

2.ª GUÍA DISCUSIONES SOBRE DIETOTERAPIA Y NUTRICIÓN CLÍNICA

Disfagia en pacientes con cáncer de
cabeza y cuello: Problemas y Soluciones

CONTENIDOS:

- Características generales
- Complicaciones
- Factores de riesgo
- Diagnóstico
- Tratamiento integral
- Guías de práctica clínica
- Algoritmo de decisión
- Bibliografía



vegenat®

www.discusionesennutricion.com



COORDINADORA

- García Peris, Pilar.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

PARTICIPANTES

- del Olmo García, Dolores.

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

- Gonzalo Marín, Montserrat.

Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga.

- Luengo Pérez, Luis Miguel.

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

- Pita Gutiérrez, Francisco.

Complejo Hospitalario de La Coruña. La Coruña.

- Valero Zanuy, María Ángeles.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Características generales

- La disfagia orofaríngea en los enfermos con cáncer de cabeza y cuello es un síntoma muy prevalente.
- Puede aparecer en el momento del diagnóstico y/o secundariamente al tratamiento quirúrgico y /o tratamiento coadyuvante con radio-quimioterapia. Puede persistir a largo plazo.
- Debe ser diagnosticada.
- Es subsidiaria de tratamiento eficaz y de rehabilitación.
- Debe ser codificada: (código 787,2 según la ICD-9).

Complicaciones

- Derivadas de la alteración en la eficacia de la deglución:
 - Complicaciones nutricionales:
 - Desnutrición / deshidratación.
- Derivadas de la alteración en la seguridad de la deglución:
 - Complicaciones respiratorias:
 - Aspiración / neumonía.
- Menor calidad de vida.
- Mayor morbi-mortalidad.
- Mayor coste sanitario.

Factores de riesgo

- Relacionados con el paciente :
 - Edad: ≥ 65 años.
 - IMC: $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ y/o pérdida de peso $> 5\text{-}10\%$ en los 3-6 últimos meses.
- Relacionados con el tumor:
 - Localización: mayor riesgo en cavidad oral, faringe, laringe
 - Estadío: mayor riesgo en T3-T4.
- Relacionados con el tratamiento:
 - Cirugía: depende de zona resecada y de la técnica de reconstrucción empleada.
 - Tratamiento coadyuvante:
 - Se asocia con mayor riesgo : Radio-quimioterapia combinada.
 - Se asocia con menor riesgo: RT con RIM y dosis $\leq 65 \text{ Gy}$ Quimioterapia intraarterial.

Diagnóstico

- Precoz.
- Cadencia:
 - Al diagnóstico, durante el tratamiento, post-tratamiento a medio y largo plazo.
- Métodos:
 - Anamnesis y exploración física.
 - Encuesta dietética.
 - EAT 10.
 - MECV-E.
 - Videofluroscopia.
 - Videoendoscopia de la deglución.

EAT-10 Eating Assessment Tool
Despistaje de la Deglución

PAIENTE
NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

OBJETIVO
El EAT-10 se utiliza a menudo para evaluar la dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

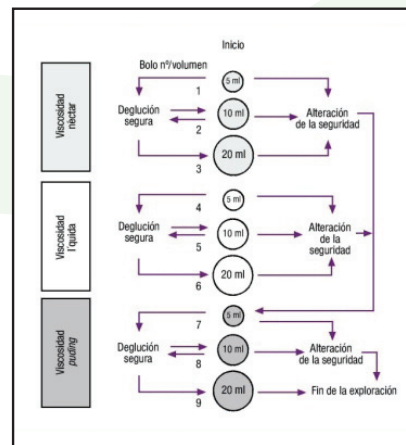
INSTRUCCIONES
Responda cada pregunta marcando en el recuadro el número de puntos. (Puede que usted pueda tener un problema ocasional).

1. ¿Le cuesta tragar o se le resaca o perder peso?	6. ¿Tragar es doloroso?
0 = ningún problema	0 = ningún problema
1 = es un problema leve	1 = es un problema leve
2 = es un problema moderado	2 = es un problema moderado
3 = es un problema grave	3 = es un problema grave
4 = es un problema muy grave	4 = es un problema muy grave
5 = es un problema muy grave	5 = es un problema muy grave
6. ¿Le cuesta tragar o se le resaca o perder peso?	7. ¿El placer de comer se ve afectado por un problema para tragar?
0 = ningún problema	0 = ningún problema
1 = es un problema leve	1 = es un problema leve
2 = es un problema moderado	2 = es un problema moderado
3 = es un problema grave	3 = es un problema grave
4 = es un problema muy grave	4 = es un problema muy grave
5 = es un problema muy grave	5 = es un problema muy grave
7. ¿Le cuesta tragar o se le resaca o perder peso?	8. Cuando traga, ¿le cuesta un poco de agua en el estómago?
0 = ningún problema	0 = ningún problema
1 = es un problema leve	1 = es un problema leve
2 = es un problema moderado	2 = es un problema moderado
3 = es un problema grave	3 = es un problema grave
4 = es un problema muy grave	4 = es un problema muy grave
5 = es un problema muy grave	5 = es un problema muy grave
8. ¿Le cuesta tragar o se le resaca o perder peso?	9. ¿Tragar es demasiado difícil?
0 = ningún problema	0 = ningún problema
1 = es un problema leve	1 = es un problema leve
2 = es un problema moderado	2 = es un problema moderado
3 = es un problema grave	3 = es un problema grave
4 = es un problema muy grave	4 = es un problema muy grave
5 = es un problema muy grave	5 = es un problema muy grave
9. ¿Le cuesta tragar o se le resaca o perder peso?	10. ¿Tragar es demasiado difícil?
0 = ningún problema	0 = ningún problema
1 = es un problema leve	1 = es un problema leve
2 = es un problema moderado	2 = es un problema moderado
3 = es un problema grave	3 = es un problema grave
4 = es un problema muy grave	4 = es un problema muy grave
5 = es un problema muy grave	5 = es un problema muy grave

A. Puntuación
Suma el número de puntos y anota la puntuación total en los recuadros.
Puntuación total (suma de los puntos):

C. Nivel de riesgo
Si la puntuación total que obtiene es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera segura y regular. Si el resultado que obtiene es menor que 3, usted puede no tener problemas para tragar de manera segura y regular.

EAT-10



MECV-V

EAT 10: Eating assessment tool. MECV-V: Método de exploración clínica volumen-viscosidad.

Tratamiento integral

- Medidas higiénico-posturales: fundamental higiene oral frecuente.
- Modificaciones dietéticas: volumen y viscosidad de sólidos y líquidos.
- Suplementos nutricionales orales.
- Nutrición enteral: sonda u ostomía.
- Rehabilitación deglutoria.

Guías de práctica clínica para el tratamiento dietético-nutricional de los enfermos con cáncer de cabeza y cuello

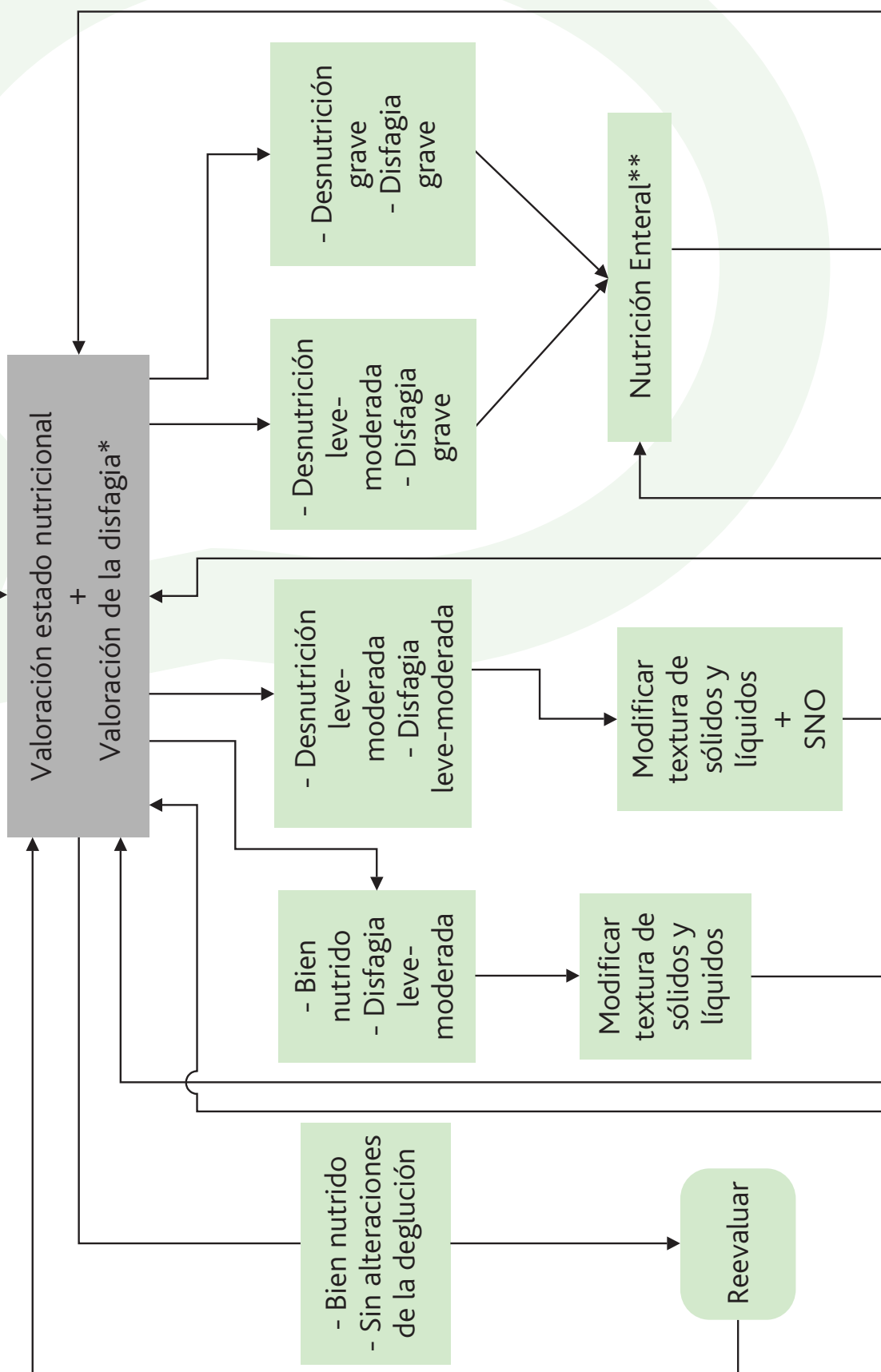
- CCO (2009); Canadá:
 - NE cuando el enfermo presenta uno o más de los siguientes síntomas: pérdida de peso (> 5% en 1 mes o 10% en 6 meses), IMC < 18,5 kg/m², disfagia, anorexia, deshidratación, dolor o algún síntoma que interfiera con la capacidad de comer.
- ENT UK (2011); UK:
 - Consejo dietético intensivo durante el tratamiento (Grado A).
 - NE si el tumor o la mucositis afecta la deglución (Grado C).
 - La NE puede administrarse mediante acceso nasointestinal o gastrostomía (Grado C).
- CCA (2014); Australia:
 - La NE puede reducir los ingresos no programados y las interrupciones del tratamiento (Grado C).
 - La intervención nutricional (consejos dietéticos, SNO o NE) mejora la capacidad funcional, la calidad de vida y la satisfacción de los enfermos (Grado B).
- NCCN (2014); USA:
 - Monitorizar estrechamente al paciente si pérdida de peso > 10% o disfagia.
 - La monitorización incluye consejos dietéticos y/o SNO y /o NE (NG o PEG). Deber realizarse pre y post-tratamiento hasta alcanzar un estado nutricional estable.
 - No se recomienda la NE profiláctica (NG o PEG), si el enfermo no tiene pérdida de peso ni disfagia ni obstrucción de vía aérea.

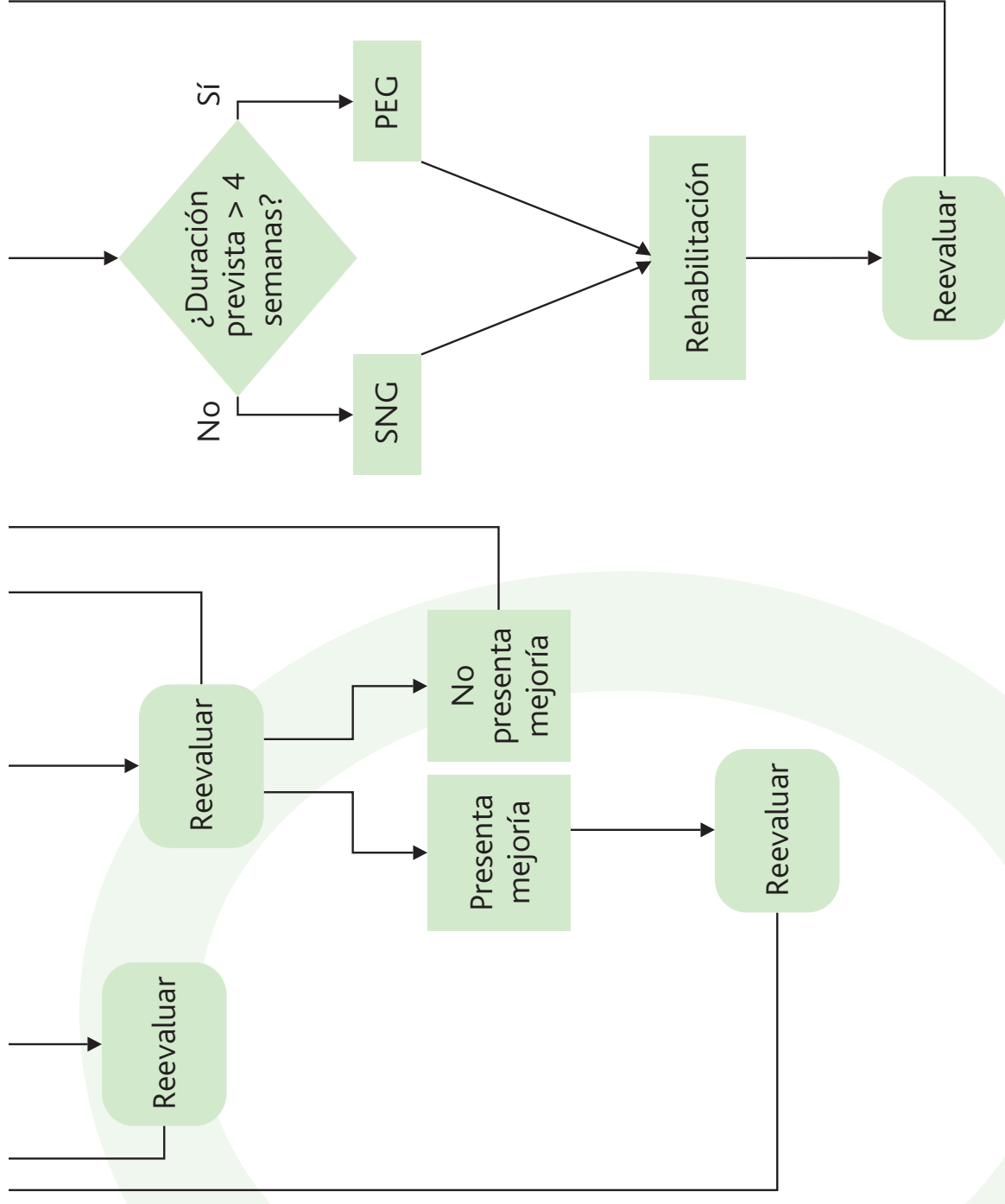
CCO: Cancer Care Ontario. NE: Nutrición enteral. IMC: Índice de masa corporal.

ENT UK: British Association of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. CCA: Cancer Council Australia. SNO: Suplementos Nutricionales Orales. NCCN: National Comprehensive Cancer Network. NG: Sonda nasogástrica. PEG: Gastrostomía endoscópica percutánea.

Algoritmo de decisión

Enfermo con cáncer de cabeza y cuello





* En el diagnóstico, durante el tratamiento, al finalizar el tratamiento y a largo plazo.

** Se debe intentar mantener la ingesta oral si no existen problemas de seguridad en la deglución.

Bibliografía

1. Bossola M. Nutritional interventions in head and neck cancer patients undergoing chemoradiotherapy: a narrative review. *Nutrients* 2015;7:265-276.
2. Burgos R, B Sarto, Seguro H et al. Translation and validation of the Spanish version of the EAT - 10 (Eating Assessment Tool- 10) for the screening of dysphagia. *Nutr hosp* 2012;27:2048-2054.
3. Clavé P, Arreola V, Romea M et al. Accuracy of the volumen-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr* 2008;27:806-815.
4. Colins K. A patient-centered approach to enteral nutrition in head and neck cancer patients. *J Parenteral enteral Nutr* 2010;34:353.
5. García-Peris P, Parón L, Velasco C et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clin Nutr* 2007;26:710-717.
6. Hutcheson K, Mihir K Bhayani, Beadle Bet al. Use it or lose it: eat and exercise during radiotherapy or chemoradiotherapy for pharyngeal cancers. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2013;139:1127-1134.
7. Kraaijenga SAC, van der Molen L, van den Brekel et al. Current assessment and treatment strategies of dysphagia in head and neck cancer patients: a systematic review of the 2012/13 literature. *Curr Opin Support Palliat Care* 2014;8:152-163.
8. Paleri V, Roe J, Strojan P et al. Strategies to reduce long-term postchemoradiation dysphagia in patients with head and neck cancer: An evidence-based review. *Head & Neck* 2014;431-443.
9. Nugent B, Lewis S, O Sullivan JM. Enteral feeding methods for nutritional manegement in patients with head and neck cancers being trated with radiotherapy and/or chemotherapy (Review). *The Cochrane collaboration* 2010, Issue 3.
10. Shune S, Karnell L, Karnell M et al. Association between severity of dysphagia and survival in patients with head and neck cance. *Head & neck* 2011:1-9.
11. Szczesniak MM, Maclean J, Zhang T ET AL. Persistent dysphagia after head and neck radiotharapy: A common and under-reported complication with significant effect on non-cancer-related mortality. *Clin Nutr* 2014;26:697-703.
12. Shinozaki T, Hayashi R, Miyazaki M at al. Gastrostomy dependence in head and neck carcinoma patients receiving post-operative tharapi. *Jpn J Clin Oncol* 2014; 44:1058-1062.
13. Physiological changes to the swllowing mechanism following (chemo) radiotherapy for head and neck cancer: A systematic review. *Dysphagia* 2013;28:481-493.



vegenat®