq>
18. Karina A, Cetti O, Traibel LG, Estevan M. Una causa poco frecuente de tumor pulmonar en el niño. Arch Pediatr Urug. 2008;79(1):32-7.
19. Instituto Nacional del Cáncer. Grado de un tumor [Internet]. 2013 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/pronostico/hoja-informativa-grado-tumor>
20. American Cancer Society. Estadificación del cáncer [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html>
21. Cabezas F, Rodrigo H, Claudio P, Pérez J. Alteraciones estructurales y funcionales del sistema estomatognático. Rev Areté [Internet]. 2017;17(1):31-41. Available from: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/admin,+Gestor A+de+la+revista,+1054.pdf
22. Alshafi E, Begg K, Amelio I, Raulf N, Lucarelli P, Sauter T, et al. Clinical update on head and neck cancer: molecular biology and ongoing challenges. Cell Death Dis. 2019;10(8).
23. Instituto Nacional del Cáncer. Cánceres de cabeza y cuello [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/hoja-informativa-cabeza-cuello>
24. Kristensen MB, Isenring E, Brown B. Nutrition and swallowing therapy strategies for patients with head and neck cancer. Nutrition. 2020;69:110548.

25. American Cancer Society. *Cáncer de cabeza o de cuello* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/si-usted-tiene-cancer-de-cabeza-o-cuello.html>
26. American Cancer Society. *Después del diagnóstico: una guía para pacientes y sus familias*. 2019 [Internet]. Available from: www.cancer.org/es
27. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. *Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment*. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(3):194–232.
28. Instituto Nacional del Cáncer. *Tipos de tratamiento* [Internet]. 2012 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
29. Instituto Nacional del Cáncer. *Complicaciones orales de la quimioterapia y la radioterapia a la cabeza y el cuello – Versión para profesionales de salud* [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/boca-garganta/complicaciones-orales-pro-pdq>
30. Yi JL, Samuels MA, Dong L, Jiang X, Liu S, Zhao Q, et al. *Status of treatment and prophylaxis for radiation-induced oral mucositis in patients with head and neck cancer*. *Front Oncol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 31];11:642575. Available from: www.frontiersin.org
31. Antonio GM, B ME, Berenice M. *Xerostomía*. *Rev Fac Med*. 2010;10:222–9.
32. Tejada Domínguez F, Ruiz Domínguez MR. *Mucositis oral: decisiones sobre el cuidado bucal en pacientes sometidos a radioterapia y quimioterapia conforme a la evidencia*. *Enferm Glob*. 2010;(18):1–22.
33. Sidrón Antón M, Pérez S. *Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento*. *Av Odontoestomatol*. 2015;31(4):247–59.

34. Neville B, Day T. Oral cancer and precancerous lesions. *Cancer J Clin.* 2002; 54 (4): 195-215. Available from: doi: 10.3322/canjclin.52.4.195. PMID: 12139232.
35. American Cancer Society. *Cáncer de orofaringe y de cavidad oral [Internet]*. 2022 [cited 2022 Nov 1]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral.html>
36. American Cancer Society. *Acerca del cáncer de orofaringe y de cavidad oral [Internet]*. 2018 [cited 2022 Nov 1]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/acerca-que-es-cancer-de-cavidad-oral.html>
37. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Diagnóstico temprano del cáncer en la niñez [Internet]*. AIEPI. 2014;1:1-58. Available from: www.paho.org/publications/copyright-forms
38. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. *Science and health for all children with cancer.* *Science.* 2019;363(6432):1182-6.
39. Roberto C. *Glifosato: el envenenamiento del planeta continúa.* 2015.
40. Pantoja Ludueña M, Rivero Moron A, Salvatierra Frontanilla I, Parra Nigañez P. *Retinoblastomabilateral.* *Rev Soc Boliv Pediatr [Internet]*. 2012;51(2):125. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200007
41. Soto C, Gómez LC, Criollo F, Romo R, Messa Ó, Arbeláez Echeverri P. *Ewing sarcoma of the proximal phalanx of the little finger: case report.* *Rev Colomb Cancerol.* 2014;18(3):137-42.
42. Organización Mundial de la Salud. *El cáncer infantil [Internet]*. 2021 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
43. Ministerio de Salud (Chile). *Plan Nacional de Cáncer 2018-2028: documento de consulta pública [Internet]*. Santiago: MINSAL; 2018 [cited 2025 Jun 27]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf

44. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). *Rutas integrales de atención en salud (RIAS)* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017 [cited 2025 Jun 27]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>
45. Contreras, Muñoz, Prieto, Valdés. *Instrumentos de evaluación fonoaudiológica: una aproximación a las metodologías de evaluación. Ser Creación*. 2017;(15).
46. Castañeda Maldonado JIMA, Suárez Velázquez AM. *Prevalencia de la disfagia secundaria al tratamiento de cáncer de cabeza y cuello. Areté*. 2019;19(1):39–49.
47. Osorio Gutiérrez LF, Piedrahita Villalobo M, Valbuena Cuartas C, Delprado Aguirre F. *Tamizaje de la deglución*. Medellín: Fundación Universitaria María Cano; 2020.
48. Osorio Ortiz AF. *Competencias profesionales en fonoaudiología para la intervención del cáncer de cabeza y cuello desde una perspectiva de atención primaria en salud* [Internet]. Cali: Universidad del Valle; 2019 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/16780/CB-0600208.PDF?sequence=1>
49. Ministerio de Salud y Protección Social. *IV Estudio Nacional de Salud Bucal: metodología y determinación social de la salud bucal* [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>
50. Arias Vargas KC. *Participación del profesional en fonoaudiología en políticas públicas: experiencia en la fase de diseño del ciclo de la política pública municipal sobre discapacidad en Santiago de Cali* [Internet]. Cali: Universidad del Valle; 2019 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/16829/CB-0600224.PDF?sequence=1>
51. Schramm FR. *Cuidados paliativos: aspectos filosóficos. Rev Bioética*. 1999;45(4):57–63.

52. Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ: cuidados paliativos [Internet]. 2016 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la atención integral en cuidados paliativos. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
54. Ministerio de Salud y Protección Social. Nace el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) en Colombia. Minsalud-IETS. 2016;(58):1-412.
55. Tobar-Fredes R, Olivares-Matus CA, Tapia-Saavedra S. Fonoaudiología en cuidados paliativos para adultos y adultos mayores: fundamentos, roles, abordajes y desafíos. Rev Chil Fonoaudiol. 2022;21(1):1-18.