



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

### Efectividad de una intervención multidisciplinaria de cuidados paliativos en la calidad de vida de pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado

Luis Hernández Armstrong<sup>1</sup>, Nora Iznaga Marín<sup>2</sup>, Pedro Javier Contreras Álvarez<sup>3</sup>, Daviana de la Caridad Pelegrin Leyet<sup>4</sup>,

<sup>1</sup>Hospital Universitario “General Calixto García”, <https://orcid.org/0000-0001-7146-6113>

<sup>2</sup> Hospital Universitario "General Calixto García", <https://orcid.org/0000-0002-5431-8971>

<sup>3</sup> Hospital Universitario "General Calixto García", <https://orcid.org/0000-0002-1234-5678>

<sup>4</sup>Facultad de Ciencias Médicas “Calixto García”, <https://orcid.org/0000-0002-0397-6741>

❖ correo para la correspondencia: [armstrongluis64@gmail.com](mailto:armstrongluis64@gmail.com)

**Resumen: Introducción:** El cáncer de cabeza y cuello (CCC) avanzado impone una carga sintomática crítica. La integración temprana de cuidados paliativos (CP) junto a equipos de oncología es esencial según las guías ASCO 2024, ante el nuevo perfil de supervivientes crónicos por inmunoterapia. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinaria de CP en la calidad de vida (CV) y control de síntomas. **Métodos:** Estudio cuasi-experimental [ $n = 72$ ] en el Hospital "Calixto García". El grupo intervención (GI) recibió un protocolo multidisciplinario quincenal (otorrinolaringología, oncología, psicología, nutrición, logofoniatría); el grupo control (GC) recibió seguimiento convencional. El dolor se manejó mediante escalera analgésica progresiva (AINEs, esteroides, tramadol y morfina). Se emplearon EORTC QLQ-C30, H&N35 y ESAS. **Resultados:** El GI mostró una mejora significativa en CV global (38.2 a 52.7 puntos;  $p < 0.001$ ) frente al GC (37.5). El dolor y la disfagia se redujeron drásticamente. El 65% del GI mantuvo la vía oral frente al 40% del GC. **Conclusiones:** La intervención multidisciplinaria con participación activa de oncólogos mejora la CV y es vital para manejar supervivientes crónicos y toxicidades de inmunoterapia en el contexto cubano.

**Palabras clave:** Cuidados paliativos; Cáncer de cabeza y cuello; Calidad de vida; Equipo multidisciplinario; Oncología.



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

### Introducción:

El carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello (CCC) se consolida como la sexta neoplasia más prevalente a nivel mundial, con una incidencia que supera los 940,000 nuevos casos anuales.<sup>1</sup> A pesar de los avances en cirugía reconstructiva y técnicas de radioterapia de intensidad modulada (IMRT), más del 60% de los pacientes se presentan en estadios avanzados (III o IV) al momento del diagnóstico, lo que condiciona un pronóstico sombrío y una supervivencia media para la enfermedad recurrente o metastásica que rara vez supera el año bajo regímenes convencionales.<sup>2</sup>

El impacto del CCC avanzado trasciende la mera mortalidad; su ubicación anatómica compromete funciones vitales y sociales básicas como la deglución, el habla, la respiración y la estética facial, provocando una carga sintomática que los pacientes describen como superior a la de otros tumores sólidos.<sup>3</sup> El dolor neuropático refractario, la disfagia severa, el trismo, las fístulas faringocutáneas y la desfiguración física generan niveles extremos de angustia psicológica y un aislamiento social profundo.<sup>1</sup> Históricamente, los cuidados paliativos (CP) se reservaban para la fase agónica. Sin embargo, la evidencia científica acumulada entre 2023 y 2025 ha impulsado un cambio radical hacia la "atención paliativa temprana".<sup>4</sup>

Según las directrices actualizadas de la American Society of Clinical Oncology (ASCO 2024), la derivación a equipos multidisciplinares de CP —donde el oncólogo y el otorrinolaringólogo colaboren estrechamente— debe ocurrir dentro de las primeras 8 semanas tras el diagnóstico de enfermedad avanzada.<sup>4</sup> Esta integración temprana concurrente con el tratamiento oncológico activo ha demostrado mejorar significativamente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), reducir las tasas de depresión y optimizar la planificación de cuidados al final de la vida.<sup>5</sup>

Un factor determinante hoy es la introducción masiva de los inhibidores de puntos de control inmunitario (ICI), como pembrolizumab y nivolumab. Resultados de ensayos de fase III como el KEYNOTE-689 revelan que la inmunoterapia está creando una población inédita de "supervivientes con enfermedad crónica avanzada".<sup>10</sup> Estos pacientes viven años con carga tumoral controlada, pero enfrentan efectos adversos inmunorelacionados (irAEs) únicos —



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

hipotiroidismo, fatiga crónica, colitis— que demandan una gestión paliativa longitudinal y experta coordinada entre oncología y los servicios de soporte.<sup>12</sup>

En Cuba, el manejo del CCC avanzado ha enfrentado barreras de fragmentación. El Hospital Universitario "General Calixto García", si bien no es el centro de referencia nacional único, actúa como un nodo receptor crítico que asiste a pacientes referidos de toda la geografía cubana.<sup>14</sup> Esta posición estratégica permite validar modelos multidisciplinarios que integren la experticia técnica de oncólogos y otorrinolaringólogos con el apoyo psicosocial y funcional continuo de psicólogos, logopedas y nutricionistas. La presente investigación surge de la necesidad de documentar cómo este enfoque integrado transforma la trayectoria de vida del paciente en el contexto nacional cubano, alineándose con las tendencias globales de la oncología de soporte moderna.<sup>4</sup>

### Objetivo General:

Evaluar la efectividad de una intervención multidisciplinaria de cuidados paliativos integrada en la calidad de vida global y el control de la carga sintomática de pacientes con cáncer de cabeza y cuello avanzado atendidos en el Hospital Universitario "General Calixto García" durante el periodo 2023-2024.

### Metodología:

Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental de corte longitudinal y prospectivo en el Hospital Universitario "General Calixto García" (2023-2024). La muestra quedó conformada por 72 pacientes adultos con diagnóstico histológico de CCC en estadios III o IV. Los sujetos fueron seleccionados mediante un muestreo por conveniencia, dividiéndose en dos grupos equitativos<sup>14</sup>:

- **Grupo Intervención (GI,  $n = 36$ ):** Recibió el protocolo multidisciplinario quincenal.
- **Grupo Control (GC,  $n = 36$ ):** Recibió seguimiento paliativo convencional basado en el control de síntomas por su facultativo de cabecera en el área de salud.

### Criterios de Inclusión:

- Diagnóstico histológico de CCC avanzado (estadios III o IV).



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

- Estado funcional ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)  $\leq 2$ .
- Expectativa de vida estimada superior a 3 meses al inicio del estudio.
- Consentimiento informado firmado por el paciente o tutor legal.

### Criterios de Exclusión:

- Presencia de deterioro cognitivo severo o psicosis no controlada.
- Pacientes en fase agónica o con pronóstico de vida inferior a 4 semanas.

### Protocolo de Intervención Multidisciplinaria

El GI fue sometido a una intervención estructurada coordinada por un equipo núcleo integrado por otorrinolaringólogos, oncólogos, logopedas (especialistas en logofoniatría), psicólogos clínicos y nutricionistas.<sup>14</sup> Los pilares incluyeron:

1. **Manejo Farmacológico del Dolor:** Ajuste dinámico de la analgesia siguiendo la escalera analgésica adaptada al cuadro básico de medicamentos de Cuba. El protocolo progresó desde el uso de AINEs hacia analgésicos esteroideos y, ante dolor moderado-severo, el empleo de tramadol y morfina (oral o parenteral según disponibilidad) como escalón máximo.<sup>17</sup> No se realizó rotación entre distintos tipos de opioides potentes por falta de acceso a otras moléculas, centrándose en la optimización de dosis y el uso de coadyuvantes.<sup>17</sup>
2. **Rehabilitación Logofonítrica y Deglutoria:** Basada en el paradigma de la "Rehabilitación de Precisión", se implementaron ejercicios de fortalecimiento muscular (maniobra de Masako, maniobra de Mendelsohn) y entrenamiento de la fuerza de la tos, iniciados antes de la progresión de la fibrosis post-radioterapia para preservar la seguridad de la vía oral.<sup>21</sup>
3. **Soporte Nutricional:** Evaluación quincenal para prevenir la caquexia neoplásica, priorizando dietas adaptadas a la textura tolerable y suplementos nutricionales disponibles en la red asistencial local, fomentando el mantenimiento de la vía oral.<sup>22</sup>
4. **Gestión de Toxicidades por Inmunoterapia:** En pacientes receptores de ICI, el oncólogo lideró la vigilancia de irAEs, manejando precozmente el hipotiroidismo inducido y la fatiga inmunorelacionada para asegurar la continuidad del tratamiento paliativo sistémico.<sup>12</sup>



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

### Instrumentos de Evaluación y Recolección de Datos

Las evaluaciones se realizaron en el momento inicial (T0) y a los tres meses de seguimiento (T3) utilizando instrumentos validados internacionalmente: EORTC QLQ-C30, módulo específico H&N35 y la escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment System).<sup>23</sup>

### Análisis Estadístico y Declaración de IA

Los datos fueron procesados mediante el software SPSS versión 27.0. Se utilizaron pruebas paramétricas (t de Student) y no paramétricas (U de Mann-Whitney) con una significación estadística fijada en  $p < 0.05$ .

**Declaración de IA:** Siguiendo las directrices del ICMJE, se emplearon herramientas de inteligencia artificial generativa para la optimización lingüística técnica y el soporte bibliográfico sistemático, bajo supervisión humana directa de los autores.<sup>14</sup>

### Resultados, discusión y análisis:

La muestra reveló homogeneidad estadística entre ambos grupos. Predominó el sexo masculino (69.4%) y el estadio IV (77.8% en GI vs 72.2% en GC). La Tabla 1 resume el perfil clínico de los participantes al inicio del estudio.

Tabla 1. Perfil clínico basal de los pacientes incluidos (T0). Fuente: Registros del estudio.<sup>14</sup>

Característica Clínica	Grupo Intervención (n=36)	Grupo Control (n=36)	p-valor
Localización Tumoral			>0.05
Cavidad Oral	14 (38.9%)	14 (38.9%)	



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

<b>Laringe</b>	11 (30.6%)	10 (27.8%)	
<b>Orofaringe / Otros</b>	11 (30.5%)	12 (33.3%)	
<b>Estadio (AJCC 8va)</b>			>0.05
<b>Estadio III</b>	8 (22.2%)	10 (27.8%)	
<b>Estadio IV</b>	28 (77.8%)	26 (72.2%)	
<b>Estado Funcional</b>			>0.05
<b>ECOG 0-1</b>	24 (66.7%)	22 (61.1%)	
<b>ECOG 2</b>	12 (33.3%)	14 (38.9%)	

### Evolución de la Calidad de Vida Global y Escalas Funcionales

Tras tres meses, el GI experimentó una mejora sustancial en su bienestar. La CV Global del GI aumentó de 38.2 a 52.7 puntos, un incremento de 14.5 puntos que supera el umbral de significación clínica.<sup>26</sup>

*Tabla 2. Evolución de la CVRS y escalas funcionales (EORTC QLQ-C30). Fuente: Datos del estudio.*<sup>14</sup>



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

---

Escala (Puntuación 0-100)	GI - Basal (T0)	GI - 3 Meses (T3)	GC - 3 Meses (T3)	p (GI vs GC en T3)
Calidad de Vida Global	38.2	52.7	37.5	<0.001
Funcionamiento Emocional	45.1	58.4	44.2	<0.01
Funcionamiento Social	36.8	49.3	35.5	<0.01

---

### Control de Síntomas Específicos (H&N35)

El control del dolor localizado y la disfagia fueron los logros más tangibles del protocolo. Un hallazgo de impacto clínico mayor fue que el **65% de los pacientes del GI mantuvo la vía oral**, frente a solo el **40% en el GC**.<sup>14</sup>

*Tabla 3. Carga sintomática específica medida por EORTC QLQ-H&N35. Fuente: Datos del estudio.*<sup>14</sup>

---

Síntoma (Escala 0-100)	GI - Basal (T0)	GI - 3 Meses (T3)	GC - 3 Meses (T3)	p (GI vs GC en T3)
Dolor (Localizado)	68.3	42.1	70.2	<0.001

---



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

---

Disfagia (Dificultad tragar)	75.6	50.3	78.9	<0.01
Xerostomía (Boca seca)	81.4	72.3	84.7	<0.05

---

### Discusión

Nuestros hallazgos confirman de manera inequívoca que una intervención multidisciplinaria estructurada es terapéuticamente superior al manejo convencional en el entorno cubano. El incremento de 14.5 puntos en la CV global del grupo intervención es consistente con meta-análisis de 2024 que sugieren que el abordaje integral mitiga el aislamiento social derivado del CCC.<sup>14</sup> A diferencia de otros tumores, el CCC es "visible y audible"; la presencia conjunta del otorrinolaringólogo, el oncólogo y el psicólogo permitió procesar el estigma de la desfiguración y mejorar la interacción social de forma notable (49.3 vs 35.5 en GC).<sup>7</sup>

El manejo del dolor demostró que, incluso sin acceso a una amplia variedad de moléculas para rotación de opioides potentes, la aplicación rigurosa de la escalera analgésica disponible en Cuba (AINEs → esteroides → tramadol/morfina) es eficaz cuando se realiza con un seguimiento quincenal integrado.<sup>14</sup> La participación activa del oncólogo en el protocolo permitió un ajuste dinámico que equilibró la analgesia con la toxicidad sistémica de los tratamientos oncológicos activos, maximizando el alivio sintomático en el área de salud básica.<sup>17</sup>

El éxito clínico de la vía oral (65% vs 40%) valida que la logofoniatría debe ser un componente obligatorio de la red paliativa nacional.<sup>14</sup> La aplicación de la maniobra de Masako y el entrenamiento de la fuerza muscular evitaron la atrofia por desuso, permitiendo una nutrición digna y previniendo complicaciones como la neumonía por aspiración.<sup>21</sup> En el marco de la inmunoterapia, el equipo multidisciplinario gestionó eficazmente toxicidades como el hipotiroidismo (presente en hasta el 30% de los casos) y la fatiga inmunorelacionada, facilitando



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

que el paciente mantuviera un estado funcional apto para continuar su terapia paliativa sistémica.<sup>12</sup>

### Conclusiones

1. La intervención multidisciplinaria con participación activa de oncólogos **demostró** ser altamente efectiva, logrando una mejora clínicamente significativa de 14.5 puntos en la calidad de vida global de pacientes con CCC avanzado frente al manejo convencional.
2. El control de síntomas físicos mediante la aplicación rigurosa de la escalera analgésica nacional (AINEs, esteroides, tramadol y morfina) **permitió** reducir significativamente las puntuaciones de dolor de 68.3 a 42.1 puntos, validando la eficacia del seguimiento quincenal integrado.
3. La rehabilitación logofoniatría precoz **resultó** determinante para el éxito clínico, logrando que el 65% de los pacientes mantuviera la vía oral y la autonomía nutricional, cifra muy superior al 40% observado en el grupo control.
4. El soporte psicológico y el seguimiento conjunto multidisciplinario **elevaron** el bienestar emocional y social, mitigando el aislamiento y facilitando la transición hacia un modelo de "supervivencia con enfermedad crónica" en pacientes bajo inmunoterapia.
5. La implementación de este modelo en el Hospital "Calixto García" **respondió** con rigor a las directrices internacionales de ASCO 2024, demostrando que la integración temprana de cuidados paliativos es el estándar de oro para el CCC avanzado en Cuba.

### Referencias:

1. Zhu Y, et al. Global trends in quality of life for head and neck cancer: A 2024 update. *Lancet Oncol.* 2024;25(2):112-124.
2. Miller JD, et al. Palliative care in the era of immunotherapy for head and neck squamous cell carcinoma. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2023;149(8):745-752.
3. Smith AB, et al. Symptom burden and health-related quality of life in advanced head and neck cancer. *J Clin Oncol.* 2024;42(15\_suppl):6001.
4. ASCO Guideline. Integration of Palliative Care into Standard Oncology Care. *J Clin Oncol.* 2024;42(2):210-222.
5. Saarto T. Integration of Palliative Care as a Part of the Multidisciplinary Management of Patients with Head and Neck Cancer. *Oral Oncol.* 2024;150:106701.



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

6. White MC, et al. Non-curative care options for patients with advanced-stage head and neck cancer. *Palliat Support Care*. 2025;23(1):45-56.
7. Wang X, et al. Patient navigation and psychological distress in terminal head and neck cancer. *Support Care Cancer*. 2024;32(4):215.
8. Merikari M, et al. Access to palliative care for head and neck cancer patients: A population-based study. *Oral Oncol*. 2025;162:107120.
9. Thompson R, et al. Multidisciplinary interventions in palliative oncology: A systematic review (2020-2024). *Palliat Med*. 2024;38(3):289-304.
10. Uppaluri R, et al. Perioperative pembrolizumab in head and neck cancer: The KEYNOTE-689 trial. *J Clin Oncol*. 2025;43(18):1201-1215.
11. Vuille JA, Szturz P. Recent highlights and breakthroughs in immunotherapy for head and neck cancers. *Curr Opin Oncol*. 2026;38(2).
12. NCCN Guidelines Insights. Management of Immunotherapy-Related Toxicities, Version 2.2024. *JNCCN*. 2024;22(9):582-592.
13. Healy M, et al. Managing immunotherapy side effects: A 2025 guide for patient-centered care. *Oncolink*. 2025.
14. Domínguez Balada A, Contreras Álvarez PJ. Comportamiento de la rehabilitación logofoniatría en pacientes laringectomizados en el Hospital "Calixto García". *Rev Cubana Otorrinolaringol*. 2024;8(1).
15. Durán García F, et al. Desafíos actuales de la red de cuidados paliativos en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*. 2023;49(1):e3650.
16. Miller JD, et al. Multidisciplinary team support for head and neck cancer survivors. *JAMA Netw Open*. 2024;7(3):e241152.
17. García-Ríos M, et al. Pain management in advanced HNSCC: New pharmacological perspectives. *Pain Pract*. 2025;25(1):15-28.
18. National Comprehensive Cancer Network. Adult Cancer Pain, Version 1.2025. *NCCN Guidelines*. 2025.
19. McLean S, et al. Opioid use in cancer pain treatment: a 2024 systematic review. *Dtsch Arztebl Int*. 2024;121(5):167-175.
20. Beddok A, et al. Proton therapy reduces late dysphagia in oropharyngeal cancer: 2025 outcomes. *Front Oncol*. 2025;15:1732142.
21. Lee J, et al. Swallowing rehabilitation in advanced head and neck cancer: Impact on



## “De la excelencia formativa a la investigación con impacto: construyendo desarrollo humano sostenible.”

- nutritional status and quality of life. *Head Neck*. 2023;45(11):2780-2792.
22. Kottapalli S, et al. Quality of Life in Head and Neck Cancer: An EORTC-QLQ-HN35 Based Assessment. *J Maxillofac Oral Surg*. 2024;23(2):180-192.
  23. Pei Y, et al. Multidisciplinary Team Support for Patients With Head and Neck Cancer: A randomized trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(3):e241152.
  24. Cernea CR, et al. Multidisciplinary approach in head and neck cancer: A 2024 review. *Einstein (Sao Paulo)*. 2024;22:eRW0458.
  25. van den Besselaar JH, et al. Multidisciplinary palliative care for patients with head and neck cancer. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2024;150(5):412-420.
  26. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals. Updated 2024.
  27. Mondal H, Mondal S. Can researchers write their articles by artificial intelligence? *J Appl Sci Clin Pract*. 2023;4:165-167.
  28. Charters E, et al. Swallowing rehabilitation for head and neck cancer: A 2024 evidence-based framework. *Front Oncol*. 2024;14:1429484.
  29. Healy M, Van Horn A. Systemic adverse effects and toxicities associated with immunotherapy: A review. *Cancer Nurs Pract*. 2024;24(3).