



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PLAN UNICO DE ESPECIALIDAD
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A UN ADULTO MAYOR CON ALTERACIÓN
EN LA NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS, ANTE TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO POR CANCER DE CAVIDAD ORAL.**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA ONCOLÓGICA**

**PRESENTA
LETICIA BUENDÍA GÓMEZ**

ASESOR: LIC. ENF. FCO. ROGELIO RODRIGUEZ DIAZ



México

Mayo-2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A los coordinadores de la Especialidad de Enfermería Oncológica:

Lic. Enf. Emma Ávila García, EEO. Martha Patricia Vargas Álvarez y Lic. Enf. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz, por haberme abierto las puertas a través del Instituto Nacional de Cancerología para la realización de la Especialidad y de otorgarme siempre su valioso tiempo, compromiso y dedicación en todo momento.

A mi tutor clínico:

Lic. Enf. Francisco Rogelio Rodríguez Díaz, por la disponibilidad que tuvo para asesorarme en las prácticas clínicas, así como de compartir con sencillez sus conocimientos y experiencia para la realización de éste trabajo.

A Don Jesús MG:

Por haberme permitido conocerlo como ser humano y cuidarlo en su proceso de enfermedad.

DEDICATORIA

A Dios:

Por bendecirme con todos los dones y virtudes que me haz confiado desde el momento en que decidiste, a través de mis padres, a asomarme a esta gran aventura que es la vida con el deseo de servir en todo momento a mis semejantes.

A mis abuelitos:

Por haberme querido tanto y haber estado presente en momentos importantes de mi vida, los extraño mucho.

A mis padres:

Por haberme dado el privilegio de existir, me siento afortunada por tenerlos a mi lado, admiro su fuerza y fortaleza para salir adelante. Cada logro, cada esfuerzo, son suyos también porque siempre han estado conmigo para apoyarme.

Gracias por guiar mi camino y enseñarme a ser mejor persona cada día. Los amo con todas mis fuerzas.

A mi querido esposo:

En especial a ti amor mío por estar presente en mi vida y quererme y apoyarme desde el momento en que decidimos emprender esta aventura juntos. Agradezco la paciencia y comprensión que tuviste durante mi proceso de estudio, por desvelarte conmigo y ayudarme a no caer en momentos difíciles. Te admiro como persona y te amo profundamente.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
III. FUNDAMENTACIÓN.....	9
3.1 Antecedentes	9
IV. MARCO CONCEPTUAL	16
4.1 Conceptualización de enfermería.....	16
4.2 Paradigmas	18
4.3 Teoría de enfermería.	21
4.4 Proceso de enfermería.....	26
V. MARCO REFERENCIAL.....	34
5.1 Anatomía y fisiología.....	34
5.2 Epidemiología	63
5.3 Factores de riesgo	65
5.4 Manifestaciones clínicas	67
5.5 Vías de diseminación	70
5.6 Diagnóstico	71
5.7 Factores pronóstico.....	72
5.8 Estadificación	74
5.9 Tratamiento	76
VI. METODOLOGÍA	79
6.1 Estrategia de investigación, estudio de caso	79
6.2 Selección del caso y fuentes de información	80
6.3 Consideraciones éticas	81
VII. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	85
7.1 Antecedentes generales de la persona	85
7.2 Descripción del caso	87
VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	87

IX. PLAN DE ALTA.....	111
X. CONCLUSIONES	115
SUGERENCIAS	116
ANEXO 1: Carta de consentimiento informado	117
ANEXO 2: Formato de valoración	118
ANEXO 3: Tríptico cuidados de drenejes en casa	126
ANEXO 4: Guía de cuidados para pacientes portadores de traqueostomía.....	130
BIBLIOGRAFÍA	132

I. INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería ha evolucionado de forma importante en las últimas décadas, estos avances han exigido a los profesionales la incorporación del método científico, y el sustento teórico de la práctica, que demuestre la relación del conocimiento con el ejercicio profesional de la enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método sistematizado que define el campo del ejercicio profesional de enfermería en la práctica, éste permite prestar cuidados de forma racional y lógica; requiere de manera indispensable el desarrollo de un pensamiento crítico, reflexivo y humanístico, orientado al cuidado con calidez para satisfacer las necesidades de salud con la finalidad de mantener la independencia de la persona.

En este sentido, la enfermería oncológica presta servicios enfermeros profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, desde la prevención del cáncer, a los cuidados del enfermo en situación terminal¹. Por lo que el papel de los profesionales de oncología exige constantemente responder a nuevas demandas por parte de la población, que deben ser afrontadas desde una visión interdisciplinar y consensuada, para mejorar los objetivos terapéuticos y la calidad de vida de las personas con cáncer.

Por lo tanto, la enfermería oncológica enfrenta el reto de dar cuidados de calidad, desarrollando instrumentos que determinen si las personas con una enfermedad oncológica reciben efectivamente estos cuidados: los estándares de la práctica proporcionan el marco para desarrollar indicadores clínicos específicos que permitan medir las intervenciones profesionales.

Estos cuidados se reflejan en el siguiente caso que se desarrolla como parte de este estudio de caso, en el que se aborda a una persona de 75 años de edad

¹ SEEO: Sociedad Española de Enfermería Oncológica [Internet]. España: SEEO; c2009 [citado 18 dic 2013]. Disponible en: <http://www.seeo.org/pages/estandares/introduccion.aspx>

tratado en el Instituto Nacional de Cancerología que presenta un cáncer de cavidad oral, un tipo de cáncer poco frecuente pero que representa un problema clínico importante pues 65% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas y se acompaña de un pronóstico grave con importantes secuelas estéticas y funcionales.

En la actualidad no se conoce todavía la causa del cáncer oral, pero ya se sabe que los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de la enfermedad son el hábito del tabaco, el exceso de alcohol (la combinación tabaco más alcohol parece multiplicar los riesgos), infecciones víricas, (principalmente por papiloma virus) y las lesiones precancerosas (Eritroplasia, Leucoplasia)².

La estirpe histológica más común del cáncer de cavidad oral es el carcinoma de células escamosas o epidermoide, que constituye aproximadamente el 65% de las neoplasias malignas en este sitio. La mayoría de estos tumores son diagnosticados en estadios que requieren la instauración de tratamientos quirúrgicos, radioterapia y quimioterapia.

Dichos tratamientos alteran la función e integridad de la cavidad oral, de igual manera está asociada a una importante morbilidad clínica (dolor, desnutrición, infecciones locales y sistémicas) que prolonga la estancia hospitalaria e incrementa el gasto sanitario. También puede afectar la capacidad de hablar, de deglutir y la autoestima, comprometiendo el estado funcional y la calidad de vida de la persona.

En el desarrollo del estudio de caso se describen diferentes puntos para la elaboración del mismo. En primer lugar, se encuentran los objetivos que se plantearon para lograr mejores grados de independencia de la persona, así como los hallazgos bibliográficos que fueron importantes para fundamentar este estudio.

² Caribe G, F y Cols. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer. Med Oral [Internet]. 2003 [citado 18 dic 2013]; 8(33): 178-187. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i3/medoralv8i3p178.pdf>

En segundo lugar, encontramos los conceptos que definen a la enfermería como disciplina y profesión, igualmente se mencionan los 3 paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Se trata de los paradigmas de categorización, de la integración y de la transformación. Otro punto importante es la descripción del modelo de Virginia Henderson como base de una estructura teórica de la actuación enfermera, que orientó la valoración de enfermería para la detección de las necesidades humanas alteradas en la persona sujeto de estudio y finalmente en este punto, se menciona el Proceso de Atención de Enfermería y sus 5 etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los cuales se realizan acciones intencionadas para maximizar los resultados a largo plazo.

En tercer lugar, se establece de manera específica el marco referencial el cual nos da un panorama de la patología en el que se hace referencia a la anatomía y fisiología, epidemiología, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, vías de diseminación, diagnóstico, factores pronóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de cavidad oral. Por último, la metodología se llevó a cabo a través de la selección de un caso de una persona de género masculino de 75 años de edad, con cáncer de cavidad oral que se encontraba en el segundo piso de hospitalización de cirugía del Instituto Nacional de Cancerología, el cual fue operado de Hemiglosectomía y mandibulectomía, por lo que esta persona presentaba diversas necesidades humanas alteradas, motivo por el cual se consideró necesario realizar un plan de cuidados en el que se aplicara cada una de las etapas del Proceso de Atención Enfermería, apoyado en la Filosofía conceptual de Virginia Henderson, permitiendo que la persona alcanzara mejores niveles de independencia.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo general

Aplicar un plan de cuidados a una persona pos operada de cáncer de cavidad oral, que a través de un instrumento de valoración, permita identificar necesidades humanas alteradas, jerarquizarlas, formular diagnósticos de enfermería, aplicar y ejecutar intervenciones especializadas, para lograr la independencia y contribuir al restablecimiento del estado de salud.

Objetivos específicos

Realizar una valoración exhaustiva y valoraciones focalizadas para identificar necesidades humanas alteradas utilizando la filosofía conceptual de Virginia Henderson.

Formular diagnósticos de enfermería, reales, potenciales y de bienestar, para realizar intervenciones especializadas, ejecutarlas y evaluarlas durante la aplicación del plan de cuidados.

Realizar un plan de alta que favorezca la continuidad de los cuidados a partir de su hospitalización hasta su egreso hospitalario acorde a las necesidades de la persona.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células³. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. Desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; su consecuencia es el desarrollo de una clona que puede invadir y destruir los tejidos adyacentes, y diseminarse hacia sitios distantes en los que se forman nuevas colonias u ocurre propagación metastásica⁴.

Así mismo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2013) el cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). Aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer registradas en 2008 se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030.

Los tipos de cáncer que más muertes causan cada año son el cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon, mama y útero. En la actualidad, el cáncer de cavidad oral ocupa el octavo lugar dentro de los principales tipos de cáncer y se presenta de manera más frecuente en hombres que en mujeres.

³ OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. México: OMS; c2013. [citado 10 enero 2014] Datos y cifras. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

⁴ Granados GM. Manual de oncología. Procedimientos médico quirúrgicos. Vol.2.5ta. Ed. México: Mc Graw Hill; 2013; págs. 1,340.

De acuerdo a la American Cancer Society⁵, en 2013 se diagnosticaron 42,440 casos de cáncer de cavidad oral en adultos (30,220 hombres y 12,220 mujeres) en los Estados Unidos siendo más del doble en los hombres que en las mujeres.

Por su parte, el Registro Histopatológico de las Neoplasias en México en el 2002 tuvo conocimiento de 877 casos de cáncer de cavidad bucal estimándose que las áreas más comunes en éste tipo de cáncer son la lengua, las amígdalas, la orofaringe, las encías y el piso de la boca. Donde la máxima frecuencia ocurre entre los cincuenta y setenta años (la edad promedio es sesenta años)⁶.

Por todo ello, el cáncer de cavidad oral representa un problema clínico importante, pues 65% de los casos se diagnostica en etapas avanzadas, esto exige la instauración de tratamientos quirúrgicos, radioterapia y quimioterapia acompañándose de un pronóstico grave con importantes secuelas funcionales (como la capacidad de masticar, deglutir y hablar), estéticas y psicológicas que impactan en la calidad de vida de la persona.

Ante estas situaciones se requieren cuidados especializados continuos según la sintomatología o las necesidades humanas alteradas que pueden ser cambiantes, tanto en aspectos físicos, como emocionales, sociales y espirituales de la persona; en este sentido, las funciones que desempeña enfermería en el cuidado de personas con cáncer de cavidad oral, sus intervenciones y actividades son fundamentales para el restablecimiento de la salud y mejorar la calidad de vida.

A continuación se presentan algunos hallazgos de estudios publicados entre los años 2006-2012, que fueron relevantes para el presente estudio de caso en relación a la aplicación del proceso de enfermería en el cáncer de cavidad oral. La búsqueda se efectuó en bases de datos como CUIDEN, Pub Med, Scielo, Enfermería global, google académico, entre otras, se consideraron artículos en

⁵ ACS: American Cancer Society. *Oncologist-approved cancer information from the American Society of Clinical Oncology*. [Internet]. EEUU: ACS; [citado 20 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.net/print/18192>

⁶ Granados GM. Op cit. pág. 8

español. Cabe mencionar que es poca la información encontrada con respecto a estos casos.

El primer estudio, elaborado por Ruiz y cols.⁷, remarca la importancia de la aplicación de un plan de cuidados de enfermería a una persona intervenida quirúrgicamente por carcinoma sublingual, a través del modelo de cuidados de Virginia Henderson. Fue un estudio prospectivo, aplicando las 5 etapas del proceso de atención de enfermería a un adulto varón de 51 años. La valoración la realizaron al ingreso por medio de fuentes directas (entrevista, observación, exploración física) e indirectas (historia clínica). Según el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson destacaron las necesidades de alimentación, seguridad, comunicación y valores y creencias. Los diagnósticos fueron realizados por medio de la taxonomía NANDA, NIC, NOC, abordaron los siguientes: Dolor agudo, aislamiento social, ello al ingreso; posteriormente le elaboran plan de cuidados pre y pos quirúrgico inmediato. Se da seguimiento vía telefónica al egreso por parte del personal de enfermería. La persona inició con tratamiento de radioterapia incluyendo los diagnósticos siguientes: Estrés por sobrecarga, sufrimiento espiritual, así como: nutrición: desequilibrio por defecto. Finalmente se concluye que los planes de cuidados estandarizados aplicados a una persona con cáncer bucal, contribuyeron a detectar problemas de la persona, personalizar e individualizar el cuidado tanto intrahospitalario como en su domicilio y realizar una evaluación continua durante todo el proceso. En cuanto al personal de enfermería permitió responder en forma eficaz, en este caso se intentó restablecer la integridad de la mucosa oral, paliar tanto el estrés, el sufrimiento espiritual, su soledad y el dolor físico del mismo, con intervenciones y supervisión profesional. Al mismo tiempo transmite la importancia de la figura profesional de enfermería, en la asistencia del paciente en todas sus necesidades, en el acompañamiento permanente y valorando las condiciones del individuo en todo momento.

⁷ Ruiz AE. Plan de cuidados de enfermería en un caso de paciente con cáncer bucal. Rev. Enfermería CyL [Internet]. 2012 [Citado 19 Dic 2013]; 4(1): 3-12. Disponible en: https://scholar.google.com.mx/scholar?q=related:xJle9BrHq9gJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1

En el siguiente caso clínico, Pérez y Cols.⁸, realizan un Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE), en donde describen los cuidados realizados en el hogar de una persona de 44 años, varón, con carcinoma epidermoide invasor de lengua postoperado de hemiglosectomía y disección radical de cuello, utilizando la metodología del proceso de enfermería. Para valorar el estado de salud de la persona, utilizaron el marco de referencia de los 11 patrones funcionales de salud. En el diseño y ejecución del plan de cuidados de enfermería, aplicaron la taxonomía de la NANDA, NIC y NOC. La valoración fue realizada en el hogar de la persona por medio de comunicación escrita y lenguaje no verbal. El plan de cuidados lo elaboraron en forma prioritaria en base a los siguientes diagnósticos: Deterioro de la deglución r/c trauma interno (hemiglosectomía) m/p tos antes del a deglución, babeo, falta de masticación; Deterioro de la comunicación verbal r/c defecto anatómico (hemiglosectomía) m/p dificultad para hablar , formar frases, expresar los pensamientos verbalmente o pronunciación poco clara y riesgo de infección r/c alteración de las defensas secundarias (leucopenia), traumatismo de los tejidos (hemiglosectomía y disección radical de cuello) y enfermedad crónica (cáncer). La evaluación la realizaron 6 semanas posteriores a la cirugía. Las puntuaciones registradas en el plan de cuidados: basal, diana, pos intervención y cambio, fueron significativas, ya que los resultados fueron positivos para el estado de salud de la persona. Así mismo, concluyeron que los PLACES permiten seguir la trayectoria de la persona durante su atención médica y sugieren la necesidad de diseñar e implementar programas de cuidados preventivos, además de consejería y apoyo educativo a las personas recién diagnosticadas.

En los 2 artículos anteriores se puede observar la aplicación del proceso de enfermería en casos similares como son personas con cáncer oral, varones de 44 y 51 años respectivamente, lo que concuerda con las estadísticas anteriormente mencionadas. El plan de cuidados de enfermería nos proporciona una guía de

⁸ Pérez NE, Morales EM. PLACE Aplicado en el Hogar de un Adulto con Cáncer de Lengua. *Desarrollo Científ Enferm.* [Internet]; 2011. [citado 18 enero 2014]; 19(2): 57-61 Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/dce/19pdf/19-057.pdf>

acción válida y efectiva ante situaciones concretas de salud, inclusive utilizando diferentes referencias teóricas, nos permite planificar y evaluar los cuidados de manera individual obteniendo resultados satisfactorios en las personas tanto en la estancia intrahospitalaria como en el hogar.

El siguiente artículo se tomó en cuenta por las similitudes a este caso clínico:

Se trata de un plan de cuidados elaborado por Pozas y Cols.⁹ Aplicado a un paciente laringectomizado varón de 54 años, donde pretenden constatar la utilidad de la aplicación de programas de educación para la salud dirigidos a los pacientes y sus cuidadores de forma individualizada y desde una perspectiva integral. En la metodología utilizaron el modelo conceptual de Virginia Henderson y las taxonomías NANDA, NIC y NOC. La valoración fue realizada en el preoperatorio en el cual valoraron y trabajaron los siguientes diagnósticos enfermeros: Temor y conocimientos deficientes, siendo de gran importancia dado que la persona, según la valoración, expresaba temor, preocupación y desconocimiento respecto a la intervención quirúrgica. En el posoperatorio incluyeron: limpieza ineficaz de vías aéreas, deterioro de la comunicación verbal, deterioro de la deglución, trastorno de la imagen corporal, disposición para mejorar el afrontamiento y las complicaciones potenciales: Dolor, hemorragia e infección. Según el artículo, la persona y su familia mostraron gran motivación por adquirir los conocimientos necesarios para gestionar el autocuidado. El profesional de enfermería incluyó en todo momento al paciente y al cuidador primario en el cuidado. El asesoramiento preoperatorio fue fundamental para la adaptación y afrontamiento de la persona a su nueva situación de salud contribuyendo a la reintegración social a través de la recuperación de su salud y autoestima. Los cuidados posoperatorios ayudaron a controlar las complicaciones derivadas de la cirugía. En la experiencia de los autores, según este artículo, la aplicación de programas para la salud dirigidos a

⁹ Poza AC, Ortiz JF. Plan de cuidados al paciente laringectomizado total. Caso clínico. *Evidentia* [Internet]; 2006. [citado 19 enero 2014]; 3(12). Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/evidentia/n12/266articulo.php>

los pacientes y sus cuidadores, son estrategias necesarias para la reinserción familiar, social y laboral que repercuten en la calidad de vida de la persona.

Por otro lado, un aspecto importante a la hora de valorar a la persona con cáncer de cavidad oral, son los problemas para la alimentación, ya que son enfermos que con frecuencia presentan estos problemas antes, durante y después del tratamiento, como se menciona en el siguiente artículo y es de vital importancia que el personal de enfermería precise un soporte nutricional oportuno, y valorare la vía alternativa para evitar complicaciones como desnutrición energético-nutricional grave. Igualmente iniciar con la rehabilitación de la función deglutoria para minimizar la estancia hospitalaria.

La investigación de Pérez C. y Cols.¹⁰, fue un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de conocer el impacto de los diferentes tratamientos sobre el estado nutricional de los pacientes con cáncer de cavidad oral atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología durante el período comprendido del 2009 al 2011. Los resultados fueron: De los 99 pacientes que incluyeron 58% (n=58) correspondieron al sexo femenino y 40% (n=41) al sexo masculino. La media de edad fue de 61,2 años. El tipo de tratamiento que presentó mayor frecuencia fue el tratamiento con quimioterapia antineoplásica en concomitancia con radioterapia 28% (n = 28), seguido de cirugía 23,2% (n = 23) y radioterapia con un 18% (N = 18%). Las complicaciones más frecuentes fueron: xerostomía (20%), odinofagia y/o mucositis (19%), y disfagia (17%). Otras complicaciones fueron: náuseas, vómito, diarrea, disgeusia, astenia, disnea y estreñimiento.; El 54% de los pacientes que se observó una disminución de peso fueron los que presentaron xerostomía, odinofagia y mucositis. El IMC, presentó cambios al inicio y al final del tratamiento; siendo las más significativas: desnutrición inicial con un promedio de 1% y final de 15%, obesidad inicial 14% y final de 8%. Por lo que podemos destacar que la desnutrición aumentó al final del tratamiento por ende el

¹⁰ Pérez CD, Nicola DL, Ñamendys SS, Copca ME, Hernández MM, Herrera GÁ, et al. Estado nutricional de los pacientes con cáncer de cavidad oral. *Nutr. Hosp.* [Internet]; 2013. [citado Feb 2014]; 28(5): 1458-1462. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500013&lng=es

sobrepeso y la obesidad disminuyeron. La media de la albumina inicial fue 3,7 g/dL. Por lo tanto, el soporte nutricional oportuno juega un papel importante en el tratamiento del cáncer de cavidad oral, ya que puede minimizar el deterioro del estado nutricional, ofreciendo una mejor tolerancia al tratamiento y disminuyendo probables efectos adversos para la supervivencia del paciente.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería

La enfermería es una disciplina profesional orientada hacia la práctica y es considerada como ciencia, posee un cuerpo organizado de conocimientos, al que se llega mediante la investigación científica, y como arte, cuando en la práctica de los cuidados enfermeros, de forma ética, creativa e imaginativa, usa el cuerpo de conocimientos en servicio de las personas y de sus necesidades de salud. Los conceptos centrales (cuidado, persona, salud y entorno) y la relación entre ellos, conforman el núcleo de la disciplina de enfermería.

El objeto de estudio de la enfermería es el cuidado, son acciones que proporciona la enfermera con el objetivo de mantener y conservar la vida, ayudando a la persona a desarrollar sus capacidades, el cuidado se da respetando a la persona con un enfoque holístico¹¹.

Enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social. Se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Los profesionales de enfermería, deben desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades comunicativas para ofrecer a las personas de atención, un cuidado integral que los conduzca al alcance del más alto nivel de armonía y bienestar; y deben reconocer que el cuidado es su deber y es el derecho de las personas que demandan sus servicios.

Se considera a la enfermería una profesión de ayuda; tiene un cuerpo de conocimientos abstractos formado por una serie de teorías y modelos

¹¹ Reyes GE. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. 3a. Ed. El Manual Moderno; 2009. pp. 65-85

conceptuales que abordan los conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero, este es enriquecido a través de la investigación y le da estatus de ciencia a la actividad con un método científico (PAE) y el cuidado en su dimensión más amplia como objeto de estudio.

Organizaciones y teóricas han propuesto definiciones de enfermería, Dorothea Orem, la define como “un servicio y una manera de ayudar a los seres humanos. La forma o estructura de la enfermería se deriva de las actividades elegidas deliberadamente y realizadas por las enfermeras para ayudar a los individuos o a los grupos a mantener o a cambiar sus condiciones o su medio ambiente. Conciernen especialmente a las necesidades individuales de autocuidado para mantener la vida y la salud, recuperarse de las enfermedades y lesiones, y hacer frente a sus secuelas” (Kozier, 1989 en Valle 2009). Con esta definición se piensa que enfermería ayuda a las personas a cambiar sus condiciones de vida para favorecer la salud y bienestar, para que el individuo se responsabilice de su cuidado y cubra sus necesidades.

El Consejo Internacional de Enfermería¹² define enfermería como “aquella que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

Así mismo de acuerdo a la American Nurses Association¹³ enfermería es “la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y

¹² CIE: Consejo Internacional de Enfermería. *Definición de enfermería*. [Internet]. 2010. [citado 20 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

¹³ ANA: American Nurses Association. *Nursing's Social Policy Statement: The essence of the profession*. [Internet]. 2010. [citado 20 Ene 2014].

tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones”.

En ambas definiciones se resume que enfermería, brinda apoyo a la persona sana o enferma, educándola, cuidándola, protegiéndola, ayudándola a su rehabilitación.

4.2 Paradigmas

En el área de la ciencia de enfermería, los autores han propuesto una terminología específica de los paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Se trata de los paradigmas de categorización, de la integración y de la transformación¹⁴. Igualmente se describen cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera: orientaciones hacia la salud pública, hacia la enfermedad, hacia la persona y la apertura sobre el mundo. Se analizan estas orientaciones en relación a los conceptos que tienen actualmente un cierto consenso en el seno de la disciplina enfermera, es decir, los conceptos “cuidado”, “persona”, “salud” y “entorno”.

Paradigma de categorización

Éste paradigma ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública, que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública: Está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

Orientación hacia la enfermedad: Contexto marcado por la expansión del control de las infecciones. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad

¹⁴ Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología, (2009), 2ª. Ed., págs. 63-79.

independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura; la salud es concebida como la ausencia de la enfermedad, el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales.

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia, su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir el déficit y ayudar a los discapacitados.

Paradigma de la integración

Éste paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de las personas en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Intervenir significa actuar con la persona y responder a sus necesidades.

La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. El entorno, lo constituyen los diversos contextos (histórico, social, político, etc.). La persona interactúa con el entorno en forma de estímulos positivos y negativos y de reacciones de adaptación. La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia las personas.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Las investigaciones se elaboran alrededor del objeto del cuidado. La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales.

Paradigma de la transformación

Representa un cambio de mentalidad, es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre los cuidados de salud primarios, destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone la puesta en marcha de un Sistema de Salud basado sobre una filosofía en que los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas.

La persona comienza a considerarse como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. La salud se concibe como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno y se integra en la vida misma del individuo, la familia y el grupo social. Así mismo, la salud es un valor, una experiencia individual. También hace referencia al bienestar y a la realización del potencial de creación de la persona. La experiencia de la enfermedad forma parte de la experiencia de la salud, y la salud va más allá de la enfermedad siendo un aspecto significativo del proceso de cambio de la persona.

El entorno, es todo el universo que forma parte de la persona, estando en constante cambio.

El cuidado de enfermería se dirige hacia el bienestar, tal y como la persona lo define significa “estar con”, en un clima de mutuo respeto creando posibilidades de desarrollar su potencial, lo que beneficia también al profesional.

Después de la década de los 70, los profesionales de enfermería muestran una mayor preocupación por los aspectos filosóficos y humanísticos del cuidado. Cuidar a una persona significa el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y convicciones.

4.3 Teoría de enfermería.

Modelo de Virginia Henderson.

Virginia Henderson, nació en 1897 en Kansas, Missouri. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería¹⁵.

Henderson define a la enfermería en términos funcionales como:

<<La única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a ser independiente lo antes posible>>.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades básicas de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1. Respirar con normalidad
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos del organismo
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada
5. Descansar y dormir
6. Seleccionar vestimenta adecuada
7. Mantener la temperatura corporal

¹⁵ Raile AM., Marriner TA. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ma. Edición, Elsevier, España, 2011, pp 50-55.

-
-
8. Mantener la higiene corporal
 9. Evitar los peligros del entorno
 10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones
 11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión
 12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
 13. Participar en todas las formas de recreación y ocio
 14. Estudiar descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más de estas necesidades no se satisfacen, por lo tanto surgen los problemas de salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar, suplir o acompañar a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse, al igual que los de independencia, de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales). Cabe añadir que se puede presentar una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

Las necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

a) **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

b) **Variables:** estados patológicos :

- Falta aguda de oxígeno.
- Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
- Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
- Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
- Estados febriles agudos debidos a toda causa.
- Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
- Una enfermedad transmisible.
- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.

Las actividades que enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina cuidados básicos de enfermería, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o

como compañera. Los cuidados se aplican a través de un plan de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario, forma parte de un equipo sanitario. Actúa independiente de la medicina, pero colabora con el médico cuando este atiende al paciente.

Definición de Virginia Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería¹⁶.

- Considera que **Persona**, es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud y su independencia, o para tener una muerte tranquila.

De igual forma, el paciente y su familia son una unidad. Además, Henderson utiliza otros términos tales como Independencia y Dependencia; donde hace referencia que para alcanzar un mínimo de satisfacción de necesidades, el individuo debe responder en forma conveniente por medio de comportamientos adecuados que el mismo realice. Esto varía de acuerdo a la edad del individuo, ya que el niño alcanza un nivel aceptable de satisfacción de acuerdo al nivel de crecimiento y desarrollo en que se encuentra y, Henderson lo considera independiente. Se vuelve dependiente cuando existen deficiencias en su capacidad de satisfacer las necesidades que deben ser habitualmente cubiertas, o bien por la incapacidad de satisfacerlas por él mismo de acuerdo a su edad.

En el adulto, como en el caso del paciente que nos ocupa, la independencia, Henderson la define como: “Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin la ayuda de otra persona”; y dependencia, la considera como: “La incapacidad del sujeto para adoptar un comportamiento, o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permitan alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades”.

¹⁶ Raile. Op. cit. pág. 20

- Para definir el **Entorno**, utilizó la definición del Wester's New Collegiate Dictionary, 1961 que dice: El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo del organismo. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- En cuanto al término **Salud**, no dio una definición de ella, pero en sus obras la utiliza como sinónimo de independencia. Ella afirmaba que: Es más importante la calidad de la salud que la vida en sí misma; ese margen de energía mental / física que permite trabajar del modo más eficaz y alcanzar el nivel potencial más alto de satisfacción de vida.

- A **Enfermería** la considera como una oferta de ayuda a las personas a satisfacer las necesidades, supliéndola cuando no puede satisfacerlas por sí misma. Ayudándola a desarrollar su fuerza, conocimientos y la voluntad para que haga las cosas por sí mismo.

Otro concepto importante a entender en este modelo, es lo que Henderson da a conocer como Fuentes de Dificultad que son, cualquier impedimento, que el individuo tiene para satisfacer sus necesidades, que generalmente son los factores etiológicos responsables del problema de salud, y estos pueden ser factores físicos, psicológicos, sociológicos, espirituales o por una insuficiencia de conocimientos, generando manifestaciones de dependencia¹⁷, estas son:

1.- **Falta de fuerza**.- Interpretamos como fuerza, no solo como la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional.

2.- **Falta de conocimientos**.- En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

¹⁷ Alfaro LR. Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta ed. España: Ed. Masson; 2003. pp. 274-295.

3.- **Falta de voluntad.**- Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

4.4 Proceso de enfermería

4.4.1 Concepto de proceso

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica¹⁸.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud¹⁹.

Ann Marriner (En Valle, 2009) define el proceso de enfermería como la aplicación de la resolución científica de los problemas a los cuidados de enfermería. Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos de estos cuidados.

¹⁸ Noguera ON. Proceso de Atención de Enfermería: Una herramienta para la garantía del cuidado. *Actual. Enferm.* [Internet]. 2008. [Citado 3 Feb 2014]; 11(4): 31-35. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/Procesosdeatenciondeenfermeria>

¹⁹ Valle HL. Proceso atención de enfermería Aplicado a un adulto mayor con alteraciones metabólicas basado en el modelo teórico de Virginia Henderson. (tesis inédita de maestría). 2009. Disponible en: http://132.248.9.195/ptd2009/noviembre/0651086/0651086_A1.pdf#search=%22cuidados de enfermería %22

Según Rosalinda Alfaro²⁰, el proceso de enfermería “es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales.

4.4.2 Objetivos del proceso

- Establecer una base de datos.
- Identificar las necesidades de los pacientes.
- Determinar las prioridades de los cuidados, poner en práctica los objetivos, evaluar los resultados esperados.
- Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería.
- Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados.

4.4.3 Ventajas del Proceso.

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.
- Permite dar cuidados integrales de forma individual y continua asegurando la calidad de cuidados.

²⁰ Alfaro LR. Op. cit. pág. 24

- El plan de cuidados está centrado en las “respuestas humanas” y no en tratar a la enfermedad.

- Fomenta el establecimiento de objetivos comunes.

- Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero/a.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.

- Satisfacción en el trabajo.

- Crecimiento profesional.

- Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso.

- Permite realizar las actividades de forma eficaz y eficiente y dirigida a los objetivos planteados.

- Hace posible la investigación en enfermería.

- Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.

- Permite trabajar de forma ordenada y con los mismos criterios.

- Racionaliza el tiempo, el trabajo y los recursos.

- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.

- Coordina los esfuerzos de todo el equipo de enfermería.

- Previene de acciones legales.

4.4.4 Características del proceso de enfermería:

• Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.

• Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

-
-
- Es dinámico: responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente.
 - Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.
 - Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
 - Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía cada etapa del mismo y orienta la práctica profesional de enfermería.

4.4.5 Etapas del Proceso de enfermería:

Consta de cinco pasos consecutivos y relacionados entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en los cuales el profesional de enfermería realiza acciones intencionadas para maximizar los resultados a largo plazo²¹.

Valoración.

La valoración es el primer paso del proceso y el más importante, es la recopilación de datos, consiste en reunir toda la información disponible, necesaria para los cuidados del paciente. Este plan se elabora con la información obtenida por diferentes fuentes, en donde la fuente principal es el paciente, quién proporciona datos para formar una historia clínica y un diagnóstico de enfermería.

Desde la puesta en marcha de este instrumento, la recopilación de datos se convierte en un "proceso continuo". En efecto, a lo largo de su trabajo la

²¹ Bello FN. Fundamentos de enfermería. 1ra. Ed., La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006

enfermera no debe cesar de observar, consultar, cuestionar y recopilar datos relativos al paciente.

Recopilación de datos

Dentro del contexto de la valoración de enfermería, los datos podrán definirse como información específica que se obtiene de un paciente, familiares o comunidad. Estos datos pueden ser de 4 tipos:

1. Datos subjetivos: Visión que la persona tiene de una situación o algunos acontecimientos. Incluye las percepciones, sentimiento e ideas del paciente sobre sí mismo, y valora el estado de salud personal.
2. Datos objetivos: Información observable y mensurable, se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) durante la exploración física o exámenes clínicos. Entre ellos están la somatometría, signos vitales, análisis de laboratorio o gabinete, etc.
3. Datos históricos: Son aquellos diferentes a hechos ocasionados con anterioridad al momento presente, podrán incluir hospitalizaciones, patrones normales de eliminación o enfermedades crónicas.
4. Datos actuales. Se refieren a los hechos o situaciones que presenta el paciente, familia o comunidad en el momento de la valoración.

Métodos de recopilación de datos

Los métodos para la recopilación de datos son 3: La observación, la entrevista y la exploración.

Se deben utilizar en este mismo orden, ello permitirá un desarrollo lógico en la recopilación e integración de la información acerca del paciente, personal allegado, entorno y relaciones existentes entre estas variables por parte del profesional de enfermería, para facilitar con ello el contraste, la comprobación y el análisis profundo de los datos que conducen a formular los diagnósticos con mayor eficacia.

Diagnóstico

El diagnóstico es la segunda etapa del proceso. Se define como un Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. Consta de dos fases:

ANÁLISIS DE DATOS

Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

- Problema de Colaboración. Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.
- Diagnóstico de Enfermería. Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final.
- Problema de Autonomía. Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento.

Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser reales o potenciales/de riesgo y bienestar.

- Real. Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la

existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.

- Potencial/de Riesgo. Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración.

Reglas para la formulación de los diagnósticos y problemas identificados

DIAGNÓSTICO REAL

- Formato PES (Problema-Etiología-Signos y síntomas) o PER (Problema-Etiología-factores Relacionados).
- Problema (Etiqueta) Relacionado con (factor relacionado) Manifestado por (características definitorias).

DIAGNÓSTICO POTENCIAL/DE RIESGO

Problema (Etiqueta) Relacionado con (Factor de riesgo).

No hay manifestaciones del problema puesto que no ha aparecido, a pesar de la presencia de factores de riesgo.

Las declaraciones del diagnóstico de enfermería son base de la planeación y las intervenciones. Es importante que sean claras, concisas y definitivas de la condición y relacionadas con la salud real o potencial de la persona. Los diagnósticos de enfermería se describen como enunciados descriptivos y etiológicos. Pueden obtenerse de la lista aprobada de diagnósticos de enfermería o de la experiencia profesional y del uso de modelos escogidos para la práctica.

DIAGNÓSTICOS DE BIENESTAR

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.

Su enunciado consta sólo de la primera parte: **Problema de salud (Etiqueta).**

Planeación

Es la tercera etapa del proceso, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducente a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado. Se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

Ejecución

La cuarta etapa, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, los familiares, las redes de apoyo, la enfermera y el equipo de salud con la dirección del profesional de Enfermería.

Evaluación

La quinta y última etapa es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del Proceso de Enfermería.

V. MARCO REFERENCIAL

5.1 Anatomía y fisiología

ANATOMIA DE LA CAVIDAD ORAL

Es una cavidad de dimensiones variables según el estado de sus paredes y los movimientos de la mandíbula (maxilar inferior). Contiene (fig. 1):

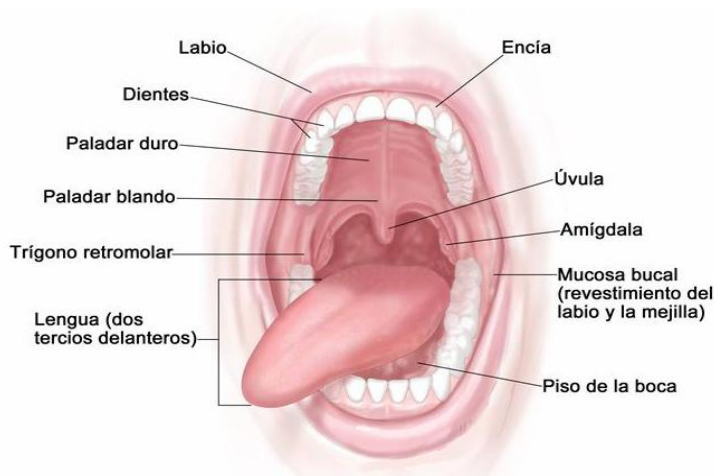


Fig. 1 Anatomía de la Cavidad Oral

Fuente: Netter MD. Atlas de Anatomía Humana (2007)

A continuación se describe la anatomía de la cavidad oral:

A) Pared anterior: Labios de la boca

Descripción: Son dos formaciones musculo mucosas situadas en la parte anterior de la cavidad oral. Los bordes rojos libres representan una zona de transición de piel a mucosa. El epitelio de la superficie interna del labio es escamoso estratificado y parecido al de la superficie interna de las mejillas, faringe y esófago. La masa del labio consta de fibras musculares estriadas con tejido conectivo fibroelástico.

Constitución anatómica: (fig.2) La piel de los labios es espesa, rica en folículos pilosos y en glándulas sebáceas. La mucosa reviste el borde libre y cara posterior

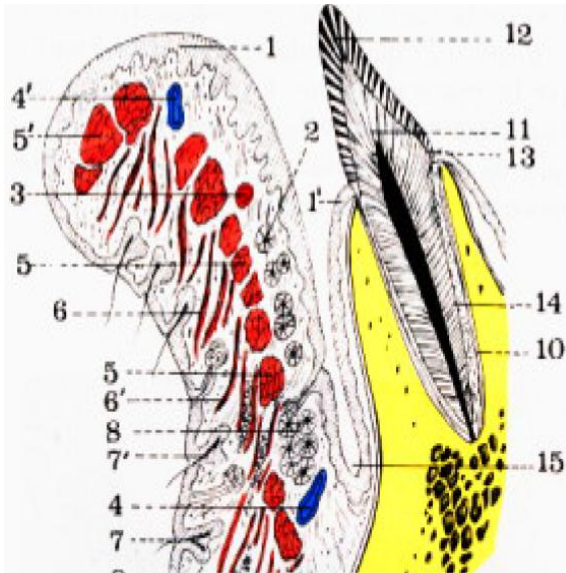


Fig.2. Corte sagital del labio inferior y del vestíbulo de la boca. 1 Mucosa labial; 1' mucosa gingival; 2 glándulas labiales; 3 arteria labial; 4 y 4' venas; 5 y 5' fascículos del músculo orbicular de la boca; 6 y 6' fascículos longitudinales del músculo depresor del labio inferior; 7 y 7'pelos con sus glándulas sebáceas; 8 glándula sudorípara; 9 epidermis; 10 periostio alveolodentario; 11 diente incisivo lateral; 12 corona; 13 cuello del diente; 14 raíz del diente; 15 receso gingivolabial.

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

de los labios. Se continua sin línea de demarcación con la mucosa de las mejillas y de las encías, formando el surco gingivolabial.

El plano muscular (fig.3) comprende el músculo orbicular de la boca (de los labios), dispuesto alrededor del orificio oral. Existe igualmente una capa submucosa que contiene las glándulas labiales, que a veces pueden percibirse al tacto.

Vascularización e inervación: Los labios reciben *arterias* principales, denominadas labiales (coronarias), originadas de las arterias faciales a nivel de las comisuras; constituyen un círculo arterial completo alrededor de la rama oral, por anastomosis en la línea mediana con las del lado opuesto , situado cerca del borde libre de los labios, entre las capas

muscular y glandular.

Las *venas* forman un plexo drenado en parte por la vena facial y en parte en las submentales.

Los *vasos linfáticos* son importantes, especialmente el inferior, ya que puede ser asiento de cánceres. Los vasos linfáticos del labio superior contornean las comisuras y son drenados por los nodos linfáticos mandibulares. Los del labio inferior son drenados por los nodos linfáticos submandibulares o por los submentales para la parte yuxtamediana del labio.

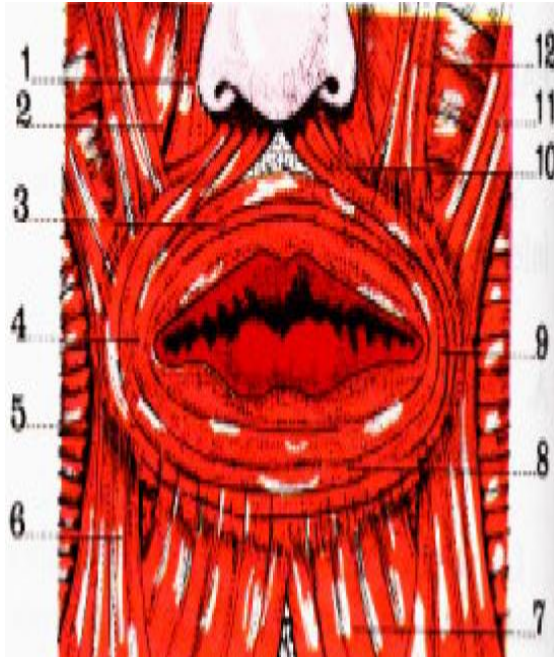


Fig.3. *Músculo orbicular de la boca de la boca.* 1 Músculo elevador del labio superior; 2 musculo elevador del ángulo oral (canino); 3 musculo semiorbicular superior; 4 comisura labial; 5 músculo buccinador; 6 músculo depresor del ángulo oral; 7 músculo depresor del labio inferior; 8 músculo semiorbicular inferior; 9 comisura labial izquierda; 10 fascículo accesorio nasolabial, del musculo orbicular de la boca; 11 y 12 músculos cigomáticos mayor y menor

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

Los *nervios* son motores, provenientes del facial y sensitivos provenientes del nervio maxilar (nervio infraorbitario) o del nervio mandibular (nervio mentoniano).

B) Paredes laterales: Mejillas

Descripción: Las mejillas o paredes laterales de la boca, revestidas de epitelio escamoso estratificado, contienen varios músculos accesorios de la masticación, especialmente los buccinadores, que impiden que el alimento escape a la acción masticatoria de los dientes.

Constitución anatómica: (fig. 4) Cada mejilla está constituida por 3 planos: cutáneo, muscular y mucoso.

a) Piel: es fina y se encuentra muy vascularizada en el hombre, con numerosos folículos pilosos; está tapizada por un plano subcutáneo rico en tejido adiposo que llena la fosa infraorbitaria.

b) Capa muscular: constituida por el musculo buccinador. Es un músculo cuadrilátero, inserto atrás en el ligamento pterigomaxilar que lo separa del músculo constrictor superior de la faringe; adelante se une a las fibras del musculo orbicular de la boca. Está igualmente inserto arriba y abajo, al borde alveolar del maxilar y de la mandíbula. Su cara superficial está cubierta por una fascia delgada. El músculo y su fascia están atravesados por el conducto parotídeo. Debajo del músculo alrededor del conducto parotídeo, se encuentran a veces pequeñas glándulas salivales; las glándulas molares. El músculo buccinador está

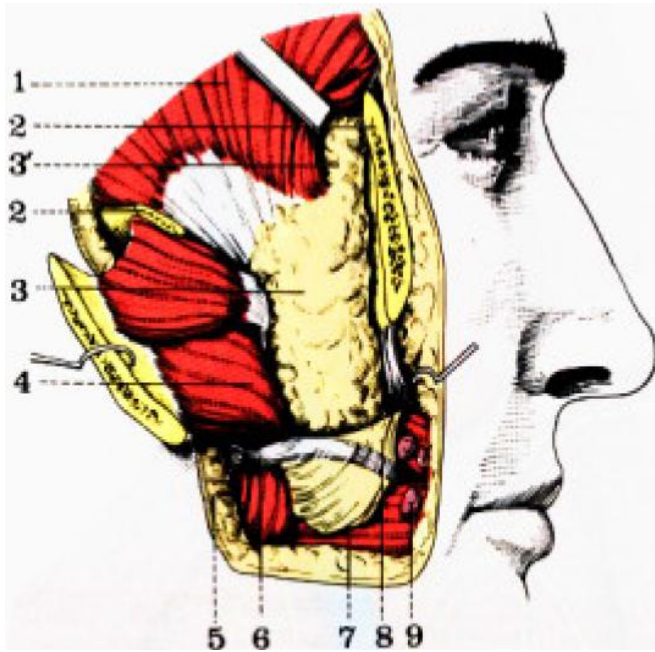


Fig.4. *Cuerpo adiposo de la mejilla.* 1 Músculo temporal; 2 hueso cigomático y arco cigomático seccionado; 3 cuerpo adiposo de la mejilla con; 3' su prolongación temporal; 4 músculo masetero; 5 piel de la mejilla; 6 conducto parotídeo; 7 fascia del músculo buccinador; 8 envoltura del cuerpo adiposo de la mejilla; 9 glándulas molares.

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

inervado por el nervio facial. La parálisis de éste nervio vuelve a la mejilla flácida y átona. La contracción del buccinador tira la comisura labial hacia atrás lo que agranda el diámetro transversal de la rima oral. Cuando la boca está cerrada contribuye a proyectar el bolo alimenticio hacia atrás. Cuando la boca está abierta expulsa el aire hacia adelante.

c) Mucosa: Constituye la pared lateral del vestíbulo. Al reflejarse sobre las encías forma los recesos mucosos superior e inferior de este vestíbulo. En el receso (fondo de saco superior) frente al segundo molar, se ve el ostium del

conducto parotídeo por donde sale la secreción de la glándula parótida. Atrás la mucosa se prolonga sobre el arco palatogloso; adelante se continua con la mucosa de los labios.

Vascularización e inervación: Las arterias provienen de la temporal superficial, por la arteria facial transversa y de la arteria facial, finalmente por la arteria maxilar interna y por las ramas alveolares y bucales; todas estas arterias se anastomosan entre sí en las mejillas;

Las venas son drenadas por la vena facial, por la vena temporal superficial y por los plexos pterigoideos;

Los vasos linfáticos constituyen una red cutánea y una red mucosa. Son drenados por los nodos linfáticos submandibulares, los nodos linfáticos parotídeos

superficiales, mientras que ciertos vasos submucosos llegan a los nodos cervicales;

Los nervios son motores, originados en el nervio facial, y sensitivos, provenientes del nervio bucal; anastomosado con el nervio facial, y el nervio infraorbitario, también anastomosado con el facial.

C) Pared superior: Paladar duro

Está formado por una parte ósea, en sus dos tercios anteriores por el paladar duro, y en su tercio posterior por una porción del velo del paladar (paladar blando) que se describirá con la pared posterior. (fig. 5, fig. 6)

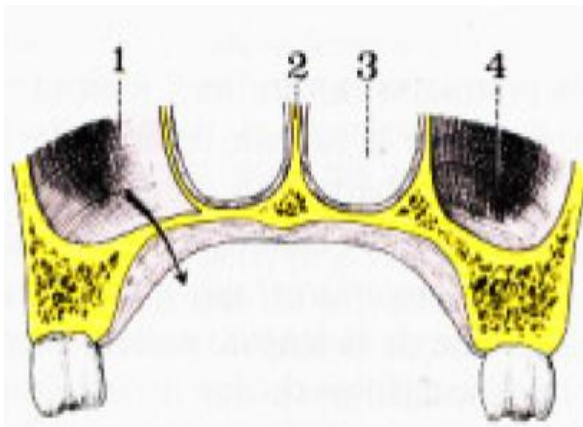


Fig.5. Paladar óseo (bóveda palatina) de forma normal, corte frontal. 1 Seno maxilar derecho, con una prolongación hacia el paladar óseo. La flecha muestra la posible abertura de una colección supurada del seno hacia la boca; 2 septo medio de las cavidades nasales; 3 cavidad nasal izquierda; 4 seno maxilar izquierdo.

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

La parte ósea está constituida por los dos procesos (apófisis) palatinos del maxilar superior y por las partes correspondientes de los huesos palatinos. Ésta bóveda, limitada lateralmente por los bordes alveolares, es cóncava hacia abajo. Esta pared

ósea está tapizada por una mucosa espesa, muy adherente al plano osteoperiostico. No hay submucosa. En la línea mediana presenta un rafe fibroso que termina en la parte anterior por la papila incisiva (tubérculo palatino). En su parte anterior la mucosa

presenta crestas transversales palatinas; en sus dos tercios posteriores es lisa y uniforme.

Vascularización e inervación: La mucosa está vascularizada por *arterias*, originadas de la esfenopalatina y sobre todo de la palatina descendente.

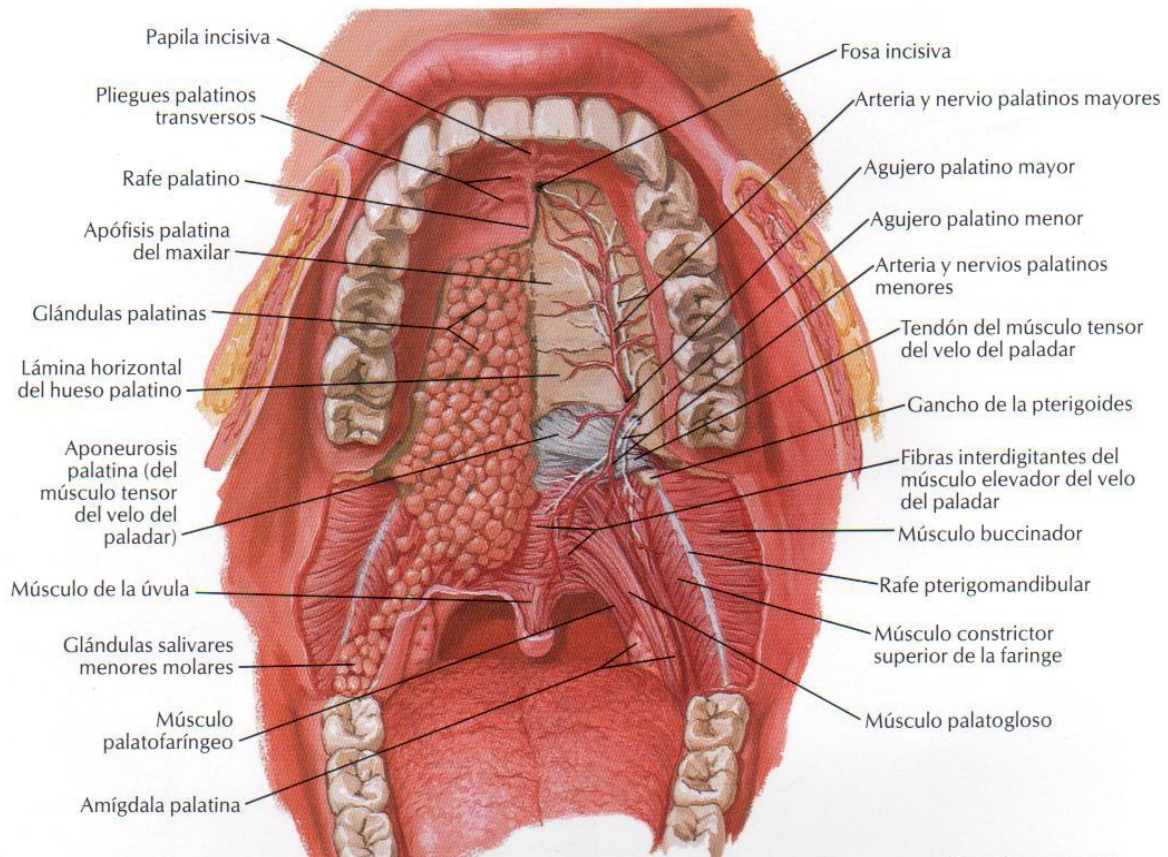


Fig.6. Visión anterior del paladar duro

Fuente: Netter MD. Atlas de Anatomía Humana (2007)

Las venas terminan en el plexo pterigoideo o en las venas de la mucosa nasal, a través del canal incisivo (conducto palatino anterior).

Los vasos *linfáticos*, anastomosados con los de las encías y del paladar blando, se deslizan entre la tonsila faríngea (amígdala) y el arco palatofaríngeo, para terminar en los nodos linfáticos yugulares internos.

Los *nervios* son sensitivos y motores, procedentes del nervio palatino mayor (anterior) y del nervio nasopalatino (esfenopalatino interno) que dependen del ganglio esfenopalatino anexo al nervio maxilar superior. Aseguran la sensibilidad de la mucosa.

D) Pared posterior: Paladar blando.

Es una formación fibromuscular tapizada por mucosa en sus dos caras anterior y posterior. Prolonga hacia atrás al paladar duro (bóveda palatina ósea).

Su borde libre está en relación con la base de la lengua. Lateralmente está unido a la faringe por los arcos palatogloso y palatofaríngeo.

Se le reconoce: (fig. 7 y fig. 8) una cara anterior (oral, cóncava y lisa, que continua al paladar duro); una cara posterior (convexa, presenta una saliente mediana levantada por los músculos de la úvula); un borde anterior (adherente a la parte posterior del paladar duro); y un borde inferior (libre, marcado en la línea mediana por la saliente de la úvula).

Constitución anatómica: El paladar blando está formado por: un armazón aponeurótico (aponeurosis palatina), un aparato muscular (que asegura su movilidad), y un revestimiento mucoso.

a) Aponeurosis palatina: Está sólidamente inserta: 1- adelante, en el borde posterior del paladar duro (bóveda palatina) y 2- lateralmente, en el área medial del ancho de los procesos pterigoideos derecho e izquierdo.

b) Los músculos: Son diez, cinco de cada lado:

- El músculo elevador del velo palatino (músculo periestafilino interno) y el músculo tensor del velo palatino (músculo periestafilino externo), relacionan el paladar blando a la base del cráneo;

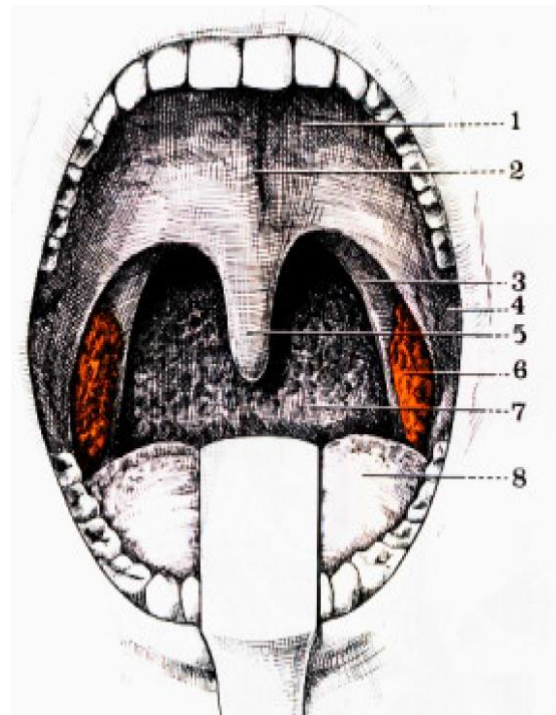


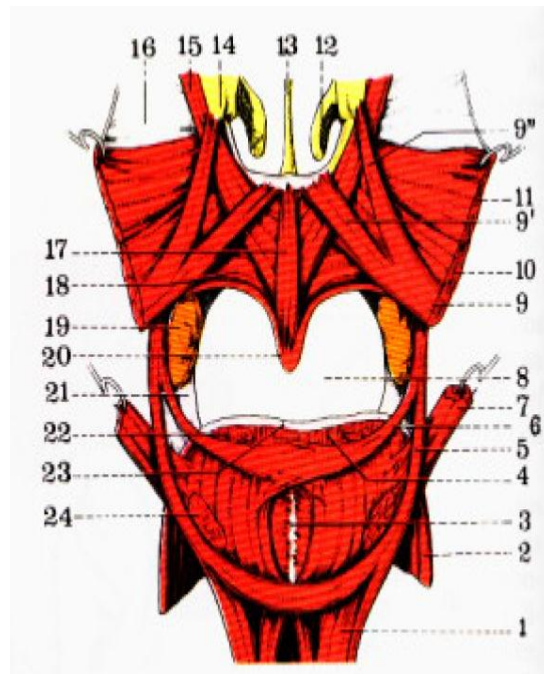
Fig. 7. Vista anterior. 1 Paladar duro; 2 Su rafe mediano; 3 arco palatofaríngeo; 4 arco palatogloso; 5 úvula; 6 tonsila (amígdala); 7 pared posterior de la faringe; 8 lengua.

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

- Músculos palatoglosos (músculo gloseoestafilino) y el palatofaríngeo solidarizan el paladar blando con la lengua y la faringe abajo;

- Músculo de la úvula (músculo palatoestafilino) refuerza la parte mediana del paladar blando.

c) Mucosa: Tapiza la cara posterior del paladar blando (velo palatino) en continuidad con la mucosa nasal adelante, la mucosa faríngea atrás y lateralmente. Está separada de los músculos por una submucosa y contiene glándulas de tipo nasal atrás, y oral adelante.



Vascularización e inervación: Las arterias Proviene de la palatina superior (maxilar interna); de la palatina inferior (arteria facial) y de la arteria carótida externa. Las venas son drenadas por el plexo pterigoideo y por las venas de la base de la lengua, tributarias y de la yugular interna;

Los vasos linfáticos constituyen una red superior y una red inferior que son drenadas por los nodos linfáticos yugulares subdigástricos.

Fig. 8. Vista posterior de la lengua y del velo palatino. 1 Músculo geniogloso; 2 músculo hiogloso; 3 septo lingual; 4 músculo longitudinal (lingual) superior; 5 Parte glosofaríngea del constrictor superior de la faringe (faringogloso); 6 músculo amigdalogloso; 7 músculo estilogloso; 8 cavidad oral; 9, 9', 9'' y 10 músculo palatofaríngeo (faringoestafilino); 11 músculo constrictor superior de la faringe; 12 concha inferior; 13 vómer; 14 cartílago de la tuba auditiva; 15 músculo elevador del velo palatino; 16 fascia faríngea; 17 músculo de la úvula (ácigos); 18 músculo tensor del velo palatino; 19 tonsila; 20 úvula; 21 arco palatogloso; 22 glándula lingual; 23 mucosa lingual; 24 músculo longitudinal

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

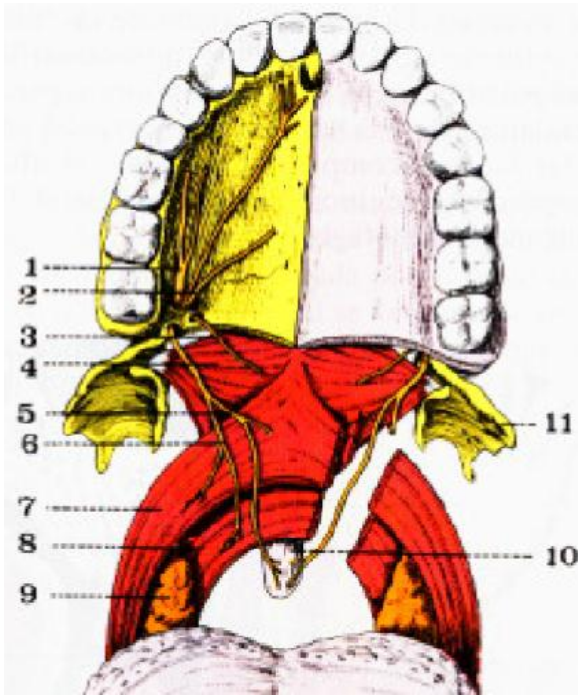


Fig. 9. Nervio palatino menor (posterior) y músculos del velo palatino. 1 Nervio palatino menor (posterior); 2 Nervio palatino menor (medio); 3 rama sensitiva; 4 expansión del músculo tensor del velo; 5 nervio común del palatogloso y músculo de la úvula; 6 nervio común del músculo palatogloso y del palatofaríngeo; 7 músculo palatogloso; 8 palatofaríngeo; 9 tonsila (amígdala); 10 úvula; 11 proceso pterigoideo.

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

Los nervios (fig. 9) son sensitivos y motores.

Anatomía funcional: El velo palatino, móvil y contráctil, tiene una acción considerable en la *deglución*. Elevándose se hace horizontal, lo que asegura la apertura del istmo de las fauces y crea un septo entre la orofaringe y la rinofaringe. Se opone así al ascenso del bolo alimenticio a la parte nasal de la faringe. Ésta elevación es asegurada esencialmente por los

músculos elevador y tensor del velo palatino. El cierre del istmo de las fauces, por influencia del palatogloso y del palatofaríngeo, permite la masticación y la succión. El cierre del istmo de las fauces acompaña igualmente al último tiempo de la deglución que proyecta el bolo alimenticio al esófago.

Por medio de la contracción de los músculos elevador y tensor del velo palatino, se dilata la tuba auditiva. Ésta contracción favorece la libre circulación del aire desde la faringe hasta el oído medio contribuyendo a nivelar las presiones del aire entre ambos; se sabe que los movimientos de deglución restablecen el equilibrio en la cavidad auditiva cuando éste ha sido perturbado.

E) Pared inferior. Piso de boca

La cavidad oral está separada de las regiones cervicales subyacentes por el *músculo milohioideo*, tendido tanto a derecha como a izquierda desde la maxila al

hueso hioides. Arriba de los milohioideos, reunidos en una línea mediana por un rafe fibroso, se describe un canal ancho cóncavo arriba, ocupado:

- En la parte mediana y posterior, por la lengua.
- En sus partes laterales y anterior por un canal interpuesto entre el músculo y la mucosa oral. Éste canal cóncavo atrás, dispuesto en herradura alrededor de la base de la lengua, se denomina *piso de boca*.

Se describen cuatro paredes, un contenido y relaciones:

1- Paredes. Éstas son inferior, anterolateral, medial y superior.

a) Pared inferior (fig. 10): Es el músculo milohioideo, cubierto medialmente por la parte inicial del músculo geniogloso.

b) Pared anterolateral: está formada por la cara medial, cóncava de la mandíbula (maxilar inferior).

c) Pared medial: está constituida por el macizo muscular de la lengua. Falta adelante donde los canales derecho e izquierdo comunican entre la mucosa y los músculos genioglosos.

d) Pared superior: La mucosa oral se deprime entre el borde alveolar y la lengua.

En la línea mediana está levantada por el freno de la lengua a los lados del cual se ven los ostium de los conductos submandibulares y sublinguales. Lateralmente la mucosa está levantada por las glándulas sublinguales.

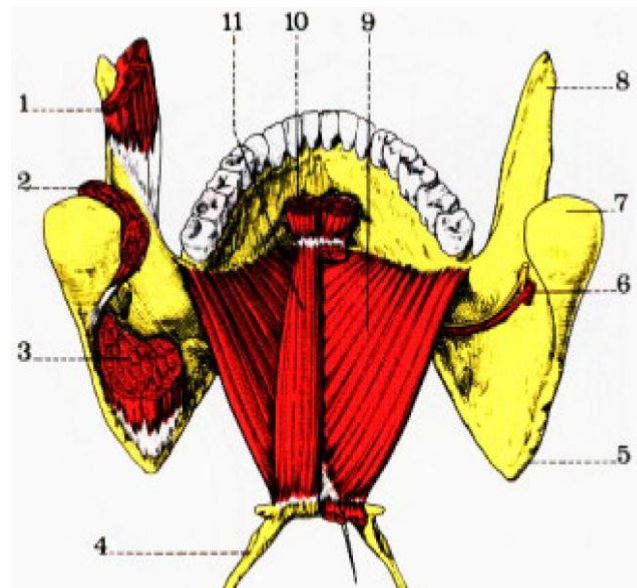


Fig. 10. Músculos milohioideo y geniohioideo, vista superior. 1 Músculo temporal); 2 músculo pterigoideo; 3 músculo pterigoideo medial; 4 hueso hioides; 5 ángulo de la maxila; 6 arteria y nervios alveolares (dentarios) inferiores; 7 cóndilo de la maxila; 8 proceso coronoideo; 9 músculo milohioideo; 10 músculo geniogloso; 11 músculo geniohioideo.

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

2- Contenido: (fig. 11 y fig. 12). De cada lado de la línea mediana, el contenido del piso se reúne a la logia sublingual alrededor de la glándula del mismo nombre. En la logia se encuentra el conducto submandibular, los nervios lingual e hipogloso.

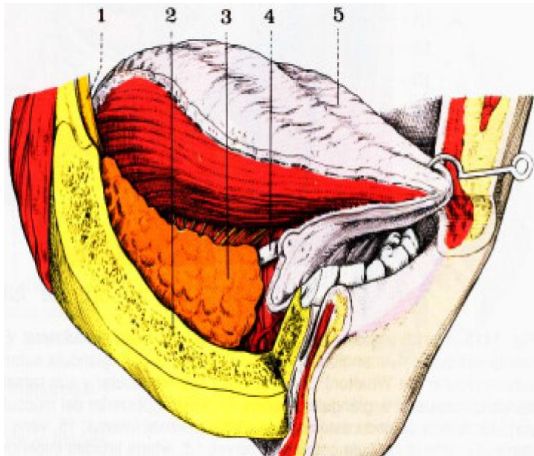


Fig.11. Vista lateral derecha del piso de la boca 1 Nervio lingual; 2 sección ósea que comprende el borde alveolar de la hemimandíbula; 3 glándula sublingual; 3' su prolongación temporal; 4 conducto de la glándula submandibular; 5 lengua.

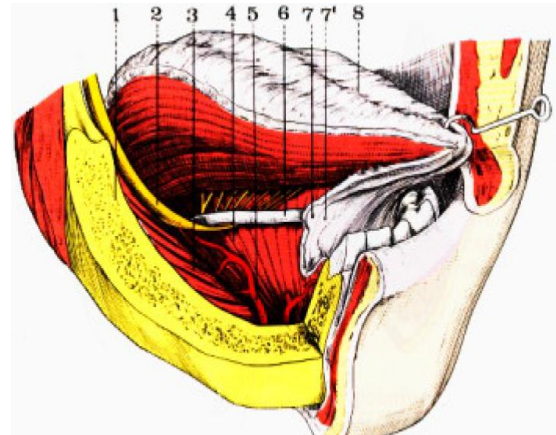


Fig.12. Vista lateral derecha del piso de la boca después de extirpada la glándula sublingual; 1 mandíbula; 2 nervio lingual; 3 músculo milohioideo; 4 músculo geniogloso; 5 rama de la arteria facial; 6 conducto de la glándula submandibular; 7 y 7' su ostio; 8 lengua.

La arteria sublingual con su vena y, atrás, el prolongamiento anterior de la glándula submandibular. Estos órganos se encuentran rodeados por una atmósfera de tejido laxo que a veces se infecta en contacto con dientes cariados.

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

3- Relaciones:

a) Abajo: el músculo milohioideo separa el piso de la boca de la porción suprahioidea media y lateral de la logia submandibular. Las dos regiones comunican atrás del borde posterior del músculo milohioideo.

b) Atrás: la base de la lengua se ensancha y el piso de la boca se vuelve cada vez más estrecho. Comunica por espacios estrechos con la logia submandibular, entre los músculos milohioideo e hiogloso. Con la región carotidea superior, entre el músculo hiogloso y el musculo lingual inferior, pasaje de la arteria lingual, con la región hioglosoepiglótica medialmente.

c) Arriba es la cavidad oral en la cual se abren no solo los conductos submandibulares si no también los pequeños conductos de la glándula sublingual.

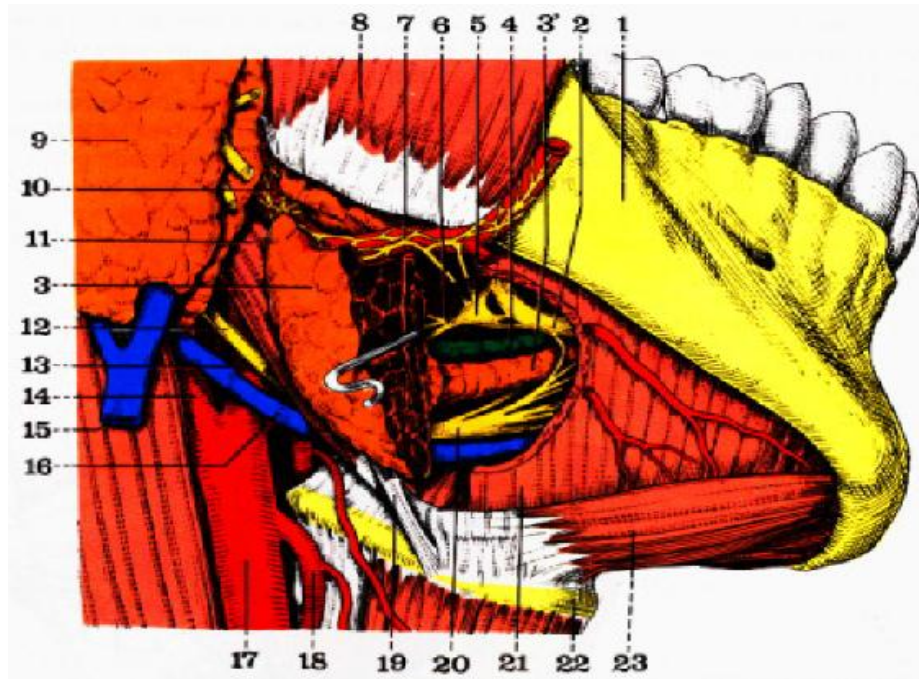


Fig.13. Nervio lingual y ganglio submandibular, vista anterolateral. El músculo milohioideo ha sido parcialmente extirpado. 1 Mandíbula; 2 nervio lingual; 3 y 3' glándula submandibular; 4 conducto de la glándula submandibular; 5 y 6 ganglio submandibular; 7 y 10 arteria facial; 8 músculo masetero; 9 glándula parótida; 11 vientre posterior del músculo digástrico; 12 nervio hipogloso; 13 arteria carótida externa; 14 arteria carótida interna; 15 vena yugular externa; 16 vena lingual aberrante; 17 arteria carótida común; 18 arteria tiroidea superior; 19 músculo estilohioideo; 20 nervio hipogloso; 21 músculo milohioideo; 22 hueso hioides; 23 vientre anterior del músculo digástrico.
Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

ANEXOS DE LA BOCA

Se describen aquí:

- Los dientes, con los alveolos dentales y las encías
- La lengua, órganos del sentido del gusto

I. Dientes

Son formaciones ectodérmicas duras, resistentes, implantadas por sus raíces en los alveolos de la maxila y de la mandíbula (maxilares superior e inferior) y destinados a dividir los alimentos sólidos para construir el bolo alimenticio

La *dentadura* (fig. 14), o conjunto de los dientes, en el adulto comprende, de adelante hacia atrás:

- los incisivos: dos por maxila y mandíbula y por lado, es decir, $4 + 4 = 8$;
- los caninos: uno por maxila y mandíbula y por lado, o sea, $2 + 2 = 4$;
- los premolares: dos por maxila y mandíbula y por lado: $4 + 4 = 8$
- los molares: tres por maxila y mandíbula y por lado, es decir: $6 + 6 = 12$

En total 32 dientes.

Se denomina dentición a las etapas seguidas por el aparato dental para llegar a la edad adulta.

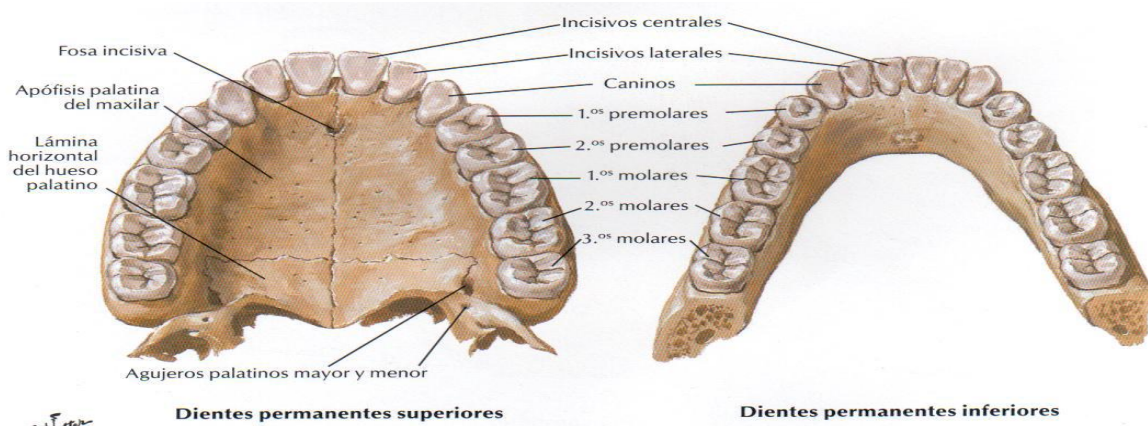


Fig.14. *Dientes permanentes superiores e inferiores en el adulto.*

Fuente: Netter MD. Atlas de Anatomía Humana (2007)

Constitución anatómica (fig. 15): Los dientes están constituidos por una sustancia especial: la dentina o marfil, excavada por una cavidad central: la cavidad pulpar, ocupada en estado fresco por la pulpa dentaria, parte blanda del

diente. A nivel de la corona, y por fuera de la dentina, encontramos el esmalte y en la porción radicular, el cemento.

Cutícula del diente; constituye una lámina bastante resistente a los ácidos y a los álcalis, pero que se destruye fácilmente por los frotamientos.

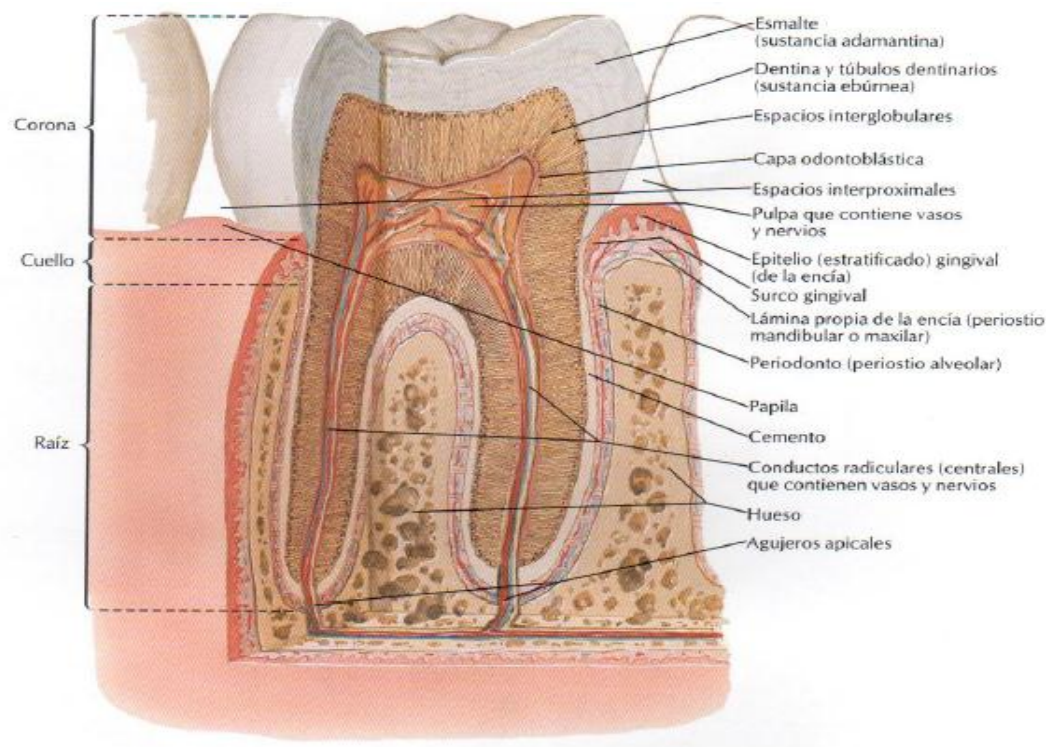


Fig.15. *Constitución anatómica del diente.*

Fuente: Netter MD. Atlas de Anatomía Humana (2007)

El *esmalte* es duro y compacto, para resistir la acción masticatoria. Se dispone como un capuchón en la porción coronaria del diente; su borde entra en relación con el cemento constituyendo una línea de contacto esmalte-cemento, el cuello anatómico. Aquí el esmalte presenta un menor grosor y se va espesando hacia el borde cortante de los incisivos y caninos; en los premolares y molares, el máximo de espesor se encuentra en las cúspides y decrece hacia el cuello y hacia el surco intercuspídeo.

La superficie interna del esmalte está aplicada directamente contra la superficie externa: esta se encuentra en relación con la cavidad bucal, cuando la cutícula dental ha desaparecido. Ésta última es lisa y brillante en el esmalte bien constituido, pero en muchos casos pueden observarse estrías transversales en la zona proximal del cuello; la pequeña elevación que queda entre estos dos surcos se denomina *priquimatia*. Su coloración varía del amarillo al blanco azulado.

El marfil o dentina constituye la parte principal del diente. Está formado por sustancias orgánicas (oseína) y sustancias inorgánicas sobre la base de sales de calcio y magnesio. Su superficie interna está en relación con la pulpa dentaria y más especialmente con los odontoblastos que quedan por fuera de la sustancia dentaria, la que está recorrida por prolongaciones citoplasmáticas de éstos odontoblastos.

El *cemento* cubre la porción de dentina que corresponde a la raíz; es el componente dental más parecido al hueso y su función principal es la de servir de fijación a las fibras del periodonto. Se extiende del cuello a la punta de la raíz. Su superficie interna está unida a la dentina, su superficie externa constituye uno de los elementos de la articulación alveolodentaria. Sobre ella se fijan los colágenos del periodonto.

De color blanco amarillento, su superficie externa es rugosa.

La pulpa dentaria corresponde a la cavidad que rodea el marfil; ocupa la cavidad pulpar. En los dientes unirradiculares, la cavidad puede ser única, en los multirradiculares se distinguen dos partes: 1) la cámara, situada a la altura de la corona y del cuello; y 2) los conductos radiculares, alojados en las raíces.

Todos los dientes tienen un conducto principal; cuando se observa más de uno, se trata de ramificaciones del conducto principal. Éste se abre en el ápice de la raíz, es el ostio apical principal; el de una ramificación recibe el nombre de ostio apical de la ramificación. Por éstos orificios penetran los vasos y nervios de la pulpa dentaria.

La pulpa dentaria, de color rojizo, está constituida por el tejido conectivo muy vascularizado y ricamente innervado.

II Lengua

La lengua (fig. 16), órgano impar mediano y simétrico, es una formación muscular muy móvil, revestida de mucosa. Desempeña una acción especial en la masticación, la deglución, la succión y en la fonación. Es igualmente el órgano receptor de sensaciones gustativas (sentido del gusto).

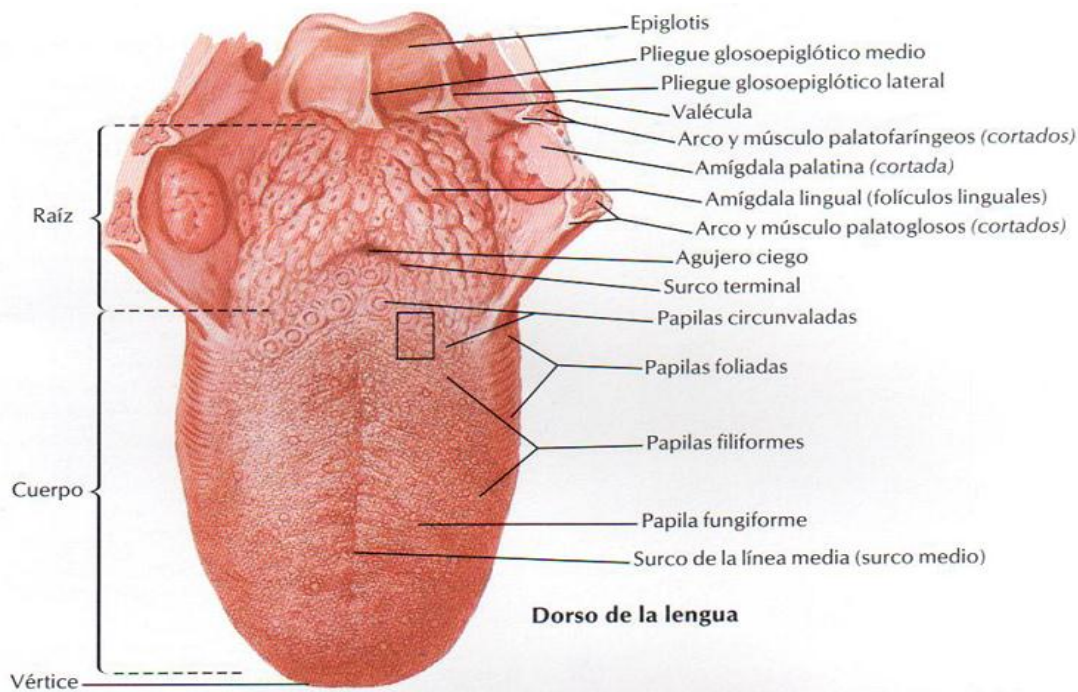


Fig.16. Constitución anatómica de la lengua.

Fuente: Netter MD. Atlas de Anatomía Humana (2007)

Cuando la boca está cerrada, la lengua, apoyada sobre el piso de la boca, está en contacto con el paladar por arriba, los arcos dentarios adelante y a los lados. Cuando la boca está abierta, la lengua forma por su cara superior una saliente convexa que sobrepasa el nivel de los dientes inferiores. La lengua, móvil, se puede levantar, desplazar lateralmente y sobre todo proyectar hacia adelante, por fuera de la cavidad oral.

Descripción: La lengua tiene dos partes: una parte anterior móvil y una parte posterior más fija o “base de la lengua”.

1- Parte móvil: Está limitada atrás, en la unión de su tercio posterior con sus dos tercios anteriores, por la V lingual, dibujada por las papilas valladas. La lengua tiene forma de cono con:

- Una *cara superior* aplastada transversalmente, convexa en sentido anteroposterior, excavada por un canal anteroposterior. Está tapizada por una mucosa espesa, con papilas dispuestas a ambos lados de la línea mediana como las barbas de una pluma. Ésta mucosa es rosada y húmeda en su estado normal, su estado proporciona datos importantes en numerosas enfermedades: lengua blanquecina (suburral) da las afecciones digestivas, lengua enrojecida, de las deshidrataciones y las uremias, lengua rojo vivo, de las hipertermias;
- *Por detrás de la V lingual*, la superficie es irregular, levantada por las glándulas foliculares delimitadas por la epiglotis a la que se conecta por los pliegues glosopiglóticos mediano y laterales;
- *Surcos congénitos*; la lengua del niño es lisa, pero se le puede observar con surcos o plegada especialmente en los surcos laterales;
- *Surcos fisiológicos*: se manifiestan como un surco mediano sobre el que se implantan surcos transversales: éstos se acentúan con la edad, acompañándose de un espesamiento de la mucosa y atrofia papilar y glandular;
- Una *cara inferior*: menos extensa que la superior, es visible levantando la punta de la lengua. Ésta cara se apoya sobre el piso de la boca. Está unida a éste por el frénulo de la lengua (frenillo) pliegue mucoso mediano, semilunar en la base del cual se abren las carúnculas, ostio de los conductos mandibulares pudiéndose observar la desembocadura independiente de los de la glándula sublingual, la mucosa de la cara inferior es delgada, transparente;
- *Bordes laterales*, espeso atrás más delgados adelante, están en contacto con los arcos dentarios;

- Ápex lingual, delgado, fino, aplastado en su parte mediana, en él se unen los surcos superior e inferior de la lengua. La continuidad de ambos surcos es variable y puede dividir la lengua en dos mitades, vestigio evidente de la bifidez que este órgano presenta en vertebrados inferiores.

2- Base de la lengua: Relativamente fija, ancha, espesa, puede ser descubierta parcialmente por tracción sobre la lengua o visualizarse mediante un espejo laringoscópico. Vertical, constituye la pared anterior de la faringe oral. Su superficie está marcada por la V lingual, dibujada por las papilas gustativas. Está unida al velo palatino, por los arcos palatoglosos; a la epiglotis, por los pliegues glosopiglóticos mediano y laterales. La tracción sobre la lengua atrae hacia adelante la epiglotis y abre el vestíbulo laríngeo. (Intubación laringotraqueal, laringoscopia).

Constitución anatómica: La lengua comprende: un armazón osteofibroso, numerosos músculos y un revestimiento mucoso.

1. *Armazón osteofibroso.* Es el esqueleto de la lengua inserto en el hueso hioides.

a) Hueso hioides: en forma de herradura inscripto en la concavidad de la mandíbula.

b) Aponeurosis de la lengua (membrana hioglosa): es una lámina fibrosa frontal, situada en la parte posterior de la lengua, dirigida transversalmente; se inserta en el borde superior del hueso hioides y se pierde arriba en la masa de los músculos que forman la lengua.

c) Septo lingual: es una lámina fibrosa sagital, inserta atrás de la cara anterior de la membrana hioglosa, en forma de hoz; su convexidad superior sigue la cara superior de la lengua a 3 o 4 mm de su superficie. Su borde inferior, cóncavo, ocupa el espacio que separa los músculos genioglosos de ambos lados, los que se entrecruzan debajo de ella. Su extremidad anterior se pierde entre los fascículos de los músculos del ápice de la lengua. Dispuesta como un septo mediano, da inserción, por sus caras laterales, a fibras musculares.

2. *Músculos de la lengua* (fig. 17 y fig. 18): Se distinguen: un músculo impar y mediano, el *músculo longitudinal* (lingual) *superior* y los siguientes músculos pares y laterales: *el hiogloso, el estilogloso, el palatogloso, el longitudinal* (lingual) *inferior*, el músculo transverso de la lengua y el condrogloso, los músculos faringogloso y amigdalogloso no los menciona la nomenclatura internacional.

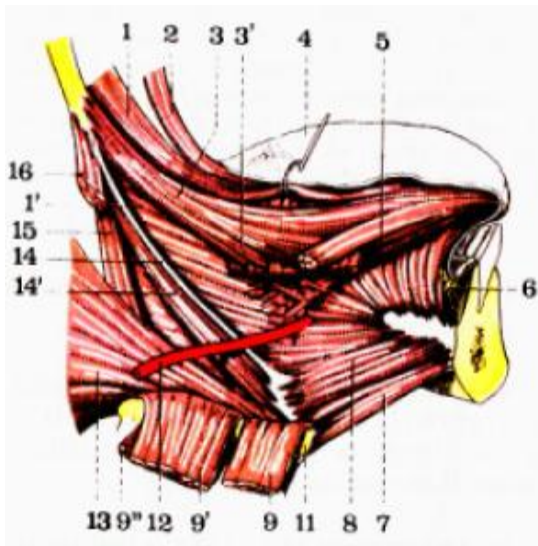


Fig.17. Músculos superficiales de la lengua. 1 y 1' músculo faringogloso; 2 músculo palatogloso; 3 músculo estilogloso; 4 músculo lingual; 5 músculo lingual inferior; 6 bolsa de Fleischmann (espacio celuloso situado a cada lado del septo de la lengua en su parte anterior de los músculos genioglosos); 7 músculo geniohioideo; 8 músculo geniogloso; 9 y 9' músculo hiogloso; 9'' fascículo accesorio; 10 y 16 tendón del músculo estilohioideo; 11 hueso hioides; 12 arteria lingual; 13 músculo constrictor medio de la faringe; 14 ligamento estilohioideo; 15 músculo estilofaríngeo; 16 músculo estilohioideo (superficial).

Fuente: Latarget M. Anatomía Humana (1999)

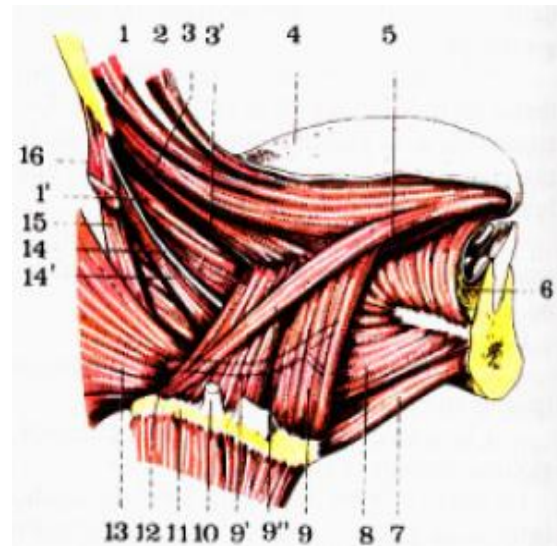


Fig.18. Músculos profundos de la lengua; 1 y 1' músculo faringogloso; 2 palatogloso; 3 músculo estilogloso con; 3' su fascículo profundo; 4 mucosa lingual; 5 músculo lingual inferior; 6 bolsa de Fleischmann; 7 músculo geniohioideo; 8 músculo geniogloso; 9 y 9' y 9'' músculo hiogloso; 11 hueso hioides; 12 arteria lingual; 13 músculo constrictor medio de la faringe; 14 y 14' ligamento y músculo estilohioideo profundo; 15 músculo estilofaríngeo; 16 músculo estilohioideo (superficial)

3. *Mucosa lingual*: Envuelve la masa carnosa de la lengua salvo a nivel de la base, donde se refleja en continuidad con la mucosa de las regiones vecinas (pliegues glosopiglóticos, pilar anterior del velo palatino). Adelante cubre el frenillo. Es delgada y transparente en la parte inferior del órgano, gruesa en los bordes y en la cara dorsal. Su máximo espesor se encuentra en la parte media de la lengua entre la V lingual y el ápice. Está erizada de papilas y excavada de glándulas.

a) Papilas linguales, son elevaciones de la mucosa, de forma variable que se dividen en:

- *Papilas caliciformes*, voluminosas, con una saliente central (papila) rodeada de un surco circular que separa la papila de un rodete circunferencial (cáliz). En número de nueve a once, están situadas en la base de la lengua y forman la V lingual;

- *Papilas fungiformes*, cuya base es estrecha y el vértice alargado en forma de hongo. Se cuentan de 150 a 200 diseminadas en la cara dorsal por delante de la V lingual;

- *Papilas filiformes*, son pequeñas, cilindrocónicas y presentan un vértice, que lleva un ramo de finos prolongamientos. Dibujan, delante de la V lingual, líneas radiadas en dirección de los bordes;

- *Papilas foliadas*, alineadas en pliegues verticales, en los bordes de la lengua, cerca de la base;

- *Papilas hemisféricas*, muy pequeñas, semejantes a las papilas dérmicas de la piel, se encuentran diseminadas en toda la extensión de la mucosa lingual.

b) Glándula de la mucosa: Se distinguen:

- *Glándulas foliculosas*, posteriores por detrás de V lingual, dispuestas en hileras transversales;

- *Glándulas mucosas o serosas*: son glándulas en racimo, dispuestas en herradura por detrás de la V lingual, en los bordes de la lengua y hasta la punta. Su concentración anterior constituye las glándulas linguales anteriores.

Vascularización de la lengua: (Fig. 19) Órgano muscular muy móvil, está ricamente vascularizado.

1- *Arterias*. Los vasos principales están representados por las arterias linguales que penetran en la lengua a cada lado, por dentro del hiogloso. Cada una de ellas da una arteria dorsal (parte posterior), una arteria sublingual (parte anterior) y la arteria profunda de la lengua.

Las arterias palatina ascendente (inferior) y la faríngea ascendente (inferior) son menos importantes.

2- *Venas*. Originadas de la red submucosa se reúnen en la corriente superficial, lateral al hiogloso y una corriente profunda, medial a éste músculo, que acompañan a la arteria lingual.

Las dos corrientes se reúnen en el tronco tirolinguofacial, tributario de la vena yugular interna.

3- *Linfáticos*. Su origen está constituido por una red mucosa superficial, con disposición peniforme en la cara dorsal y transversal en la cara inferior de la lengua; y una red muscular profunda, concentrada alrededor de las arterias y de las venas del órgano. Estas dos redes están ampliamente anastomosadas entre sí.

Los vasos eferentes se pueden distinguir en cuatro grupos:

- *Apicales*, dirigidos hacia adelante, hacia un linfonodo submentoniano al que llegan perforando el milohioideo o hacia atrás, donde alcanzan al nodo yuguloomohioideo, de los nodos linfáticos cervicales profundos;

- *Marginales*, son externos con destino submaxilar;

- *Internos*, que siguen a las venas: se encuentran laterales al músculo hiogloso y a la arteria lingual, medial a este músculo. Llegan a los nodos yugulares profundos por debajo del digástrico;
- *Posteriores*, que van directamente a los nodos yugulares profundos;
- *Basales*, que son medianos y adoptan el pliegue glosopiglótico mediano o laterales que contornean el polo o extremidad inferior de la tonsila y atraviesan la pared lateral de su logia.

Todos van a los nodos linfáticos yugulares profundos.

Centrales: son tributarios de los nodos maxilares y de aquí van a los nodos yugulares laterales. Las comunicaciones de un lado al otro son establecidas por numerosas anastomosis²²

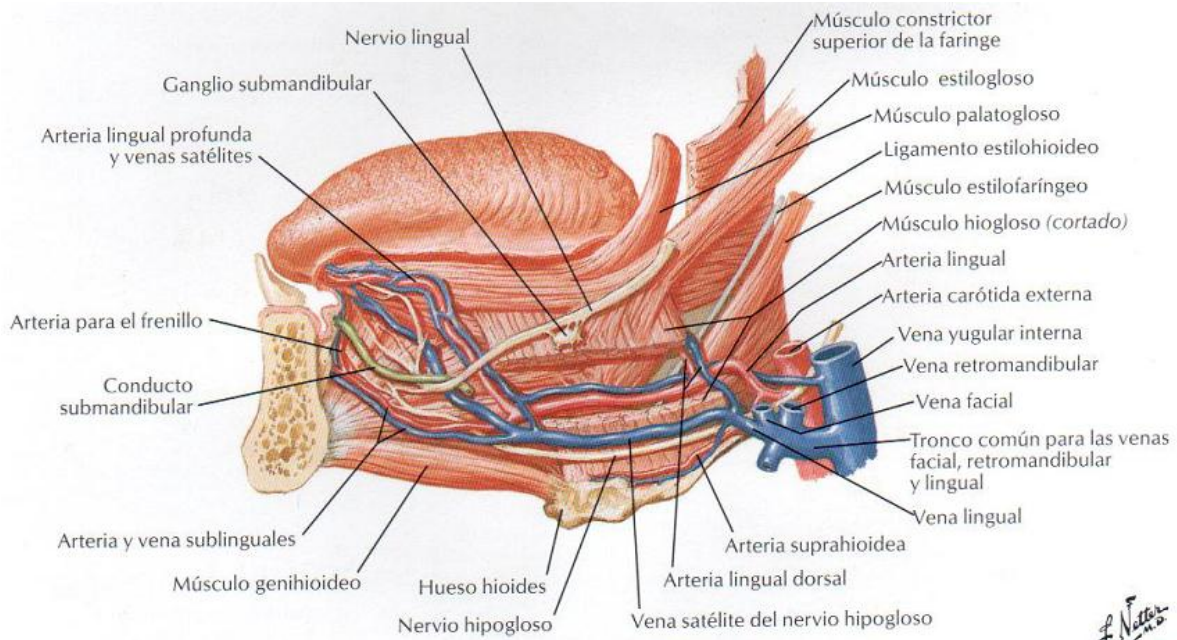


Fig.19. *Vascularización de la lengua.*

Fuente: Netter MD. Atlas de Anatomía Humana (2007)

²² Latarget M, cols. Anatomía Humana. Vol.2. 3a. Edición. Ed Panamericana. España 1999

FISIOLOGÍA DE LA CAVIDAD ORAL

Sentido del gusto

El gusto constituye sobre todo una función de las *yemas gustativas* de la boca²³; la textura de los alimentos, detectada por la sensibilidad táctil de la boca, y la presencia de sustancias que estimulen las terminaciones para el dolor, como la pimienta, modifica enormemente la experiencia gustativa. La importancia del gusto radica en el hecho de que permite a una persona escoger la comida en función de sus deseos y a menudo según las necesidades metabólicas de los tejidos corporales para cada sustancia específica.

Sensaciones gustativas primarias

No se conoce la identidad de todas las sustancias químicas específicas que excitan los diversos receptores gustativos. Aun así, los estudios psicofisiológicos y neurofisiológicos han identificado un mínimo de 13 receptores químicos posibles o probables en las células gustativas, de los siguientes tipos: 2 receptores para el sodio, 2 para el potasio, uno para el cloro, uno para la adenosina, uno para la iosina, 2 para el sabor dulce, 2 para el sabor amargo, uno para el glutamato y uno para el ion hidrógeno.

Con el fin de realizar un análisis práctico del gusto, las capacidades señaladas de los receptores también se han reunido 5 categorías generales llamadas sensaciones gustativas primarias. Éstas son: agrio, saldo, dulce, amargo y umami (palabra japonesa que significa delicioso).

Yemas gustativas y su función.

La figura 20 muestra una yema o botón gustativo, que tiene un diámetro aproximado de 1/30 milímetros y una longitud en torno a 1/16 milímetros. La yema gustativa está compuesta por unas 50 células epiteliales modificadas, algunas de

²³ Guyton MD, Hall PhD. Tratado de Fisiología Médica. 12ª Ed. España: Elsevier; 2011. P. 663-783

las cuales son células de soporte llamadas *células de sostén* y otras son *células gustativas*.

Éstas últimas se encuentran sometidas a una reposición continua por división mitótica de las células epiteliales vecinas, de manera que algunas células gustativas son jóvenes, mientras que otras son maduras, se hallan hacia el centro de la yema y pronto se degradan y disuelven.

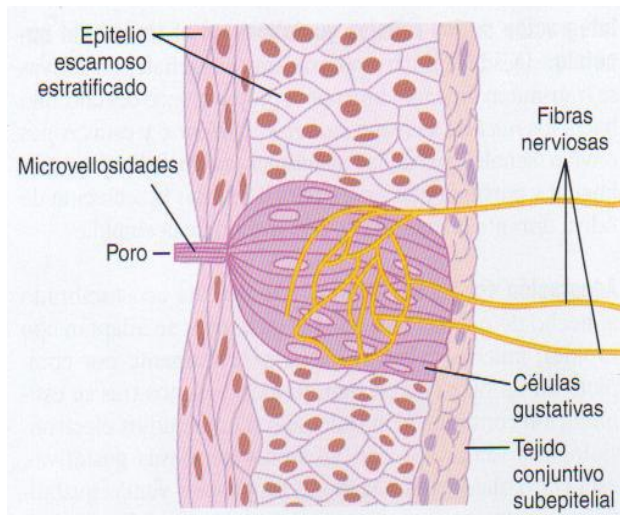


Fig.20. *Yema gustativa.*

Fuente: Guyton. Tratado de Fisiología Médica. 2011

Los extremos externos de las células gustativas están dispuestos en torno a un minúsculo poro gustativo, representado en la fig. 19. Desde éste punto, sobresalen hacia afuera varias vellosidades, o cilios gustativos,

que dirigen hacia la cavidad oral en el poro gustativo. Estas microvellosidades proporcionan la superficie receptora para el gusto.

Entretejida alrededor de los cuerpos de las células gustativas hay toda una red terminal ramificada de fibras nerviosas gustativas que reciben el estímulo de las células receptoras del gusto. Debajo de la membrana celular se forman muchas vesículas cerca de las fibras. Se cree que estas vesículas contienen una sustancia neurotransmisora que se libera a través de la membrana celular para excitar las terminaciones de las fibras nerviosas como respuesta a la estimulación gustativa.

Localización de las yemas gustativas. Estas se encuentran en los 3 tipos siguientes de papilas linguales: 1) una gran cantidad está en las paredes de rodean a las papilas calciformes que forman una línea en V sobre la superficie de la parte posterior de la lengua; 2) un número moderado queda sobre las papilas fungiformes en la cara anterior plana de la lengua y 3) una proporción también moderada se encuentra sobre las papilas foliáceas situadas en los pliegues a lo

largo de las superficies laterales de la lengua. Existen otras yemas gustativas más en el paladar, y unas pocas en los pilares amigdalinos, en la epiglotis e incluso en la parte proximal del esófago. Los adultos poseen de 3000 a 10,000 yemas gustativas y los niños tiene unas pocas más. Pasando los 45 años, muchas yemas degeneran, lo que derive en que la sensación del gusto resulte cada vez menor en el anciano.

Mecanismos de estimulación de las yemas gustativas. La membrana de la célula gustativa, igual que la mayoría de las demás células receptoras sensitivas, tiene una carga negativa en su interior con respecto al exterior. La aplicación de una sustancia con sabor sobre los cilios gustativos provoca una pérdida parcial de éste potencial negativo, es decir la célula gustativa se despolariza. El cambio del potencial eléctrico en la célula gustativa se llama potencial de receptor para el gusto.

El mecanismo por el que la mayor parte de las sustancias estimulantes reaccionan con las vellosidades gustativas para poner en marcha el potencial de receptor consiste en la unión del producto químico con sabor a una molécula proteica receptora situada sobre la cara externa de la célula gustativa cerca de la membrana de una vellosidad o sobresaliendo de ella. Esto a su vez abre canales iónicos, lo que permite que los iones sodio e hidrógeno con carga positiva penetren y despolarizan la negatividad normal de la célula. A continuación, el propio compuesto con sabor resulta arrastrado gradualmente fuera de la vellosidad gustativa por la saliva, que retira el estímulo. El tipo de proteína receptora en cada vellosidad gustativa determina el tipo de gusto que vaya a percibirse.

Generación de impulsos nerviosos por la yema gustativa. Tras la primera aplicación del estímulo gustativo, la frecuencia de descarga de las fibras nerviosas procedentes de las yemas gustativas asciende hasta el máximo en una pequeña fracción de segundo, pero se adapta durante los segundos siguientes hasta regresar a un nivel estable. Por lo tanto el nervio gustativo transmite una señal

potente inmediata, y una señal continua más débil todo el tiempo que la yema gustativa siga expuesta al estímulo correspondiente.

Transmisión de señales gustativas en el sistema nervioso central. La fig. 21 muestra las vías neuronales para la transmisión de señales gustativas desde la lengua y la región faríngea hacia el sistema nervioso central. Los impulsos gustativos procedentes de los dos tercios anteriores de la lengua se dirigen primero hacia el nervio lingual, a continuación van por la cuerda del tímpano hacia el nervio facial y finalmente llegan al tracto solitario en el tronco del encéfalo.

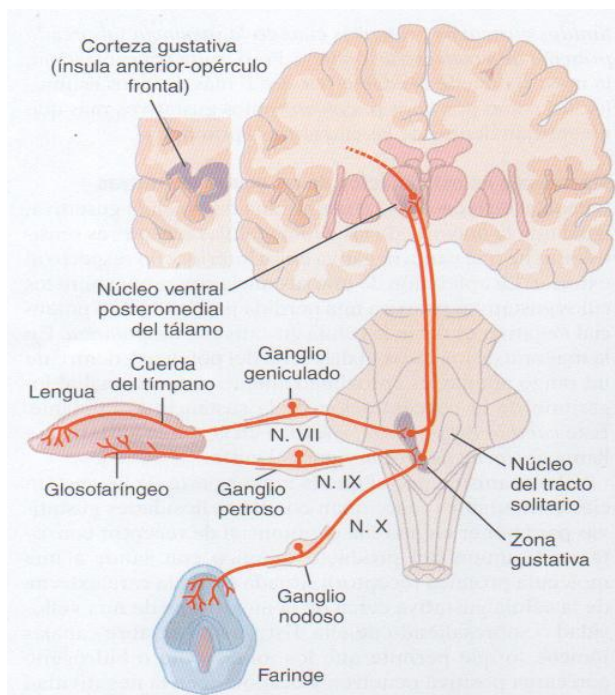


Fig.21. *Transmisión de señales gustativas hacia el Sistema Nervioso Central.*

Fuente: Guyton. Tratado de Fisiología Médica. 2011

Todas las fibras gustativas hacen sinápsis en los núcleos del tracto solitario situados en la región posterior del tronco del encéfalo. Estos núcleos envían neuronas de segundo orden hacia una pequeña zona del núcleo ventral posteromedial del tálamo, que queda un poco medial a las terminaciones talámicas correspondientes a las regiones faciales del sistema de la columna dorsal-lemnisco medial.

Integración de los gustativos en el tronco del encéfalo. Desde el tracto solitario, muchas señales gustativas se transmiten directamente por el

tronco del encéfalo hacia los núcleos salivales superior e inferior, y estas zonas envían señales hacia las glándulas submandibular, sublingual y parótida que sirven para controlar la secreción de saliva durante la ingestión y digestión de la comida.

Masticación

Los dientes están diseñados admirablemente para la masticación, de forma que las piezas anteriores (incisivos) poseen una fuente de acción de corte, mientras que los posteriores (molares) ejercen una acción trituradora²⁴.

La mayor parte de los músculos de la masticación están inervados por las ramas motoras del V par craneal y el control del proceso de la masticación depende de núcleos situados en el tronco del encéfalo. La activación de zonas reticulares específicas de los centros del gusto del tronco encefálico induce movimientos masticatorios rítmicos.

Gran parte del proceso de la masticación se debe a un *reflejo masticatorio* que puede explicarse como sigue: la presencia del bolo alimenticio en la boca desencadena primero el reflejo inhibitorio de los músculos de la masticación, por lo que la mandíbula desciende. A su vez, esta caída inicia un reflejo de distensión de los músculos mandibulares que induce una contracción de rebote. A continuación, la mandíbula se eleva automáticamente para ocluir los dientes y, al mismo tiempo, el bolo se comprime de nuevo contra el revestimiento bucal, lo que se traduce en una nueva inhibición de la musculatura mandibular con la caída de la mandíbula, un nuevo rebote, etc.; este ciclo se repite una y otra vez.

La masticación es importante para la digestión de todos los alimentos, pero reviste particular importancia para la mayoría de las frutas y vegetales crudos, dado su elevado contenido de membranas de la celulosa indigeribles que rodean a las porciones nutritivas y que han de romperse para poder aprovecharlos. Además, existe otra razón sencilla para que la masticación ayuda a la digestión de los alimentos: *las enzimas digestivas solo actúan sobre las superficies de las partículas de alimento*, por lo que la velocidad de la digestión depende por completo de la superficie total expuesta a las secreciones digestivas. Así mismo, la trituración de los alimentos hasta partículas muy finas evita las excoiraciones de

²⁴ Guyton. Op cit. pág. 57

la mucosa gastrointestinal y facilita el paso de los alimentos desde el estómago hacia el intestino delgado y después hacia los segmentos del tubo digestivo.

Secreción de saliva

Las principales glándulas salivales son las parótidas, las submandibulares y las sublinguales²⁵. La secreción diaria normal de saliva oscila entre 800 y 1500 ml, con un promedio de 1000 ml. La saliva contiene dos tipos principales de secreción proteica: 1) una *secreción serosa* rica en *ptialina*, que es una enzima destinada a digerir los almidones, y 2) una *secreción mucosa* con abundante *mucina*, que cumple funciones de lubricación y protección de la superficie.

Las glándulas parótidas secretan casi exclusivamente una saliva serosa, mientras que las submandibulares y sublinguales secretan ambos tipos. Las glándulas bucales solo secretan moco. El pH de la saliva varía de 6 a 7, límites favorables para la acción digestiva de la ptialina.

Secreción de iones en la saliva. La saliva contiene, sobre todo, grandes cantidades de iones potasio y bicarbonato.

La fig. 22 ilustra la secreción de la glándula submandibular, una glándula compuesta característica que contiene *ácinos* y *conductos salivales*. La secreción salival se produce en dos fases: en la primera intervienen los ácinos y en la segunda, los conductos salivales. Los ácinos producen una secreción primaria que

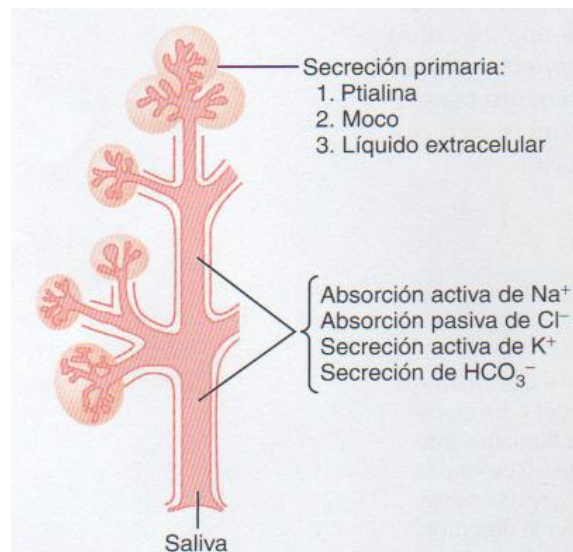


Fig.22. Formación y secreción de saliva por la glándula salival submandibular.

Fuente: Guyton. Tratado de Fisiología Médica. 2011

²⁵ Guyton. Op. cit. pág. 57

contiene ptialina, mucina o ambas sustancias en una solución de iones en una concentración no muy distinta al del líquido extracelular.

Funciones de la saliva en relación con la higiene bucal. En condiciones basal y de vigilia, cada minuto se secretan alrededor de 0.5 ml de saliva, casi toda ella de tipo mucoso; durante el sueño, la secreción resulta mínima. Esta secreción desempeña un papel muy importante en la conservación de los tejidos bucales sanos. La boca contiene grandes cantidades de bacterias patógenas que pueden destruir con facilidad sus tejidos y provocar caries dentales. La saliva ayuda a evitar este deterioro de varias maneras.

En *primer* lugar, el propio flujo de saliva ayuda a lavar y arrastrar los gérmenes patógenos y las partículas alimenticias que les proporciona el sostén metabólico.

En *segundo* lugar, la saliva contiene varios factores que destruyen las bacterias, entre ellos iones tiocianato y distintas enzimas proteolíticas (la más importante es la lisozima), que: 1) atacan las bacterias; 2) favorecen la penetración en las bacterias de los iones tiocianato para que puedan ejercer su acción bactericida, y 3) digieren las partículas alimenticias, contribuyendo así a la eliminación del sustrato metabólico utilizado por la flora bucal.

En *tercer* lugar, la saliva suele contener cantidades significativas de anticuerpos que destruyen a las bacterias bucales, incluidas algunas de las causantes de la caries dental. Por tanto, en ausencia de salivación, los tejidos bucales se ulceran y se infectan y las caries dentales aparecen de inmediato.

5.2 Epidemiología

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total). Un 70% de las muertes por cáncer registradas en 2008 se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030²⁶.

El cáncer de cavidad oral se clasifica como el octavo tipo de cáncer más frecuente y está en aumento. De acuerdo a la American Cancer Society²⁷, en el 2013 se diagnosticaron 42,440 casos de cáncer de cavidad oral en adultos (30,220 hombres y 12,220 mujeres) en los Estados Unidos siendo más del doble en los hombres que en las mujeres.

En el informe de Globocan emitido por la OMS en 2002 se identificaron regiones con incidencia de cáncer de cavidad oral en hombres, mayor a 6.9 casos por 100,000 habitantes, como Europa, Asia, Australia, y en América los países con esta incidencia son Canadá, EUA y Brasil. México y América Central tienen una frecuencia < 3.2/100,000 habitantes. En este informe, la incidencia en mujeres es menor en relación con hombres (menor a 3.2/100,000 habitantes), con excepción de EUA, Bolivia, Australia y Arabia Saudita, entre otros con incidencia de 3.3 a 6.8/100,000 habitantes, y sorprendentemente mayor a 6.9/100,000 en India, Pakistán, Namibia, Angola y Mozambique²⁸.

En México, el Registro Histopatológico de Neoplasias reportó en 2002, 877 nuevos casos de cáncer de la cavidad oral y orofaringe que representa 0.85% de todas las neoplasias diagnosticadas en ese periodo (102,657 nuevos casos); la OMS reporta para México y América Central una incidencia de 3.2/100,000 habitantes;

²⁶ OMS: Organización Mundial de la Salud. Op. Cit., pág. 8

²⁷ ACS: American Cancer Society. Op Cit., pág. 9

²⁸ Granados G, M. Op. cit., pág. 8

en el Hospital de Oncología del CMN, IMSS, que es un centro de referencia nacional para neoplasias del área de cabeza y cuello diagnosticadas entre los derechohabientes al IMSS, sólo en 2010 se registraron en la base de datos del Departamento de tumores de cabeza, cuello y piel 1,579 nuevos casos de estas neoplasias; de ellos, 1,505 tuvieron neoplasias originadas en las mucosas de cabeza y cuello, y hubo 74 nuevos casos de carcinoma epidermoide en la cavidad oral-orofaringe, lo que representa 4.9% de todas las neoplasias de cabeza y cuello.

En un estudio registrado en el Instituto Nacional de Cancerología en el 2013, se realiza una descripción epidemiológica de las neoplasias malignas de cavidad oral, en donde se reportan 266 casos nuevos de cáncer de cavidad oral entre los años 2011 y 2012, representando el 2.48% de 10,721 casos nuevos vistos en el Instituto, siendo el cáncer de lengua el más frecuente (30.8%).

Un informe del departamento de Archivo clínico del Instituto Nacional de Cancerología reporta en el 2013, 123 nuevos casos de cáncer de cavidad oral en ese año (Tabla 1), en donde podemos observar que en hombres existieron 69 casos (56.1%) y en mujeres 54 casos (43.9%), presentándose en mayor número, el cáncer de lengua tanto en hombres como en mujeres en una edad promedio entre 50-59 años y 60-69 años.

CIE	DESCRIPCIÓN	20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		+ 70		TOTAL
		FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	
C00	TUMOR MALIGNO DEL LABIO	1	0	0	1	0	1	1	3	0	5	2	3	17
C02	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA LENGUA	0	0	2	0	1	1	6	7	9	6	4	4	40
C03	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA SUPERIOR	0	0	0	3	0	2	3	3	4	0	3	5	23
C04	TUMOR MALIGNO DEL PISO DE LA BOCA	0	0	1	0	0	0	0	2	0	2	1	3	9
C05	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR	1	0	2	1	1	0	4	1	2	4	2	4	19
C06	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA BOCA	0	1	0	0	0	0	1	7	1	2	2	1	15
TOTAL		2	1	5	5	2	4	15	23	16	19	14	17	123

Tabla 1. Casos de cáncer de cavidad oral en el año 2013

Fuente: Departamento de archivo clínico y bioestadística INCAN

Y en 2014, se reporta en el primer semestre (Tabla 2), 54 nuevos casos de cáncer de cavidad oral, en donde podemos observar que en hombres existieron 33 casos (61.1%) y en mujeres 21 casos (38.9%), presentándose en mayor número, el cáncer de encía con respecto al año 2013, sin embargo, el cáncer de lengua ocupa el segundo lugar en frecuencia en este semestre, al igual que el año anterior mayor número de casos en hombres que en mujeres.

CIE	DESCRIPCIÓN	20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		+ 70		TOTAL
		FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	
C00	TUMOR MALIGNO DEL LABIO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3	2	7
C02	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA LENGUA	0	1	1	1	1	1	1	0	1	2	2	0	11
C03	TUMOR MALIGNO DE LA ENCIA SUPERIOR	0	0	0	1	0	0	1	4	0	5	2	1	14
C04	TUMOR MALIGNO DEL PISO DE LA BOCA	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2		2	7
C05	TUMOR MALIGNO DEL PALADAR	0	0	0	0	3	0	1	0	1	1	2	1	9
C06	TUMOR MALIGNO DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA BOCA	0	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	1	6
TOTAL		0	1	1	2	4	3	5	7	2	13	9	7	54

Tabla 2. Casos de cáncer de cavidad oral en el primer semestre del año 2014

Fuente: Departamento de archivo clínico y bioestadística INCAN

5.3 Factores de riesgo

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales, y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, leucoplasia, eritroplasia, y la exposición a toxinas; y factores endógenos, como la herencia, malnutrición, factores hormonales y factores de riesgo de tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera. Una cepa particular del virus del papiloma humano (HPV 16) que es fuente común de infección de transmisión sexual, ha sido relacionada con el cáncer oral, planteándose una estrecha relación entre el sexo oral y esta patología²⁹.

²⁹ Peña GA, cols. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Revista Cubana Estomatología* [Internet]. 2006. [citado 25 Ene 2014]; 43 (1): 1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

TABACO

El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para cáncer de boca; 90% de los cánceres de la cavidad oral en hombres y 60% en mujeres se atribuyen al consumo del tabaco³⁰.

En el humo inspirado del tabaco existen más de 30 carcinógenos; los más importantes son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas. El riesgo de cáncer es directamente proporcional a la cantidad de tabaco consumido. El tipo de tabaco también influye; el oscuro es más alcalino y más irritante que el claro, los fumadores de tabaco oscuro tienen riesgo 59 veces mayor de padecer cáncer de boca que los no fumadores, y los consumidores de tabaco claro "sólo" tienen un riesgo 25 veces mayor³¹.

El consumo de betel, nuez de areca y otras raíces utilizadas en el "aseo" dental, como la de *souke* en India y Túnez, se asocia a cáncer de encía y piso de la boca.

ALCOHOL

El alcohol es el segundo agente en importancia después del tabaco. El riesgo de cáncer de cavidad oral en bebedores es seis veces mayor que en no bebedores, y el riesgo de muerte por cáncer de orofaringe es cuatro veces mayor en los bebedores.

Los mecanismos conocidos de la carcinogénesis alcohólica son deficiencias nutricionales e hipovitaminosis, factores metabólicos, deficiencia de células T y de su actividad mitótica, irritación local, disminución de la acción protectora de la saliva, potencialización y solvencia de los carcinógenos del tabaco, lo que promueve su penetración en la mucosa, desregulación del sistema enzimático del citocromo p-450, enzima que favorece el cambio de pro carcinógeno a carcinógeno, disminuye la actividad de enzimas reparadoras del DNA, incrementa

³⁰ Gallegos HJ. Factores de riesgo en cáncer de cavidad oral (Lengua). *AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura*. [Internet]. 2008. [citado 25 Ene 2014]; 3(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/aapaunam>

³¹ Granados. Op. cit., pág. 8

el daño cromosómico, e incrementa las concentraciones séricas de acetaldehído (principal irritante y carcinógeno de la mucosa de la boca-orofaringe).

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Estos virus tienen especial tropismo por los epitelios de células escamosas y su ciclo productivo es mantenido sólo por las células epiteliales; en un epitelio infectan las células basales encargadas de la síntesis de DNA, en donde inician su replicación. Los tipos virales más asociados a cáncer de cavidad oral son 16, 18 y 31. La infección del virus del papiloma humano tiene relación con los hábitos sexuales de los individuos y ha sido demostrado que la frecuencia de esta infección es mayor en personas con múltiples contactos sexuales sin protección, y con el contacto orogenital, anogenital y oroanal.

SUCEPTIBILIDAD GENÉTICA

Existe evidencia molecular epidemiológica que sustenta la hipótesis de mayor susceptibilidad genética; alteraciones en la capacidad de metabolizar carcinógenos, en el sistema de reparación del DNA y en el sistema de apoptosis, hacen que ciertos individuos requieran menor dosis de carcinógeno que otros para desarrollar una neoplasia³².

5.4 Manifestaciones clínicas

Los siguientes son los signos y síntomas que con mayor frecuencia aparecen en el cáncer de cavidad oral³³.

Ulceración o erosión: La destrucción de la integridad epitelial es un signo que indica una alteración en la maduración del epitelio, así como la pérdida de las conexiones intercelulares y la alteración de la membrana basal.

Eritema: El enrojecimiento indica inflamación, engrosamiento, irregularidad del epitelio y falta de queratinización.

³² Gallegos. Op. cit. pág. 65

³³ Chediak AE. Cáncer de Cavidad Oral. *Medicina*. 2004; 26 (3): 165-178

Induración: Inicialmente se debe al aumento de células, para luego ser causada por la infiltración inflamatoria.

Fijación: La fijación de la lesión en profundidad, provoca la inmovilidad de la lesión.

Cronicidad: Cuando una lesión ulcerada no cura después de cierto tiempo, es sospechosa. Por lo tanto, la presencia de una lesión ulcerada en la mucosa de la cavidad oral que no desaparece en el curso de diez días debe ser biopsiada, para descartar la presencia de una lesión maligna.

Dolor: Es poco común y cuando es perineural.

Adenopatía cervical: La presencia de una adenopatía cervical, normalmente cervical o yugulodigástrica, no dolorosa y de crecimiento progresivo, requiere una exploración orofaríngea para descartar la presencia de un carcinoma, y nunca por la realización de una biopsia abierta del ganglio.

Otalgia: La presencia de otalgia refleja es un síntoma poco frecuente pero muy característico de los tumores avanzados de Cabeza y Cuello. Es preciso realizar una adecuada exploración de la cavidad oral y la faringe, sobre todo si el paciente tiene criterio de riesgo, (varón, mayor de 45 años, fumador y/o bebedor).

LESIONES PRECANCEROSAS

Leucoplasia: Se define como una lesión blanca de la mucosa. Histológicamente es una lesión que tiene células displásicas, con potencial de malignización. No se conoce la causa determinante que las produce. Dentro de las teorías están la irritación física, la avitaminosis y las infecciones micóticas. Lo que si se ha comprobado es la mayor incidencia en los grandes fumadores y los masticadores de betel.

Eritroplasia: Son, como su nombre lo indica, rojas, pequeñas, con o sin acompañamiento de lesiones leucoplásicas, ligeramente elevadas, de apariencia granular. Cuando las lesiones eritroplásicas están ulceradas tienen un alto riesgo de ser un carcinoma *in situ*.

En la cavidad oral, los sitios más afectados son la parte móvil de la lengua, la encía, el labio, el piso de boca, el paladar duro, la mucosa bucal y, finalmente, el trígono retromolar.

Al momento del diagnóstico, 65% de los tumores de la cavidad oral mide más de 4 cm y sólo 6% es menor de 2 cm; 62% de los varones y 53% de las mujeres se presentan con adenopatías cervicales palpables a la exploración clínica. En concreto, 65% padece etapas III y V.

En etapas tempranas, los carcinomas se caracterizan por síntomas vagos y signos sutiles.

En lesiones invasoras, la manifestación más común es una lesión que comienza por ser superficial y pequeña, pero que evoluciona a una lesión exofítica o ulcerada e infiltrante.

De manera significativa, el aspecto normal de la mucosa no descarta lesiones malignas pues los tumores infiltrantes, muy comunes en el piso de la boca y base de la lengua, crecen por debajo de la mucosa y sólo son evidentes cuando se documentan las metástasis regionales.

En tumores avanzados, en especial cuando están ubicados en la bucofaringe, puede existir dolor local, aunque los síntomas más comunes son otalgia, trismos, odinofagia, disfagia, hemorragia, movilidad disminuida de la lengua, pérdida dentaria, linfadenopatía cervical y formación de fístulas³⁴.

³⁴ Granados. Op. cit. pág. 8

5.5 Vías de diseminación

Anatómicamente, la cavidad oral comprende la lengua móvil, el piso de boca, la mucosa yugal, la mucosa gingival, el paladar óseo y el triángulo retromolar, siendo la lengua móvil, el sitio más afectado por cáncer.

La extensión del tumor en la cavidad oral ocurre por invasión local, a través de los ganglios linfáticos regionales o bien a través del torrente sanguíneo. La extensión local del tumor se puede producir tanto a través de la musculatura intrínseca y extrínseca de la cavidad oral como a través de estructuras neurovasculares, causando invasión vascular y perineural. La afectación linfática dependerá de la localización anatómica, del tamaño del tumor y del patrón de crecimiento, diferenciando una forma superficial exofítica, con menor incidencia de metástasis ganglionares y la forma ulceroinfiltrante con mayor tendencia a la invasión ganglionar³⁵.

Granados y Herrera (2010) en el manual de oncología mencionan que el cáncer de cavidad oral suele diseminarse por vía linfática y que los grupos ganglionares más afectados por tumores de la cavidad oral son los submentonarios, submaxilares, yugulodigástricos y yugulares medios (niveles I, II y III), mientras que los tumores de la bucofaringe afectan con mayor frecuencia a ganglios yugulares altos, medios e inferiores (II, III y IV), y a los retrofaríngeos. Cuando los tumores comprometen la línea media, metastizan a ambos lados del cuello, sobre todo si hay tumores de la base de la lengua.

Las metástasis a distancia son raras, pero con frecuencia se asocian con tumores avanzados y recurrentes (15 a 20%). Los órganos más afectados son pulmón, hígado y hueso. Por lo general, el paciente muere a causa de los efectos de una enfermedad locorregional descontrolada, es decir, por sangrado o inanición.

³⁵ Suarez NC, cols. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol. 4. 2a. ed. Ed. Panamericana; 2009; p. 3417

5.6 Diagnóstico

Cualquier lesión que persista más de dos semanas debe despertar sospecha, en especial entre individuos con factores de riesgo.

El correcto diagnóstico de una tumoración de cavidad oral comprenderá las siguientes exploraciones³⁶:

- Exploración de la cavidad oral y áreas ganglionares. La exploración de la cavidad oral determina las características de la lesión y su relación con estructuras vecinas. La inspección y palpación de la lesión, son esenciales para determinar la extensión de la lesión y el grado de fijación de ésta. La exploración de la faringe y laringe permite descartar lesiones sincrónicas. Deberán explorarse sistemáticamente las áreas ganglionares laterocervicales bilaterales.
- Biopsia de cualquier lesión sospechosa, incluso en las de leucoplasia y eritroplasia. Si existe sospecha fundada, los estudios deben evaluar el estado nutricional y las afecciones concurrentes
- TAC o Resonancia Magnética (RM) de la región cervical, siendo preferible dada su mayor sensibilidad en lesiones de cavidad oral la RM. Esta última es muy útil en la evaluación de tumores de difícil acceso, como los ubicados en la base de la lengua, la parte posterior del piso de la boca, la región tonsilar o la pared faríngea posterior, y en los tumores avanzados (incluye los mandibulares).
- La radiografía del tórax, pruebas de función hepática y determinaciones de calcio y fósforo, elementos importantes en presencia de una enfermedad avanzada o recurrente.
- La laringoscopia, esofagoscopia y broncoscopía permiten reconocer tumores sincrónicos que ocurren entre 10 y 15% de los casos.

³⁶ Suarez. Op. Cit., pág. 69

5.7 Factores pronóstico

Factores Pronóstico (FP) relacionados al paciente

Los más importantes son: edad, estado socioeconómico, localización del tumor, género y hábito alcohol-tabáquico³⁷.

Edad. Históricamente se ha reconocido a la edad como un factor pronóstico; en general los pacientes menores de 40 años no tienen tumores asociados a consumo de alcohol-tabaco; probablemente tengan relación con la infección del VPH; Aunque es más frecuente en hombres mayores de 40 años que fuman y beben, en la última década se ha incrementado en mujeres no bebedoras ni fumadoras; existen 3 grupos de riesgo:

- a) Riesgo elevado: Pacientes de 18 a 39 años sin estilo de vida de riesgo.
- b) Alto riesgo: pacientes de 40 años o más sin factores de riesgo o entre 18 y 39 con estilo de vida de alto riesgo.
- c) Riesgo muy alto: Pacientes de 40 años o más con estilo de vida de alto riesgo o pacientes con historia de cáncer.

Estado socioeconómico. En países con nivel socioeconómico bajo, la frecuencia de cáncer de la cavidad oral es mayor y la posibilidad de tener acceso a terapéutica temprana y adecuada es menor, lo cual repercute en el control locorregional y supervivencia. Este tipo de cáncer no sólo es más frecuente en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, sino que la mortalidad es mayor debido a identificación de etapas tardías, recursos terapéuticos limitados y menor acceso al sistema de salud. El nivel socioeconómico bajo se asocia a pobre higiene bucal, mayor consumo alcohol-tabaco, multicentricidad neoplásica en mucosa oral, mayor tasa de recurrencia y menor supervivencia.

Localización del tumor. El pronóstico de los pacientes con cáncer de lengua es peor que el de los pacientes con carcinomas originados en la mucosa de la

³⁷ Gallegos HJ, cols. Factores pronóstico en cáncer de boca. *Act Méd Grupo Ángeles*. 2010; 8(10): 88-94

cavidad oral, fenómeno principalmente relacionado con la mayor frecuencia de metástasis ganglionares cervicales, mayor infiltración en el espesor muscular y mayor facilidad de extensión por los haces musculares linguales; sin embargo, en enfermedad locorregionalmente avanzada (N2-3) la localización del tumor poco importa; el FP más importante es la etapa per se. Los originados en la mucosa del paladar tienen la menor tasa de metástasis ganglionares y el mejor pronóstico en la cavidad bucal.

Tabaquismo. El tabaquismo importante (1 o más cajetillas/día) se asocia a peor pronóstico cuando se compara con pacientes que habían dejado de fumar años antes del diagnóstico o dejan de hacerlo a partir del diagnóstico; continuar fumando posterior al tratamiento de un cáncer de cavidad oral incrementa la tasa de recaídas y disminuye la supervivencia.

Alcoholismo. Continuar consumiendo etanol después del diagnóstico-tratamiento es un FP desfavorable, aunque su importancia es menos clara que la que existe en pacientes que continúan fumando; es importante conminar a los pacientes en seguimiento a evitar el consumo de alcohol, principalmente cerveza y destilados claros durante la fase de seguimiento posterior al tratamiento, con el objeto de disminuir la tasa de recaídas locales.

Género. Recientemente, el género ha cobrado importancia como factor pronóstico, la prevalencia de esta neoplasia se ha incrementado en mujeres, sobre todo en aquellas que no fuman ni consumen alcohol, probablemente relacionado a la presencia del VPH; parece ser que en este grupo el pronóstico es mejor cuando se le compara con pacientes fumadores-bebedores masculinos; aún no queda claro si es por el género en sí o la presencia del VPH. En mujeres fumadoras y consumidoras de alcohol el pronóstico es similar a su contraparte en varones.

5.8 Estadificación

En el cuadro 1 se muestra la clasificación válida en la actualidad y aceptada por la American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002³⁸, de los tumores de la cavidad oral y orofaringe.

Cuadro 1. Estadificación de los tumores de la cavidad bucal y la bucofaringe

Tumor primario
Tx El tumor primario no puede evaluarse
T0 No existe evidencia de tumor primario
T1 El tumor primario mide menos de 2 cm en su máxima dimensión
T2 El tumor primario mide más de 2 cm, pero menos de 4 en su máxima dimensión
T3 El tumor mide más de 4 cm en su máxima dimensión
T4 (labio) El tumor invade estructuras adyacentes (p. ej., a través de la cortical del hueso, el nervio alveolar inferior, el piso de la boca, la piel de la cara, como barbilla y nariz)
T4a (cavidad bucal) El tumor invade estructuras adyacentes (p. ej., a través de la cortical del hueso hacia la musculatura extrínseca de la lengua: geniogloso, hiogloso, palatogloso, estilogloso, el seno maxilar o la piel de la cara).
T4b (cavidad bucal) El tumor invade el espacio masticador, las láminas pterigoideas, la base del cráneo o envuelve la carótida interna
T4a (bucofaringe) El tumor invade la laringe, los músculos extrínsecos, el pterigoideo medial, el paladar duro o la mandíbula
T4b (bucofaringe) El tumor invade la pared del músculo pterigoideo lateral, las láminas pterigoideas, la pared lateral de la nasofaringe, la base del cráneo o envuelve la carótida
Extensión ganglionar
Nx Los ganglios regionales no pueden ser evaluados
N0 No existen metástasis ganglionares regionales
N1 Existe metástasis a un ganglio ipsolateral de 3 cm o menos en su mayor dimensión

³⁸ AJCC. Cancer Staging Handbook. From de AJCC Cancer Staging Manual. Lip and oral cavity. p.37-39.

N2 Metástasis a un ganglio ipsolateral de más de 3 cm pero no más de 6 cm en su mayor dimensión o existen múltiples ganglios ipsolaterales menores de 6 cm en su máxima dimensión o en ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión
N2a Metástasis a un ganglio ipsolateral mayor de 3 cm, pero no de más de 6 en su máxima dimensión
N2b Metástasis en múltiples ganglios ipsolaterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión
N2c Metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno mayor de 6 cm en su máxima dimensión
N3 Metástasis a un ganglio de más de 6 cm en su máxima dimensión
Metástasis
M0 No hay evidencia de metástasis a distancia
M1 Existen metástasis a distancia
Etapas clínicas
Etapa 0 Tis, N0, M0
Etapa I T1, N0, M0
Etapa II T2, N0, M0
Etapa III T3, N0, M0
T1, N1, M0
T2, N1, M0
T3, N1, M0
Etapa IVa T4a, N0, M0
T4a, N1, M0
T1, N2, M0
T2, N2, M0
T3, N2, M0
T4a, N2, M0
Etapa IVb T4b, cualquier N, M0
cualquier T, N3, M0
Etapa IVc cualquier T, cualquier N, M1

5.9 Tratamiento

Las medidas terapéuticas disponibles para el cáncer de cavidad oral son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Estas modalidades pueden usarse solas o combinadas. La cirugía o la radioterapia se emplean como tratamiento estándar en tumores muy iniciales o limitados o avanzadas y resecables. El objetivo principal de la terapia global es la calidad de vida y supervivencia del paciente. El tratamiento sirve para buscar la curación, el control o la paliación³⁹.

CIRUGÍA

La cirugía es tan eficaz como la radiación para eliminar tumores limitados. Puede realizarse de manera efectiva sin pérdidas funcionales y cosméticas en carcinomas pequeños e iniciales de fácil acceso. Los fracasos de las cirugías por lo general se relacionan con la imposibilidad de resecar el tumor en bloque. Una desventaja es la posible alteración estructural, funcional o cosmética.

Como se mencionó anteriormente, en etapas iniciales y locorregionalmente avanzadas pero resecables, el abordaje terapéutico inicial es quirúrgico, las metas de éste son dos: la remoción completa del tumor primario con márgenes suficientes en forma tridimensional, manteniendo siempre un equilibrio entre la seguridad oncológica, la funcionalidad y la calidad de vida, además de lograr una adecuada estadificación histopatológica que permita diferenciar entre pacientes con riesgo moderado y con riesgo elevado de recurrencia para que con base en él se decida el tratamiento oncológico adyuvante (sólo radioterapia o quimioterapia-radioterapia concomitantes).

La cirugía para la resección de estas neoplasias consiste en la escisión completa del tumor primario con al menos 1 cm de margen quirúrgico y la disección ganglionar cervical homolateral⁴⁰.

³⁹ Otto SE. Enfermería Oncológica. Vol.1. 3ª. Edición. Ed. Harcourt/OCEANO. España. 2002.

⁴⁰ Herrera. Op. cit., pág. 8

TRAQUEOSTOMÍA POSOPERATORIA

Debido al trauma quirúrgico directo y al subsecuente deterioro de los mecanismos de deglución existe gran riesgo (>90%) de obstrucción de la vía aérea, por lo que se requiere traqueostomía electiva, en especial entre los pacientes sometidos a resecciones óseas que involucran la porción sinfisaria de la mandíbula, y en la resecciones ubicadas por detrás de los premolares (base de lengua y piso de boca posterior)⁴¹.

RADIOTERAPIA

Con la radioterapia es posible controlar el tumor *in situ* se evita el sacrificio quirúrgico de parte del organismo y se preservan las funciones del habla, de la deglución y el olfato. A pesar de las secuelas agudas y a largo plazo, la radiación está catalogada como el mejor tratamiento disponible con preservación de tejidos y órganos. Sus tasas de curación son excelentes en pacientes con enfermedad limitada (T1-NO-M0 y T2-N2-M0). La radiación posoperatoria también puede administrarse para tratar la enfermedad residual en los bordes de resección y la enfermedad subclínica en los ganglios linfáticos o que pueda estar implantada en la herida. Los tratamientos por lo general se llevan a cabo a las 3 o 4 semanas (máximo seis) de la cirugía para permitir que cicatrice la herida. Casi siempre dura entre seis y ocho semanas.

Por tradición, se ha administrado radioterapia posoperatoria cuando existe riesgo de recaída, pero en fecha reciente se ha demostrado que los pacientes con alto riesgo, por márgenes positivos, extensión extra capsular, diseminación perineural, embolia vascular y linfática o ganglios positivos en niveles IV y V, se benefician de quimio-radioterapia concomitante posoperatoria; esto mejora la supervivencia libre de enfermedad e incluso la supervivencia, pero la decisión de administrarla debe considerar la toxicidad y un beneficio mínimo o inexistente después de los 70 años de edad.

⁴¹ Granados GM, cols. Oncología y Cirugía. Bases y principios. 1ª. Edición. Ed. El Manual Moderno. 2013.

QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia hoy en día se usa para tratar pacientes con enfermedad avanzada o recurrente. Aunque se reconoce su función adyuvante y paliativa en el tratamiento de esta enfermedad, su impacto en la curación se está evaluando.

Los anticuerpos monoclonales contra el factor de crecimiento epidérmico (EGFR), como cetuximab y nimotuzumab prometen convertirse en componentes del tratamiento multidisciplinario, generando esquemas más activos y con menor toxicidad.

TUMORES IRRESECABLES

Las definiciones operativas ya se han señalado, pero pueden resumirse en los tumores cT4b y cN3. Esto es cuando el tumor invade el espacio masticador, las láminas pterigoides, la base del cráneo o envuelve la carótida interna; en los tumores de la orofaringe, los criterios incluyen aquellos que invaden el músculo pterigoides lateral, las láminas pterigoides, la pared lateral de la nasofaringe, la base del cráneo o tumores que envuelven la carótida.

Estos pacientes se tratan con quimio radioterapia concomitante más intervención quirúrgica si el tumor se torna resecable. Una alternativa es la radioterapia cuando el paciente no está apto para tolerar el tratamiento combinado.

Los esquemas basados en platino son los más utilizados; a menudo se administra cisplatino a dosis de 100 mg/m² de superficie corporal cada 21 días, mientras se administra la radioterapia. Gemcitabina en dosis bajas (50 a 100 mg/m² cada semana) puede ser una opción. Como ya se señaló, si las adenopatías inicialmente irresecables responden en forma completa, pero alguna de ellas era mayor de 3 cm, se requiere una disección planeada del cuello, lo que presupone que el tumor primario ha sido controlado o es controlable.

La quimio-radioterapia concomitante es tóxica y no es bien tolerada por todos los pacientes, de hecho la supervivencia parecen perderse en personas mayores de 70 años. La mucositis y la toxicidad hematológica suelen ser las limitantes. Se ha

propuesto practicar una gastrostomía electiva para mantener la nutrición, pero se asocia a estenosis faríngeas; de forma alterna se usa la ingesta oral que se suplementa mediante sonda naso enteral, si resulta necesario. Los anticuerpos monoclonales también son una opción en combinación con quimioterapia o quimiorradioterapia.

PRONÓSTICO

El análisis de la literatura revela una supervivencia a cinco años de 64 a 88% para etapa I, 61 a 84% para etapa II, 28 a 68% para la etapa III, y 6 a 36% en etapa IV.

VI. METODOLOGÍA

6.1 Estrategia de investigación, estudio de caso

- El presente estudio de caso se llevó a cabo durante las prácticas clínicas de la especialidad de enfermería oncológica en un periodo de cuatro meses (De Diciembre de 2013 a Abril de 2014).
- Se aplica el Proceso de Atención de Enfermería llevando a cabo las 5 etapas de manera consecutiva como son la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.
- Se utiliza la filosofía conceptual de Virginia Henderson para la valoración de necesidades humanas.
- Se elaboraron diferentes formatos que permitieron llevar a cabo el estudio de forma organizada y continua, como son el formato de evaluación exhaustiva basado en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson (Anexo 2), formato de plan de cuidados de enfermería para la elaboración de valoraciones focalizadas, un tríptico informativo para la persona y sus familiares, así como información constante vía telefónica y una visita domiciliaria.

6.2 Selección del caso y fuentes de información

- Se seleccionó al Sr. Jesús, masculino de 75 años de edad que actualmente es tratado por el servicio de cirugía oncológica en el segundo piso de hospitalización al cual se le realizó tratamiento quirúrgico basado en una mandibulectomía segmentaria más hemiglosectomía por cáncer de cavidad oral.
- El primer contacto con el Sr. Jesús fue en el séptimo día del posoperatorio dando inicio a este estudio de caso. El Sr. Jesús, quien tenía una herida quirúrgica extensa que abarcaba lengua, piso de boca, labio, mentón, cuello y parte anterior del tórax, así como traqueostomía, sondas nasogástrica y Foley, lo cual requería cuidados específicos orientados a evitar secuelas pos cirugía como infección, broncoaspiración o hemorragia, así como orientación a los familiares y posteriormente apoyo en la rehabilitación coadyuvando a mejorar la calidad de vida del Sr. Jesús. El presente estudio de caso se consideró ya que el Sr. Jesús tiene un tipo de cáncer poco frecuente como es el cáncer de cavidad oral, sin embargo, puede dar como resultado alteración en las funciones básicas como la masticación, la deglución y la fonación, afectando así la apariencia estética de la persona lo cual son factores importantes para llevar un manejo más especializado.
- Se explicó al Sr. Jesús y su familia los motivos del estudio de caso y se expidió una carta de consentimiento informado.
- Se inicia la búsqueda de información en estudios publicados en base de datos como Scirus, CUIDEN, Pub Med, Scielo, Enfermería global, google académico que fueron relevantes para el caso, así como fuentes bibliográficas de libros, expediente clínico físico y electrónico e interrogatorio directo a la persona y familiares. Cabe destacar que se encontró poca información sobre la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a personas con cáncer de cavidad oral.

-
-
- Se procede a través de la observación, interrogatorio y exploración física a la aplicación de un instrumento de valoración exhaustiva basado en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.
 - Una vez terminada la etapa de recopilación de datos, se procedió a la jerarquización de necesidades para la realización de los diagnósticos de enfermería. En este rubro, fue necesaria realizar una visita domiciliaria para la continuidad de los cuidados.
 - Se elaboraron los diagnósticos reales siguiendo el formato PES, potenciales y de salud.
 - Se lleva a cabo la evaluación de los cuidados de enfermería aplicados a la persona y se mide las respuestas de éste a dichos cuidados, así como el progreso de los objetivos fijados en el plan de cuidados.

6.3 Consideraciones éticas

El registro clínico de enfermería contiene puntos de reflexión ética ya que la información que contienen ponen en marcha la confidencialidad, respeto a la dignidad humana y por otra parte como fuente de información permanente, confiable, fidedigna y oportuna hacia los demás profesionales de la salud.

Es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética del personal de enfermería, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.

Por ello, el Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México⁴², hace referencia a los siguientes principios éticos:

⁴² Comisión Institucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México [Internet]. 2001 [Citado el 20 dic 2013] Disponible en: www.ssa.gob.mx

Beneficencia y no maleficencia se entienden como la obligación de hacer el bien y evitar el mal, se rigen por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia: No se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de los recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Privacidad: No permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.

Confiabilidad: Éste principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. El profesional de enfermería debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Son destacables para el presente estudio de caso los siguientes capítulos:

Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas.

Artículo séptimo: Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y proporcionar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo. Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos que le permitan mantener un nivel de salud física, mental social que no comprometa su capacidad.

Capítulo III De los deberes de las enfermeras como profesionistas.

Artículo décimo. Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de la profesión.

El Decálogo del Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México, enuncia 10 principios, de los cuales el 2, 4, 6 y 8 son aplicables en torno a la elaboración de los registros clínicos de enfermería:

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas⁴³.

El consentimiento informado consta de dos partes:

- a) Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

⁴³ Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. SSA. 2010. Pág. 60.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

- b)** Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

7.1 Antecedentes generales de la persona

Ficha de identificación

Nombre: Jesús M. G.	Expediente: 134209
Sexo: Masculino	Cama: 221
Edad: 75 años	Grupo sanguíneo: O+
Estado civil: Soltero	Fecha de ingreso p/ Cx: 03-Dic-13
Escolaridad: Primaria Completa	Fecha de valoración: 10-Dic-13

Antecedentes heredofamiliares

Hermano: Fallecido por cáncer de pulmón, niega otros.

Niega oncológicos.

Antecedentes personales no patológicos

Originario: Estado de Michoacán, actualmente vive en Álvaro Obregón, DF.

Vivienda: Rentada, con todos los servicios. Vive solo.

Zoonosis: Negativa.

Ocupación: Plomero. Actualmente inactivo.

Religión: Católica.

Alergias: Aspirina.

Tabaquismo: Fumador por 23 años, 4 cigarrillos diarios.

Alcoholismo: Consumo de alcohol fines de semana.

Transfusiones: Negado.

Hábitos higiénicos: Refiere baño cada tercer día; aseo dental: después de cada alimento; aseo de manos: antes del consumo de alimentos y varias veces al día.

Sexualidad: Heterosexual; IVSA: 18 años; vida sexual inactiva.

Antecedentes personales patológicos

Hipertenso tratado con Norvas tabletas de 5 mg cada 24 horas.

Quirúrgicos: Hernioplastía inguinal bilateral, hace 5 años.

Padecimiento actual

Refiere inicio de Padecimiento actual (PA) en Julio de 2013 caracterizado por lesión en cavidad oral dolorosa que posteriormente se acompaña de sangrado, motivo por el cual consulta a odontólogo, fuera del Instituto Nacional de Cancerología, quien ante ausencia de mejoría a tratamiento sintomático toma muestra de biopsia y refiere a nuestra institución con el Diagnóstico cáncer epidermoide (Tumor en punta de lengua borde libre de 0.3x0.5 cm derecha y lesión de mayor tamaño discontinua a la mencionada, tumor en región central de lengua borde libre tercio medio a 0.3 mm de la línea media que se extiende a piso de boca importante con afección clínica de la mandíbula rama horizontal que se extiende a trígono retromolar derecho).

Diagnóstico actual: Cáncer de cavidad oral subsitio borde libre de lengua con extensión a piso de boca y mandíbula derecha T4AN0MX. Estadio Clínico IVA.

7.2 Descripción del caso

Se trata del Sr. Jesús, masculino de 75 años, adulto mayor, soltero post-operado de una disección selectiva de cuello derecho niveles I-III + mandibulectomía segmentaria + resección de piso de boca y hemiglosectomía derecha + rotación de musculo pectoral con isla de piel para reconstrucción de piso + traqueostomía, realizada el 03-Dic-2013.

Se encuentra en el segundo piso de hospitalización, cama 221, a cargo del servicio de cabeza y cuello. Se valora en su habitación en el séptimo día del post-operatorio (10-Dic-2013). El interrogatorio fue directo (con ayuda de su familiar), se hizo exploración cefalocaudal y valoración de las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson.

VIII APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

8.1 Valoración exhaustiva

El Sr Jesús está en reposet, posición sedente, acompañado de su familiar, alerta, orientado en sus 3 esferas, cooperador. Se observa cómodo, tranquilo, con facies inexpresivas, se comunica de manera escrita debido a la cirugía realizada.

Signos vitales: TA: 157/66, FC: 88 x min, FR: 18 x min, temperatura: 36.5°C
Saturación O2: 94%, Peso: 66 Talla: 1.66 kg, I.M.C: 23.9

Piel: Tez blanca, limpia, hidratada, temperatura tibia, con pliegue cutáneo prolongado cuando se pellizca, de turgencia, elasticidad, grosor y movilidad de acuerdo a su edad, con buena higiene.

Cabeza: Normocéfala.

Cabello: Canoso, grueso, crespo, bien implantado, escaso, corto, con calvicie frontal, sin datos de caspa.

Cara: Asimétrica en hemicara derecha por cirugía, con herida quirúrgica desde labio medio, mentón, hasta región auricular derecha; **Cejas** canosas, arqueadas, pobladas; **Ojos** simétricos, color café oscuro, con edema palpebral; **nariz** con

sonda nasogástrica en narina derecha, con secreción (moco) seca, con irritación y molestia y fijación en la parte anterosuperior de la nariz; boca con adoncia casi total, solamente persisten 4 incisivos centrales con caries, hay abundante salivación, lengua con hemiglosectomía derecha, seccionada por la mitad hasta la base de la lengua, herida quirúrgica limpia, afrontada, con dolor al tacto y al movimiento, igualmente se observa lengua con una placa blanquecina; hueco por mandibulectomía y colgajo en piso de boca, se observa adecuada coloración y epitelización; orejas derecha e izquierda, con igual tamaño y forma, pabellones auriculares normales, sin cerumen visible, escucha adecuadamente.

Cuello: Con aumento de volumen en región submandibular derecha a expensas de colgajo y con drenaje en región cervical derecha tipo Jackson Pratt con gasto serohemático. Traqueostomía con abundantes secreciones blanquecinas, no fétidas, estoma húmedo con secreciones.

Tórax: Simétrico, campos pulmonares con leves estertores, movimientos conservados, sin soplos audibles. Herida quirúrgica de pectoral, limpia, afrontada y cubierta con gasa, con drenaje tipo Jackson Pratt con gasto serohemático. Miembros torácicos con venoclisis lado izquierdo, sin infiltración, miembro derecho con dolor al movimiento, no hay edema.

Abdomen: Distendido y dolor a la palpación, no ha evacuado en 2 días, aún no canaliza gases.

Genitales: Tiene sonda Foley, fija, drenando orina clara, no fétida, sin dolor.

Miembros pélvicos: Debilidad muscular, dificultad para mantenerse de pie, no hay presencia de edema, llenado capilar 2", pulsos periféricos presentes, uñas cortas y limpias.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS 14 NECESIDADES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Se realiza entrevista directa y exploración física en la habitación del Sr. Jesús. Primer contacto en el séptimo día del posoperatorio, a las 09:00 am.

OXIGENACIÓN:

Posición sedente, en reposet, TA: 157/66 mm/Hg, FC: 88 x', FR: 18 x', temperatura: 36.5°C, SatO2: 94%, sin apoyo de Oxígeno suplementario, tiene traqueostomía con abundantes secreciones blanquecinas, y tos, se observa con agitación, refiere sensación de ahogo y dificultad para expulsar las secreciones, campos pulmonares con leves estertores, tiene nebulizaciones con salbutamol cada 8 horas. Refiere astenia y adinamia. Llenado capilar 2".

NUTRICIÓN-HIDRATACIÓN:

Peso 66 kg, talla 1.66, IMC 23.6 (peso normal), ha perdido 5 kg aproximadamente en 3 meses, tiene sonda nasogástrica. Nutrición enteral (licuada artesanal con aporte de 1053 kcal totales y 69 gr proteínas administrada en bolo cada 3 horas). Su familiar refiere que en ocasiones tiene nauseas pos prandial. Presenta disfagia. Sin función de deglución. Tiene mucosas orales secas, con mala higiene, con adoncia casi total, solamente persisten 4 incisivos centrales con caries, hay abundante salivación, lengua con hemiglosectomía derecha, seccionada por la mitad hasta la base de la lengua, herida quirúrgica limpia, afrontada, con dolor al tacto y al movimiento, igualmente se observa lengua con placa blanquecina; hueco por mandibulectomía y colgajo en piso de boca, con adecuada coloración y epitelización.

ELIMINACIÓN:

Urinaria: Tiene sonda Foley (orina clara, drenó 600 ml por la noche) sin datos de irritación, ardor o mal olor, refiere no tener molestias. *Intestinal:* Peristalsis disminuida, con abdomen distendido y dolor a la palpación, no ha evacuado en 1 día, refiere estreñimiento, aún no canaliza gases.

MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA:

Se encuentra en reposet en posición sedente, se moviliza fuera de cama con ayuda de su familiar. Refiere presentar dolor en hombro izquierdo al movimiento por lo que evita hacerlo de forma frecuente. Extremidades inferiores con leve disminución de control y fuerza. Requiere apoyo de su familiar para baño y deambulaci3n. No realiza movimientos pasivos en extremidades, solo deambulaci3n.

* Escala de úlceras por presi3n (Braden)= 19 puntos (riesgo medio); fuerza y tono muscular (karnosfky 70%)=conservados; Glasgow 15 puntos.

DESCANSO Y SUEÑO:

Su familiar refiere que duerme por periodos cortos, ya que presenta tos y secreciones por traqueostomía “que no lo deja dormir”, sin embargo tambi3n duerme en el dia. El ruido intrahospitalario no le limita el sueño. Físicamente se observa con facies de cansancio sin malestar.

USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS:

Porta bata institucional, requiere apoyo de su familiar para vestirse.

MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL:

Temperatura 36°C, tiene sabanas y cobertor para mantener su temperatura. Ha estado normot3rmico desde su cirugía.

MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL:

Se observa palidez de tegumentos (++), piel y mucosas con aceptable estado de hidrataci3n, refiere sabor amargo, tiene sonda nasogástrica en narina derecha, con secreci3n (moco), refiere irritaci3n y molestia al movimiento, fijaci3n en nariz; herida quirúrgica en comisura labial hasta ment3n, regi3n retroauricular hasta el cuello lado derecho y pectoral derecho la cual se observan limpias, afrontadas, cubiertas con gasa, dolor (EVA 2/10); tiene 2 Biovac tipo Jackson Pratt, uno cervical y otro pectoral, ambos con gasto serohemático, sitios de inserci3n limpios,

cubiertos; vía periférica derecha sin datos de infiltración, tiene infusión de analgésico (200 mg de Tramadol + 200 mg de Ketoprofeno en 250 ml de solución fisiológica al 9% para 24 horas) y soluciones parenterales (solución fisiológica al 9% 500 ml p/24 hrs) . Traqueostomía con abundantes secreciones blanquecinas, no fétidas, estoma húmedo con secreciones; sonda Foley con salida de orina clara.

EVITAR PELIGROS:

El Sr. Jesús es un adulto mayor, con edad cronológica acorde a la aparente, usa lentes; se encuentra consciente, alerta, orientado en tiempo, persona y espacio, sin embargo al levantarse de la cama, presenta leve mareo así como debilidad muscular, los drenajes le dificultan el movimiento, por lo que se mantiene en reposet con vigilancia estrecha por riesgo mediano de caída, requiere ayuda de su familiar.

Tiene factores de riesgo para infección como heridas quirúrgicas, drenajes, sonda nasogástrica, sonda vesical y venoclisis. Tiene riesgo de aspiración.

COMUNICACIÓN:

Al inicio del interrogatorio se muestra cooperador, da respuestas con señas, escritas y limitadas ya que presenta dificultad en la fonación por la cirugía y la traqueostomía, refiere sentirse con desesperación por no poder hablar. Se observan facies de preocupación, desesperación y frustración por no poder comunicarse, su familiar (hermano) responde la mayoría de las preguntas. Actualmente vive solo pero sus familiares se turnaran para cuidarlo las 24 horas. Recibe llamadas constantes para saber su estado de salud. La relación familiar es adecuada. Su hermano refiere que Don Jesús es muy querido por amigos y familiares ya que es alegre y sociable. Sus hermanos y sobrinos se muestran cooperadores y preguntan dudas.

CREENCIAS Y VALORES:

Religión católica, tiene imágenes religiosas en su cama, cree en dios y tiene fé y actitud positiva ante su enfermedad.

TRABAJAR Y REALIZARSE:

Trabajaba de plomero, actualmente desempleado. Recibe apoyo económico de sus familiares.

JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

Le gusta ver la televisión, leer el periódico, ser sociable, caminar y bailar.

APRENDIZAJE:

Los familiares preguntan y se informan de los cuidados; quisieran saber que alimentación debe llevar en casa y como cuidar los drenajes. Don Jesús sabe el estado de su enfermedad.

JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

- 1- EVITAR PELIGROS:** Tiene factores de riesgo para infección como heridas quirúrgicas, drenajes, sonda nasogástrica, sonda vesical y venoclisis. Tiene riesgo de aspiración.
- 2- COMUNICACIÓN:** Al inicio del interrogatorio se muestra cooperador, da respuestas con señas, escritas y limitadas ya que presenta dificultad en la fonación por la cirugía y la traqueostomía, refiere sentirse con desesperación por no poder hablar. Se observan facies de preocupación, desesperación y frustración por no poder comunicarse, su familiar (hermano) responde la mayoría de las preguntas.
- 3- APRENDIZAJE:** Los familiares preguntan y se informan de los cuidados; quisieran saber que alimentación debe llevar en casa y como cuidar los drenajes.
- 4- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN:** Peso 66 kg, talla 1.66, IMC 23.6 (peso normal), ha perdido 5 kg aproximadamente en 3 meses, tiene sonda nasogástrica. Nutrición enteral (licuada artesanal con aporte de 1053 kcal totales y 69 gr proteínas administrada en bolo cada 3 horas). Su familiar refiere que en ocasiones tiene náuseas pos prandial. Presenta disfagia. Sin función de deglución. Tiene mucosas orales secas, con mala higiene, con adoncia casi total, solamente persisten 4 incisivos centrales con caries, hay abundante salivación, lengua con hemiglossectomía derecha, seccionada por la mitad hasta la base de la lengua.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica**

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio						
Exhaustiva	10/Dic/2013	11:00 a.m.	2do Piso Hospitalización						
Necesidad alterada Evitar Peligros	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería Ayuda		Nivel de dependencia				
	E.F	E.C			F.V	I	PD	D	DT
Datos objetivos	Datos subjetivos			Datos complementarios					
<ul style="list-style-type: none"> - FR. 20 x min., FC 110 x min., Sat. O2. 94%. - Secreciones espesas en cánula de traqueostomía y nariz. - Tos con flemas. - Facies de ansiedad - Agitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Refiere sensación de ahogo y dificultad para expulsar las secreciones 			<ul style="list-style-type: none"> - Miedo a manipular la cánula de traqueostomía. - Sin apoyo de Oxígeno suplementario. - Nebulizaciones con Salbutamol cada 8 horas 					
<p>Diagnóstico de enfermería: <u>Real</u>, potencial, bienestar.</p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva, retención de las secreciones, cuerpo extraño en las vías aéreas (cánula de traqueostomía) m/p secreciones espesas en la cánula de traqueostomía y nariz, taquicardia 110 x min, tos con flemas, facies de ansiedad, agitación, sensación de ahogo.</p>									
<p>Objetivo (os) centrados en la persona: "Que el tubo esté limpio para poder respirar"</p>									
<p>Resultado esperado: Mantener vías respiratorias permeables para evitar aspiración, cánula limpia para disminuir la ansiedad y que el cuidador primario manipule de manera correcta la cánula de traqueostomía.</p>									
Intervenciones	Acciones		Fundamentación		Ejecución				
Manejo integral de la vía aérea	<ul style="list-style-type: none"> - Posición fowler o sedente. - Realizar aspiración de secreciones. - Humidificar la vía aérea. - Enseñar a realizar una tos efectiva. 		Una de las complicaciones postoperatorias de más difícil manejo, la constituyen las secreciones bronquiales que llegan a ser espesas y costrosas, causadas básicamente por que al entrar aire sin		<ul style="list-style-type: none"> - Se proporcionan medidas para mantener posición fowler en cama y reposit. - Se aspiran secreciones 2 o 3 veces en el turno. 				

	<ul style="list-style-type: none"> - Fisioterapia pulmonar - Movilización y deambulación. - Valoración de estado respiratorio. - Aseo de la nariz. - Realizar medidas que impidan la decanulación espontánea. - Aspirar secreciones de cavidad oral. 	<p>humidificar, ni calentar y sin tener un filtro de impurezas, provocan un espesamiento de las secreciones, favoreciendo la constitución de un tapón mucoso que puede producir obstrucción de la luz de la cánula.</p> <p>Es por ello que las acciones encaminadas al cuidado y manejo de la vía aérea superior persiguen desalojar las secreciones espesas adheridas a las paredes bronquiales disminuyendo el riesgo de aspiración e infecciones como neumonía⁴⁴.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ Se lava la endocánula con solución estéril cuando se acumulan secreciones. ~ Se realiza nebulización por traqueostomía con salbutamol por 15 minutos c/8 hrs. ~ Se realiza palmo percusión pulmonar 2 veces durante el turno. ~ Se asiste al Sr. Jesús en la movilización y durante la deambulación. ~ Se asiste y supervisa al Sr. Jesús para que tosa de manera efectiva. ~ Se proporciona agua tibia y gases y se supervisa el aseo de la nariz. ~ Se cambia y se fija sujeción de la cánula de traqueostomía. ~ Se aspiran secreciones de cavidad oral varias ocasiones en el turno.
--	--	---	---

⁴⁴ Ducl L., Fabry J., Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. Organización Mundial de la Salud. 2002

Educación de procedimientos al cuidador primario	<p>- Orientar al familiar sobre el procedimiento de limpieza de la cánula de traqueostomía y endocánula.</p> <p>- Enseñar al familiar la técnica de fisioterapia pulmonar y tos efectiva al Sr. Jesús.</p>	<p>La educación a la persona mejora los conocimientos sobre la enfermedad, las actitudes y comportamientos⁴⁵.</p> <p>Dar educación al familiar sobre las técnicas del manejo de la vía aérea contribuye a evitar complicaciones en el domicilio como aspiración e infección.</p>	<p>~ Se instruye al familiar sobre la limpieza de la cánula de traqueostomía y endocánula y se supervisa el procedimiento.</p> <p>~ Se enseña el procedimiento de palmopercusión y se supervisa que el familiar lo realice al Sr. Jesús de manera correcta.</p>
<p>Evaluación:</p> <p>Se mantuvo la permeabilidad de la vía aérea durante los días de internamiento, disminuyeron los estertores y las secreciones bronquiales. La cánula de traqueostomía y endocánula se mantuvieron limpias.</p> <p>El Sr. Jesús realiza tos efectiva de manera independiente</p> <p>El Sr. Jesús deambula en su unidad de manera asistida,</p> <p>Se mantiene la limpieza de la cavidad oral y nariz.</p> <p>El familiar realiza de forma correcta la limpieza de la endocánula.</p>			

⁴⁵ Alfonso, MT. Educación al paciente crónico. Rev. Oficial enfermería nefrológica. 2012. Disponible en: www.revistaseden.org



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio								
Exhaustiva	10/Dic/2013	11:00 a.m.	2do Piso Hospitalización								
Necesidad alterada Evitar Peligros	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería Ayuda	Nivel de dependencia						
	F.F	F.C	F.V		I	PD	D	DT	DP		
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
<ul style="list-style-type: none"> - Cavidad oral sucia con halitosis - Herida quirúrgica en lengua, comisura labial, mentón, cuello y pectoral y traqueostomía. - Se observa estoma húmedo con secreciones. 	Refiere que le da miedo realizar el lavado de cavidad oral.				Realiza enjuagues con antiséptico (estericide) cada 4 horas - SNG en nariz derecha con secreción (moco), sonda Foley, 2 Drenajes tipo Jackson Pratt (pectoral y cervical), acceso venoso miembro torácico derecho.						
Diagnóstico de enfermería: Real, <u>potencial</u> , bienestar.											
Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos (heridas quirúrgicas, traqueostomía) drenajes (SNG, Sonda Foley, Drenaje tipo Jackson Pratt en pectoral y cervical), conocimientos insuficientes para evitar la exposición a agentes patógenos (aseo manos, cavidad oral sucia con halitosis).											
Objetivo (os) centrados en la persona: Sentirse cómodo y limpio											
Resultado esperado: Medidas higiénicas adecuadas y disminución del riesgo de infección.											
Intervenciones	Acciones			Fundamentación	Ejecución						
Prevenir Infecciones	<ul style="list-style-type: none"> - Curación de heridas y sitios de inserción de drenajes, considerando medidas universales de protección. - Valorar cambios en las características de las heridas y sitios de inserción de drenajes 			Las infecciones de la piel y los tejidos blandos fomentan la colonización bacteriana y puede provocar infección. La posibilidad de contraer una infección está determinada por factores referentes a la persona, como el grado	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza curación de herida quirúrgica de mentón, cuello y pectoral con solución antiséptica así como sitios de inserción de drenajes pectoral y cervical y se cubren con gasa estéril una vez en el turno. - Se realiza limpieza 						

	<p>(color, cantidad, olor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar signos y síntomas de infección - Valorar cambios en características de esputo y drenajes. - Aseo de la cavidad oral. - Favorecer ingesta nutricional adecuada. - Administración de la medicación prescrita. 	<p>de inmunodeficiencia y las intervenciones que intensifican el riesgo.</p> <p>El control y manejo de las heridas por medio de curación con las medidas universales de protección, favorece la cicatrización y previene infecciones⁴⁶.</p> <p>Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones. El aporte de calorías es necesario para asegurar la multiplicación celular, la formación de colágeno, de fibrinógeno, de nuevos tejidos y la mayor actividad enzimática.</p>	<p>de estoma y cambio de gases alrededor de la traqueostomía.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se anota en la hoja de enfermería gastos de drenajes (pectoral 15 ml, cervical 20ml, ambos con gasto serohemático), orina clara (400 ml). - Se asiste y se supervisa al Sr. Jesús en el aseo de cavidad oral con antiséptico (estericide) cada 4 horas por 10 min. - Se valora y se registra en la hoja de enfermería las características de colgajo de piso de boca (adecuada cicatrización y epitelización). - Se supervisa y se asiste al familiar durante la alimentación enteral (Dieta licuada administrada en bolo cada 3 horas). - Se administra antibiótico y AINE prescrito (Clindamicina 600 mg IV cada 8 hrs (se aplicó 8:00am), ceftriaxona 1 gr IV cada 12 hrs (se aplicó 9:00am), paracetamol 1 gr IV cada 8 hrs (se aplicó 12:00pm),
--	--	--	--

⁴⁶ Ducl L. Op. Cit., pág. 94

<p>Asesoría de procedimientos al cuidador primario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al familiar técnica de lavado de manos. - Enseñar medidas de protección para evitar transmisión de infecciones. - Informar signos y síntomas de alarma 	<p>El hecho de hacer participar a la familia en el cuidado de las heridas, con las técnicas adecuadas de protección, tiene un significado de gran magnitud para la prevención de infecciones y detección temprana de las mismas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se da asesoría al familiar acerca del lavado de manos y su importancia. - Se informa la importancia de evitar visitas con infecciones respiratorias. - Se brinda asesoría sobre limpieza de la endocánula, de la traqueostomía, del estoma y curación de heridas y drenajes. - Se pide al familiar que informe al personal de enfermería si observa que el Sr. Jesús presenta escalofrío, salida de pus o sangre en las heridas, secreciones verdosas, olor fétido, e inflamación. - Se aclaran dudas al familiar acerca de los procedimientos.
--	--	--	---

Evaluación:

El Sr. Jesús no presentó signos o síntomas de infección durante la estancia hospitalaria.

La cavidad oral presenta mejores condiciones de higiene (Continua con enjuagues de esterilización cada 4 horas por 10 minutos).

Las heridas y drenajes se mantienen sin datos que sugieran infección

Los familiares realizan de forma correcta el aseo de la endocánula y curación de drenajes.

El Sr. Jesús participa de forma parcial en los procedimientos.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio								
Focalizada	11/Dic/2013	10:00 a.m.	2do Piso Hospitalización								
Necesidad alterada Comunicación	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería Ayuda	Nivel de dependencia						
	E.F	F.C	F.V		I	PD	D	DT	DP		
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios						
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en la fonación por la cirugía y la traqueostomía. - Se observan facies de preocupación, desesperación y frustración por no poder comunicarse. - Tiene hemiglosectomía y herida quirúrgica en piso de boca. 	Refiere sentirse con desesperación por no poder hablar y comunicarse.				Su familiar (hermano) responde la mayoría de las preguntas.						
Diagnóstico de enfermería: <u>Real</u> , potencial, bienestar.											
Deterioro de la comunicación verbal r/c presencia de barreras físicas (traqueostomía), ausencia quirúrgica de la mitad de la lengua, herida quirúrgica extensa en piso de boca m/p dificultad para poder comunicarse, preocupación, desesperación y frustración por no poder comunicarse.											
Objetivo (os) centrados en la persona: Que mis familiares me puedan entender											
Resultado esperado: Comunicará sus necesidades con eficacia, planificará métodos alternativos del habla.											
Intervenciones	Acciones			Fundamentación		Ejecución					
Proporcionar métodos de comunicación alternativos	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar medios de comunicación alternativos: papel y bolígrafo, marcadores, dibujos, lenguaje de signos. - Utilizar la comunicación verbal para facilitar la 			<ul style="list-style-type: none"> - Debe hacerse una valoración integral de las habilidades de lectura, comprensión y comunicación de la persona antes, durante y después del tratamiento para facilitar la comunicación, disminuir la ansiedad y 		<ul style="list-style-type: none"> - Se recomendó al Sr. Jesús el uso del lenguaje escrito y utilizar señas con las manos para optimizar la comunicación. - Se puso a su alcance una libreta, bolígrafo y marcador para la 					

	<p>comunicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utilizar palabras sencillas y frases cortas. - Reforzar el seguimiento con el servicio de foniatría después del alta hospitalaria. - Solicitar ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje. 	<p>favorecer la rehabilitación.</p> <p>Si las habilidades de lectura o escritura son limitadas, será necesario recurrir a explicaciones sencillas, comunicación corporal, videos etc., para una comunicación eficaz⁴⁷.</p>	<p>comunicación escrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se anotó en la libreta frases prescritas como: “tengo dolor”, “no puedo respirar”, “me quiero pasar a la cama o al reposit”, “tengo ansiedad”, “quiero ir al baño”, etc. - Se acudió a su unidad de manera frecuente para brindar seguridad y detectar alguna necesidad urgente. - El lenguaje que se proporcionó al Sr. Jesús fue con voz clara y lenguaje sencillo.
<p>Asesoría de la comunicación al cuidador primario o familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar a los familiares los métodos de comunicación escrita y no verbal para la comprensión del lenguaje con el Sr. Jesús. 	<p>El hecho de hacer participar a la familia en el cuidado de la persona enferma tiene un significado de gran magnitud para la comunicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se explicó a los familiares la importancia del uso de la libreta y el uso de señas para la comunicación con el Sr. Jesús. - Se mantuvo comunicación estrecha con los familiares durante la estancia hospitalaria. - Se reforzó la importancia de acudir al servicio de foniatría después del alta.
<p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Sr. Jesús se comunica de manera más eficaz con el profesional sanitario y sus familiares. - Disminuyó su nivel de preocupación y desesperación. - Los familiares participan de forma activa y positiva en el proceso de comunicación. 			

⁴⁷ Sampson HA. Cancer de la cabeza y el cuello. Cap. 11 en Otto SE. Enfermería Oncológica. Vol.1. 3ª. Edición. Ed. Harcourt/OCEANO. España. 2002

EGRESO HOSPITALARIO

El Sr. Jesús fue egresado el 11 de Diciembre de 2013 a las 16:00 hrs en buenas condiciones generales, con traqueostomía funcional, mejor manejo de secreciones, cavidad oral con apropiada higiene, colgajo de piso de boca con adecuada cicatrización y epitelización, heridas quirúrgicas limpias, afrontadas, cubiertas con gasa, drenajes cervical y pectoral funcionales con gasto serohemático, sonda nasogástrica cerrada solo para alimentación y medicación.

Se proporciona al familiar y al Sr. Jesús asesoría verbal acerca de los cuidados en casa: actividades que el familiar debe realizar en el manejo de la traqueostomía, la alimentación y medicación, cuantificación y manejo de drenajes, aseo de cavidad oral y curación de heridas, movilización y deambulación, signos y síntomas de alarma, teléfonos en caso de emergencia.

Nota: Primera consulta posquirúrgica 17 de diciembre de 2013.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio						
Focalizada	17/Dic/2013	13:00 a.m.	Consulta externa						
Necesidad alterada Aprendizaje	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería Ayuda	Nivel de dependencia				
	F.F	F.C	F.V		I	PD	D	DT	DP
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios				
- Traqueostomía con piel circundante irritada y edematizada. - Tos con abundantes secreciones, expectoración verdosa y fétida, se observa drenaje cervical con gasto purulento.					- La familiar refiere que hay muchas personas que cuidan al Sr. Jesús pero no todos realizan el manejo adecuado. - Refieren tener dudas con la atención en el domicilio.				
Diagnóstico de enfermería: <u>Real</u> , potencial, bienestar.									
Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar r/c inadecuación del número de intervenciones, déficit de conocimientos, complejidad del régimen terapéutico, factores familiares del cuidado de la salud m/p fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, complicaciones en la salud (infección de vías respiratorias, incluyendo traqueostomía y piel circundante y drenaje cervical).									
Objetivo de la familia: Aprender a realizar los cuidados del Sr. Jesús en casa.									
Resultado esperado: Integrar a la familia sobre los cuidados en el domicilio del Sr. Jesús y llevar un plan terapéutico que evite futuras complicaciones.									
Intervenciones	Acciones			Fundamentación	Ejecución				
Asesoramiento inmediato	- Limpieza y cuidado de la piel circundante del estoma. - Enseñar al familiar y al Sr. Jesús las medidas asociadas a la higiene y protección de las heridas y piel circundante del estoma.			Hablar con la familia, prestarle atención, animarles a que participen en la recuperación de la persona enferma, ayudarles a encontrar respuestas, aclarar dudas enseñarles y apoyarles psicológicamente,	- Se asesora al Sr. Jesús y a la familiar como realizar el cambio de gasas y limpieza de traqueostomía y curación del estoma. - Se asesora a la familiar sobre el manejo de la				

	- Visita domiciliaria.	ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente, minimizar el efecto de las secuelas y proporcionar mayor confort en su entorno y mayor adaptación al proceso de enfermedad ⁴⁸	medicación e higiene en casa. - Se programa visita domiciliaria el 20 de Diciembre de 2013.
Mejorar el régimen terapéutico en su domicilio	- Visita domiciliaria.	El modelo de atención domiciliaria ofrece a la persona el beneficio de permanecer en su propio ambiente, minimizando los riesgos y exposición a posibles infecciones nosocomiales. Reconoce además la importancia de la participación familiar en la recuperación de la persona. ⁴⁹	- Se asiste al domicilio del Sr. Jesús el día viernes 20 de Diciembre a las 11:00 am., donde 5 familiares se presentan para asesoría de los cuidados en casa. - Se dio una plática a la familia acerca de los cuidados de la traqueostomía, heridas y drenajes. - Se incluye al Sr Jesús en los autocuidados (lavado de manos, higiene bucal, cambio de gasas, movilización, alimentación). - Se implementa un cuaderno para la planificación de las actividades como horario de alimentación y medicación, horario de curación de heridas.

⁴⁸ Escaño CV., Rebola GP. Plan de cuidados individualizado en paciente traqueostomizado con nutrición enteral tras laringuectomía supraglótica. *Enfermería docente*. 2012. 98: 10-15.

⁴⁹ Orb A., Santiagos A. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. *Ciencia y enfermería*. 2005; 11(1): 9-15.

			- Se entrega plan de alta (pag.111).
--	--	--	--------------------------------------

Nota: En su consulta de cabeza y cuello toman cultivo de secreción del estoma y drenaje cervical, cambian esquema de antibiótico (Avelox tabletas 400 mg cada 24 hrs, Dalacin caps. 300 mg cada 8 horas, durante 10 días) y anexan antiinflamatorio (Stadium tabletas 25 mg cada 12 hrs).

Se mantiene comunicación vía telefónica con los familiares para aclaración de dudas y dar seguimiento al estado de salud del Sr. Jesús.

Evaluación en la segunda consulta posquirúrgica 23 de diciembre de 2013:

- La familia mostro compromiso con los cuidados en casa hay mejor planificación.
- Disminuyo la cantidad de secreciones, pero siguen con aspecto verdoso y fétido. Continúa esquema de antibiótico y antiinflamatorio por SNG
- La piel se muestra con menor irritación en el transcurso de una semana.
- El Sr Jesús disminuyó su estado de dependencia en los autocuidados.
- El plan de alta favoreció y reforzó la información proporcionada a los familiares y al Sr. Jesús ya que sirvió como guía para los cuidados en casa.
- En consulta de cabeza y cuello retiran drenaje cervical y suturas de herida pectoral.

Evaluación en la tercera consulta posquirúrgica 30 de diciembre de 2013:

- Se observa franca mejoría en el estado de salud del Sr Jesús, la expectoración es más hialina y en menor cantidad, adecuada cicatrización de herida en pectoral.
- Los familiares muestran mayor confianza al realizar procedimientos y llevan una adecuada planificación de los cuidados del Sr. Jesús en su domicilio.
- En consulta de cabeza y cuello retiran suturas de cuello y mentón, suspenden antibiótico y envían a Don Jesús a rehabilitación de la función deglutoria al servicio de foniatría. Probable retiro de sonda nasogástrica.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica**

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio					
Focalizada	14/Enero/2014	12:30 p.m.	Consulta externa					
Necesidad alterada Nutrición e hidratación	Fuente de dificultad		Cuidado básico de enfermería		Nivel de dependencia			
	E.F	F.C	F.V	Acompañamiento	I	PD	D	DT
Datos objetivos	Datos subjetivos				Datos complementarios			
<ul style="list-style-type: none"> - Disminución en la fuerza de la lengua. - Afectación de los músculos implicados en la masticación y deglución 	Refiere sensación de ahogo al pasar líquidos, babeo y tos antes de la deglución. - Refiere dificultad para pasar el alimento y en la masticación.				<ul style="list-style-type: none"> - Tiene sonda nasogástrica y traqueostomía. 			
Diagnóstico de enfermería: <u>Real</u> , potencial, bienestar. Deterioro de la deglución r/c afectación de los músculos implicados en la masticación y deglución, (secuelas post cirugía) m/p limitación en la masticación y deglución, disminución de la fuerza de la lengua, refiere sensación de ahogo al pasar líquidos, babeo y tos antes de la deglución.								
Objetivo de la familia: Poder comer sin sonda								
Resultado esperado: El Sr. Jesús realizará ejercicios de deglución para mejorar la función de los músculos, alimentarse de manera fisiológica.								
Intervenciones	Acciones	Fundamentación	Ejecución					
Terapia de deglución	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con la foniatra para enseñar al familiar y al Sr. Jesús el régimen de ejercicios de deglución. - Estimular la deglución. - Modificación de la postura - Control del bolo 	La rehabilitación de la función deglutoria consiste en la modificación de la postura, maniobras de deglución, control del bolo, modificación de la dieta e higiene bucal, esto ayuda a mejorar el tono y movilidad en la cavidad oral, especialmente lingual para optimizar la función	Se enseñó al Sr Jesús a sentarse en posición sedente antes de realizar los ejercicios de deglución que consistieron en: ~Tragar saliva y cucharadas pequeñas de agua cada hora. ~ Realizar respiraciones profundas antes de					

	<p>- Higiene bucal.</p>	<p>residual de tragar, así como protección de la vía aérea durante la deglución para evitar aspiración⁵⁰.</p> <p>La terapia de deglución permite que la persona inicie un proceso de rehabilitación, en el que se da tono y movilidad en la cavidad oral, especialmente lingual, así como protección consciente de la vía aérea durante la deglución para evitar aspiración antes de iniciar la fase involuntaria de la deglución.</p>	<p>deglutir.</p> <p>~ Mover la lengua en varias posiciones durante el día.</p> <p>~ Colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución.</p> <p>~ Abrir y cerrar la boca varias veces al día.</p> <p>~ Colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.</p> <p>~ Aseo de la cavidad oral 3 veces al día.</p> <p>Se brindó asesoría a los familiares sobre la importancia de que el Sr. Jesús realice los ejercicios de deglución y los signos y síntomas de aspiración.</p> <p>Se supervisó que el Sr. Jesús realizara de manera efectiva los ejercicios de deglución.</p>
<p>Evaluación</p> <p>El Sr. Jesús realiza correctamente la técnica de deglución.</p> <p>El 4 de Febrero retiran Sonda Nasogástrica, tolera la vía oral y tiene voz fisiológica.</p>			

⁵⁰ Pastor-Gaytan, P. Cáncer de cabeza y cuello: Proceso asistencial integral. Consejería de salud. Primera Edición. 2011



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica**

FORMATO DE PLAN CUIDADOS ENFERMERÍA

Tipo de valoración	Fecha	Hora	Servicio							
Focalizada	25/febrero/2014	13:00 p.m.	Consulta externa							
Necesidad alterada Nutrición e hidratación	Fuente de dificultad			Cuidado básico de enfermería Ayuda		Nivel de dependencia				
	E.F	F.C	F.V			I	PD	D	DT	DP
Datos objetivos	Datos subjetivos					Datos complementarios				
- Somatometría: Peso 61 kg, talla 1.64 cm - Palidez de tegumentos, piel seca.	Refiere que le cuesta trabajo pasar los alimentos, pérdida del apetito, del gusto y fatiga. Refiere que tiene dificultad para realizar la deglución					Cirugía: Disección selectiva de cuello derecho niveles I-III + mandibulectomía segmentaria + resección de piso de boca y hemiglossectomía derecha + rotación de musculo pectoral con isla de piel para reconstrucción de piso + traqueostomía				
Diagnóstico de enfermería: <u>Real</u> , potencial, bienestar.										
Riesgo de desequilibrio nutricional r/c Incapacidad para ingerir los alimentos secundarios a secuelas pos cirugía y debilidad de los músculos para la deglución.										
Objetivo de la familia: Poder comer en forma normal										
Resultado esperado: El Sr. Jesús cubrirá sus necesidades nutricionales y mejorará su función deglutoria.										
Intervenciones	Acciones			Fundamentación		Ejecución				
Manejo de la nutrición.	- Proporcionar higiene bucal. - Determinar las preferencias de las comidas del Sr Jesús. - Aconsejar comidas blandas, purés y suplementos			Los pacientes sometidos a cirugía por un cáncer en cavidad oral son enfermos que presentan problemas nutricionales especiales por la localización del tumor y las secuelas pos cirugía. La desnutrición en estas personas es frecuente,		- Se dieron recomendaciones para mejorar la alimentación como: *Preferir alimentos en papillas, cremas, purés o finamente picados. *Incluir alimentos				

	<p>nutricionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomendar alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas. - Valorar las tendencias de pérdidas y ganancias de peso. 	<p>considerándose que hasta el 50% de los enfermos presenta algún grado de malnutrición.</p> <p>La importancia del estado nutricional de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por un cáncer de cavidad oral mejora el estado inmunológico, evita la pérdida de peso, deshidratación y presenta mayor tolerancia a los tratamientos posteriores⁵¹.</p>	<p>energéticos como papillas de carne con verduras, jugos y néctares, frutas en almíbar licuadas, gelatinas de leche, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Beber de 6 a 8 tazas de líquidos durante el día. * Utilizar popote para ingerir líquidos. * Pasar con calma para vaciar la boca entre los diferentes bocados. * Descansar después de las comidas. - Valorar pérdida o ganancia de peso. - Aseo de la boca con cepillo de dientes de cerdas suaves. - Apoyar al Sr. Jesús a colocar la comida en la parte posterior de la boca y del lado no afectado. - Revisar la boca para ver si hay restos de comida después de comer.
Terapia de deglución	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la posición adecuada para facilitar la masticación y la deglución. - Brindar información sobre la importancia de continuar con los ejercicios de 	<p>Las personas con cirugías en la cavidad oral como glosectomía o mandibulectomía pueden disminuir su capacidad de masticar y deglutir. Esto lleva a un deterioro significativo en su</p>	<p>Se proporcionó la siguiente información para mejorar la función deglutoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Posición sedente para ingerir los alimentos. * Evitar distracciones

⁵¹ Villares CM., Nutrición postoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Nutr. Hosp. [Internet]. 2003 [citado 2014]; 18(5):243-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000500003&lng=es

	deglución.	capacidad de alimentación, lo que favorece la instalación progresiva de problemas de desnutrición, es por ello que se debe continuar con la terapia de deglución	cuando se come. * Tomar bocados pequeños. * Realiza los ejercicios de deglución todos los días.
--	------------	--	---

Evaluación:

- El Sr. Jesús llevó a cabo las recomendaciones de alimentación y logró incrementar el peso corporal 1 kg en 3 semanas.
- Refiere sentir mayor energía.
- Se observa con mayor hidratación y mejoró la turgencia de la piel.
- Continúa con los ejercicios de rehabilitación y ha mejorado la función deglutoria.

IX. PLAN DE ALTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

Nombre del Paciente: Del Moral Gómez J Jesús Edad: 75 años

Sexo: Masculino Fecha de ingreso: 03-Diciembre-13

Fecha de egreso: 12-Diciembre-2013

1.- Orientación sobre actividades que el familiar responsable debe realizar:

- Acercar al Sr. Jesús artículos para su aseo diario (Recipiente con agua, recipiente sin agua, jabón, toalla, cepillo, etc) y apoyarlo si lo requiere.
- Apoyar a la movilización, deambular, sentar fuera de cama: sillón o silla.
- Colocar almohadas en la cama para mantener sentado o semi sentado.
- Ayudar al Sr. Jesús a llevar la dieta prescrita por sonda nasogástrica.
- Aplicar la medicación prescrita.
- dar palmadas en la espalda al Sr. Jesús 3 veces al día.
- Vaciar 2 o 3 veces al día los drenajes y anotar la cantidad en una hoja.
- Vaciar 2 o 3 veces la bolsa de orina y anotar la cantidad.
- Apoyar al aseo de la boca y nariz 3 veces al día.
- Lavar la cánula accesoria de la traqueostomía.
- Cambio de gases cuando estén sucias (con secreciones).
- Mantener limpia la piel alrededor de la traqueostomía.
- Realizar vaporizaciones.
- Evitar contacto con familiares enfermos.

-
-
- Evitar corrientes de aire.
 - Mantener el aseo en la recámara.

2.- Orientación dietética:

Debe incluir líquidos, varias veces al día, en forma lenta según lo tolere:

- Las bebidas que puede consumir son: Jugo de manzana (diluir con agua), té de manzanilla con azúcar, consomé de pollo, agua de limón, té de Jamaica.
- Evitar irritantes como chiles, en salsa o en vinagre, mostaza, cátsup, picantes, etc.

Recomendaciones para la alimentación con sonda nasogástrica.

Antes de dar la alimentación el Sr. Jesús debe estar sentado y permanecer en esa postura.

El alimento debe estar licuado o en forma líquida.

Verificar que el alimento no esté muy frío o muy caliente y en óptimas condiciones.

Pasar el alimento en forma lenta.

Al terminar la alimentación, pasar 50 ml de agua para limpiar el exceso de alimento.

Reposar aproximadamente 60 minutos y posteriormente caminar un rato.

Aseo de la de la boca y orificios nasales.

MUY IMPORTANTE

Compruebe que la sonda se mantenga bien colocada.

No pase por la sonda ningún alimento, bebida o medicamento que no haya sido prescrito por su médico o nutriólogo.

Pase el alimento lentamente para evitar náusea o vómito.

Si nota que la sonda se oscurece, presenta grietas u orificios, llame a su médico para que valore su posible sustitución.

3.- Medicamentos indicados:

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VIA
Tramacet (1 tab.)	37.5mg/375 mg	7 mañana-3 tarde-11 noche	Sonda nasogástrica
Omeprazol (1 cap.)	20 mg	10 noche	Sonda nasogástrica
Dalacin (2 cap.)	300 mg	7 mañana-3 tarde-11 noche	Sonda nasogástrica
Avelox (1 tab.)	400 mg	8 mañana	Sonda nasogástrica
Stadium (1 tab.)	25 mg	EN CASO DE DOLOR	MÁXIMO 3 AL DÍA
Asoflon (1cap.)	0.4 mg	10 noche	Sonda nasogástrica
Norvas (1 tab.)	5 mg	8 mañana	Sonda nasogástrica

Registro de signos y síntomas de alarma (Que hacer y a dónde acudir cuando se presentan).

Acudir al Instituto en caso de que el Sr Jesús presente los siguientes síntomas:

- Fiebre, dificultad para respirar, dolor excesivo, incremento de las secreciones (flemas).
- Si la herida se observa con sangrado o pus.
- Si algún drenaje (sondas o Biovac) se salen de su sitio.

Horario de atención: las 24 horas del día

De lunes a viernes le atienden en el área de Atención inmediata

Sábado, domingos, festivos y turno nocturno, le atienden en segundo piso de hospitalización

5.- Cuidados especiales en el hogar (heridas, sondas, estomas, ejercicios, etc.)

Cuidados de Biovac o peras.

- Colocar las peras en una bolsa que se pueda colgar o sujetar cerca del Sr. Jesús.

-
-
- Evitar que la línea se doble o se jale.
 - Evitar que la pera esté colgando.
 - No acercarse al fuego.
 - Observar y anotar las características del líquido.
 - Folleto informativo.

6.- fecha de su próxima cita: 1 semana (acudir al módulo de citas a programar fecha de consulta).

7.- Observaciones (Se incluye folleto para el manejo de drenajes y una guía de cuidados para pacientes portadores de traqueostomía)

Nombre del alumno _____

Firma: _____

X. CONCLUSIONES

- A través del proceso de atención de enfermería se brindaron cuidados especializados al Sr. Jesús de manera personalizada y continua, que colaboraron al restablecimiento de su salud logrando incorporarlo a un estilo de vida más independiente y adaptación a su entorno.
- Permitió empoderar al Sr. Jesús y a su familia en el cuidado lo que ayudó a la rehabilitación de funciones vitales.
- Se realizaron intervenciones preventivas que favoreció evitar futuras complicaciones en su enfermedad, su pronta recuperación y continuidad al tratamiento.
- Se observó la importancia del vínculo enfermera-paciente-familia para establecer una relación de confianza logrando identificar necesidades a las que se enfrentaba el Sr. Jesús y su familia con el fin de facilitar el cuidado.
- Se vio la importancia de llevar un seguimiento posterior al egreso hospitalario para disminuir complicaciones en el domicilio.
- La realización de este estudio de caso, permitió conocer la trayectoria que siguió el Sr. Jesús desde la cirugía hasta la rehabilitación, logrando constatar que las intervenciones de enfermería coadyuvaron a su recuperación.

SUGERENCIAS

- Se deben implementar en la Institución, planes de cuidados para la persona con cáncer de manera individual, y planear intervenciones de manera efectiva y así ofrecer una asistencia de calidad.
- El profesional de enfermería debe mantener comunicación con los familiares posterior al egreso hospitalario.
- Implementar asesorías y apoyo educativo a los familiares y pacientes sobre los cuidados y procedimientos en el domicilio.
- El profesional de enfermería debe involucrarse en la investigación para poder evidenciar los cuidados, ya que en este caso, hay escasa información.

ANEXO 1: Carta de consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Especialidad en Enfermería Oncológica

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN	LUGAR	FECHA	HORA
Nombre del paciente (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s))			N° de Expediente
Edad	Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Ocupación	Estado civil
Domicilio (Calle, Número, Colonia, Localidad, Municipio, Estado)			

Yo: _____ declaro libre y voluntariamente

aceptar participar en el estudio de caso _____

cuyo objetivo principal es: _____

y que los procedimientos de enfermería que se realizaran me han sido explicados ampliamente, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten:

y contestar en forma verbal las preguntas referentes a su estado de salud.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme, de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o me sea negada la atención médica para mi tratamiento en esta Institución.

La información por usted aportada tendrá toda la privacidad y confidencialidad necesarias

Nombre del responsable del Estudio:

Firma:

Nombre de la persona, padre o tutor.

Firma:

ANEXO 2: Formato de valoración

1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

Posgrado en Enfermería Oncológica

FORMATO DE EVALUACIÓN EXAHUSTIVA BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

I. FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha: _____
Fecha de ingreso: _____

Nombre: _____ Género: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ N° De cama: _____
N°. De Exp.: _____ Grupo sanguíneo: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión: _____
Lugar de procedencia: _____ Domicilio: _____

II. DATOS SOCIECONOMICOS Y CULTURAL.

A) Estructura familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación

B) Estructura económica: Total de ingresos mensuales: _____

C) Medio ambiente: Tipo de vivienda: _____ Servicios con que cuenta: _____

N° de habitaciones: _____ Tipo de fauna: _____

III: ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos _____

Quirúrgicos _____

Alergias (reacción experimentada) _____ [

IV: PADECIMIENTO ACTUAL

Motivo de Ingreso: _____

Diagnóstico Médico reciente: _____

Tratamiento farmacológico prescrito en la actualidad

Nombre	Vía y Dosis	Horario	Motivo

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**SISTEMA RESPIRATORIO:**

Frecuencia respiratoria x min: _____ Disnea SI () NO () Características: _____
 Vía aérea permeable SI () NO ()
 Intubación orotraqueal SI () NO ()
 Traqueostomía SI () NO ()

Obstrucción parcial/total:

Nariz () Boca () Bronquial () Pulmonar () Causas _____
 Oxígeno suplementario: SI () NO () Tipo de soporte _____ FiO2 _____ Tipo de respiración: _____
 Características de la respiración _____

Ruidos:

Normal vesicular SI () NO ()
 Crepitaciones () Estertores () Sibilancias () Estridor () Otras _____
 Tos SI () NO () Características: _____
 Dolor SI () NO () EVA: ____ / ____ Localización: _____ Tipo _____
 Frecuencia: _____ Duración: _____
 Fuma SI () NO () N°. De cigarrillos al día _____ Edad que comenzó a fumar _____

Ventilación mecánica: SI () NO () Invasiva () No invasiva () N° cánula: _____ Modalidad: _____
 Vol. Corriente: _____ FiO2: _____ Flujo: _____ Soporte _____ PEEP: _____
 Gasometría Arterial: Hora _____ PO2 _____ PCO2 _____ PH _____ HCO3 _____
 Gasometría venosa: Hora _____ Parámetros _____

Control radiológico: Normal SI () NO ()
 Congestión pulmonar () Infiltrados () Foco neumónico () Derrame () Atelectasia ()
 Datos subjetivos: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

Frecuencia. Cardíaca: _____ Lat. x min. Presión arterial: _____ / _____ mm/ Hg
 Llenado capilar: Miembro torácico: _____ seg. Miembro pélvico _____ seg.
 Ingurgitación yugular: SI () NO ()
 Dolor precordial: SI () NO () EVA: ____ / ____ Localización: _____ Tipo: _____
 Irradiación: _____ Duración: _____
 Cianosis: SI () NO () Peribucal () Ungueal () Acrocianosis ()
 Edema: SI () NO () Localización: _____ Tipo: + () ++ () +++ () ++++ ()
 Hemorragia: SI () NO () Localización: _____

Diabetes Mellitus: _____ Glucosa capilar: _____ mg/dl

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

3.- NECESIDAD DE ELIMINACION:

Patrón urinario:

Frecuencia: _____ veces al día. Cantidad: _____ ml Características: _____

Anuria () Oliguria () Poliuria () Polaquiuria () Disuria () Nicturia () Tenesmo () Incontinencia () Enuresis ()

Ardor () Retención () Color: Normal () Hematúrica () Colúrica () Otros: _____

Dolor: SI () NO () EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____

Frecuencia: _____ Duración: _____ IVU frecuentes: SI () NO ()

Sonda vesical () Diálisis () Hemodiálisis () Pañal () Otros: _____

Patrón intestinal:

Frecuencia habitual: _____ veces al día Características: _____

¿Tiene algún hábito que favorezca su eliminación? SI () NO () ¿cuál? _____

Normal () Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia () Flatulencia ()

Características: Acolia () Melena () Hematoquecia () Esteatorrea () Líquida () Mucoide () Pastosa ()

Peristaltismo: Características: _____ Problemas de hemorroides ()

Dolor SI () NO () EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____

Duración: _____

Otros patrones de eliminación:

Pérdidas insensibles: _____ en 24 hrs. Drenajes: SI () NO () Características: _____ Cantidad: _____

STV SI () NO ()

Diaforesis SI () NO ()

Abundante () Regular () Escasa ()

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Postura en la que se encuentra el paciente al momento de la valoración: _____

Movilidad en cama:

Se mueve solo () Suplencia total ()

Inspeccionar tipo de marcha:

Marcha escalonada () Marcha festinante () Marcha tijera () Marcha pato ()

Actividad física:

Deambulaci3n: Independiente () Silla de ruedas () Muletas () Andadera () Bast3n ()

Postura y movimiento:

Lordosis () Escoliosis () Cifosis ()

Riesgo de úlceras por presi3n (escala de Braden):

<i>Percepci3n sensorial</i> Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
<i>Humedad</i> Grado de humedad de la piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
<i>Actividad</i> Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
<i>Movilidad</i> Control de posici3n corporal	1. Completamente inm3vil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
<i>Nutrici3n</i> Patr3n de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
<i>Fricci3n y roce</i> Roce de piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	

Se considera como riesgo de desarrollar úlceras un puntaje menor o igual a 16**RESULTADOS:**Actividades básicas de la vida diaria (Escala de Barthel):

Actividad	Valoraci3n	Puntuaci3n		
Comer	10 independiente, 5 necesita ayuda, 0 dependiente			
Lavarse	5 independiente, 0 dependiente			
Arreglarse	5 independiente, 0 dependiente			
Vestirse	10 independiente, 5 necesita ayuda, 0 dependiente			
Micci3n	10 independiente, 5 necesita ayuda, 0 dependiente			
Deposici3n	10 independiente, 5 necesita ayuda, 0 dependiente			
Ir al WC	10 independiente, 5 necesita ayuda, 0 dependiente			
Trasladarse sill3n / cama	15 independiente, 10 mínima ayuda, 5 gran ayuda, 0 dependiente			
Deambulaci3n	15 independiente, 10 mínima ayuda, 5 gran ayuda, 0 dependiente			
Subir y bajar escaleras	10 independiente, 5 necesita ayuda, 0 dependiente			
PUNTUACION TOTAL				
100	≥60	55/40	35/20	<20
Independiente	Dependiente leve	Dependiente moderado	Dependiente severo	Dependiente total

Valoración del estado de conciencia (escala de Glasgow):

APERTURA OCULAR		RESPUESTA MOTORA		RESPUESTA VERBAL	
Espontanea	4	Espontanea, normal	6	Orientada	5
A la voz	3	Localiza al tacto	5	Confusa	4
Al dolor	2	Localiza al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Ninguna	1	Decorticación	3	Sonidos incomprensibles	2
		Descerebración	2	Ninguna	1
		Ninguna	1		
RESULTADO					

Valoración de la fuerza muscular (escala Karnofsky):

Valor	Nivel de capacidad funcional	Definición
100	Normal. Sin evidencia de enfermedad	Capaz de realizar una actividad y trabajo normal; no necesita cuidados especiales
90	Actividad normal. Síntomas menores	
80	Actividad normal con esfuerzo. Algún síntoma	
70	Se vale por sí mismo, pero no puede llevar una actividad normal	Incapaz de trabajar, capaz de vivir en el hogar y atender la mayoría de las necesidades personales, requiere diversos grados de asistencia
60	Requiere asistencia ocasional. Cuidados para la mayoría de las cosas	
50	Requiere considerable asistencia y frecuente cuidado médico	
40	Incapacitación. Requiere especial asistencia y cuidados.	Imposibilidad de cuidarse a sí mismo, requiere de atención institucional u hospitalaria equivalente, la enfermedad puede progresar rápidamente
30	Muy incapacitado. Hospitalizado. No muerte inmediata	
20	Muy enfermo. Necesita tratamiento de soporte	
10	Moribundo. Proceso en progresión rápida	
0	Muerte	
RESULTADO		

Realiza ejercicios pasivos / activos de acuerdo a su limitación: _____

Dolor SI () NO () EVA: ____/____ Localización: _____ Tipo: _____

Duración: _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme habitualmente? Día _____ hrs. Noche _____ hrs.

Alteraciones del sueño:

Trastorno del ciclo sueño-vigilia () Factores que lo ocasionan: _____

Insomnio () Hipersomnía () Apnea de sueño ()

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño? SI () NO ()

Cual _____ Dosis _____ Horario _____

¿Considera que el tiempo que duerme es suficiente para su descanso? SI () NO ()

¿Realiza alguna actividad para relajarse antes de dormir? SI () NO ()

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿Necesita ayuda para vestirse y desvestirse? SI () NO ()

¿En qué medida? _____

¿Elige su vestuario en forma independiente? SI () NO ()

¿Por qué? _____

¿Usted considera que algunos de estos aspectos influyen en su forma de vestir?

Animo () Clima () Moda () ¿Por qué? _____

¿Considera que la limpieza de la ropa es necesaria? SI () NO () ¿Por qué? _____

¿Se siente cómodo con su vestimenta actual? SI () NO () ¿Por qué? _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

7.- NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Temperatura corporal: ____°C Hipotermia () Hipertermia () Manifestaciones clínicas: _____

Causa: Neutropenia () Infección () Lisis tumoral () Quimioterapia () Esquema: _____

Otros: _____

Radioterapia () Sitio _____

Cirugía () Sitio _____

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

8.- NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL E INTEGRIDAD DE LA PIELColoración de la piel:

Palidez () Rubicundez () Marmórea () Ictericia () Equimosis () Hematoma () Petequias ()

Estado de la piel:

Hidratada () Deshidratada () Elástica () Seca ()

Ulceras por presión

Grado: I () II () III () IV ()

Longitud _____ mm

Tamaño _____ mm

Tipo exudado: Abundante () Escaso () Purulento () Sanguinolento ()

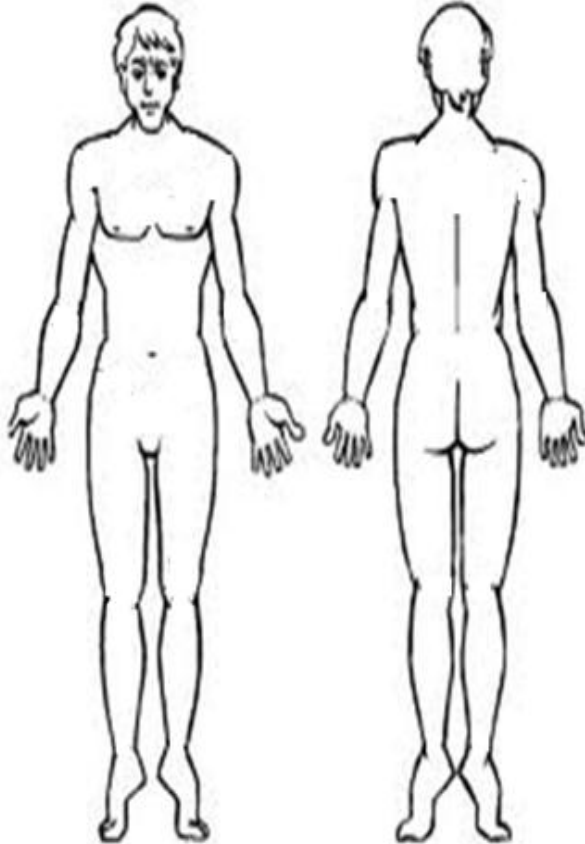
Profundidad _____ cm

Bordes:

Gruesos () Irregulares () Calor ()

Integridad de la piel:

ESTOMAS	
1	Traqueostomía
2	Colostomía
2a	Ascendente
2b	Transverso
2c	Descendente
2d	Sigmoidea
3	Ileostomía
4	Urostomía
4a	Nefrostomía
4b	Ureterostomía
4c	Neovejiga
4d	Conducto ileal
4e	Sonda suprapúbica
5	Sondas (especifique)
6	Drenajes (especifique)
7	Accesos vasculares (especifique)



Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

Etapa de la vida: Adulto joven () Adulto mayor () Vejez ()
 Estado cognitivo: Perceptivo () Alerta () Orientado () Agitado () Obnubilado () Desorientado ()
 Riesgo de caída: Bajo () Mediano () Alto () Sujeción: SI () NO ()
 Deficiencias senso-perceptivas: Visuales () Auditivas () Otras: _____
 Uso de anteojos y lentes de contacto: SI () NO () Uso de dispositivos auditivos: SI () NO ()
 Uso de prótesis en extremidades: SI () NO ()
 Actitud ante el ingreso: Colaborador () Confiado () Reticente () Agresivo () Negativo () Ansioso ()

Laboratorios

HORA				RESULTADOS			
LABORATORIO							
HB	HTO	PLAQ					
LEU	NEUT	BAND	LINF				
TP	TPT	INR					
GLUC	UREA	BUN	CREA				
NA	K	CL					
CAL	MG	F					
CPK		CPK-MB					
TGO	TGP	FA					
BT	BD	BI					
PROT. TOT	ALBUM	GLOB					
pH urinario		Otros					

Evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria (Escala de ECOG):

0	Actividad normal, sin limitaciones
1	Limitación de actividades que requieren un gran esfuerzo físico Capaz de realizar trabajos ligeros
2	Capaz de realizar todas las actividades de autocuidado No puede realizar trabajos aunque sean ligeros Permanece levantado más del 50% del día
3	Limitación en las actividades de autocuidado. Sintomático Confinado a vida de cama-sillón más del 50% del día
4	Completamente imposibilitado. Puede precisar hospitalización Encamado la mayor parte del día
5	Muerte

Observaciones: _____

Datos subjetivos: _____

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE

¿Cómo es su comunicación? Clara () Confusa () Afásica () Incapaz ()

¿Tiene alguna limitación física que le impida comunicarse? _____

¿Se expresa en otra lengua? SI () NO () ¿Cuál? _____

¿Cuál es su estado de ánimo normalmente? _____

¿Manifiesta emociones y sentimientos? _____

¿Cómo es la relación con las siguientes personas? (E= excelente, B= buena, R= regular, M= mala)

Familia **E B R M** Amigos **E B R M** Trabajo **E B R M** Otros **E B R M**

¿Cómo le ha afectado su enfermedad en sus relaciones personales? _____

¿Utiliza mecanismos de defensa?

Negación () Evasión () Rabia () Miedo () Agresividad () Proyección ()

¿Siente que sus necesidades sexuales están cubiertas de forma satisfactoria para usted? SI () NO ()

Datos subjetivos: _____

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión: _____ ¿Con que frecuencia asiste a su servicio religioso? _____

¿Considera que sus creencias influyen en su estado de salud? SI () NO ()

¿Requiere de apoyo espiritual? SI () NO ()

¿Su familia fortalece sus valores? SI () NO ()

¿Rechaza el tratamiento por sus creencias? SI () NO ()

¿La familia requiere fortalecer sus valores? SI () NO ()

¿El paciente tiene en su unidad algún objeto indicativo? Imágenes () Fetiches () Colgijes () Tatuajes ()

Datos subjetivos: _____

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Cuenta con trabajo actualmente: SI () NO () ¿A qué se dedica? _____

Como se siente en relación a su trabajo:

Satisfecho () Insatisfecho () Valorado ()

¿Tiene alguna limitación para realizar su trabajo habitual? SI () NO ()

¿Cuál? _____

El trabajo que realiza, ¿le permite cubrir sus necesidades básicas? SI () NO ()

¿Su situación actual de salud ha modificado sus actividades laborales? SI () NO ()

Datos subjetivos: _____

13.- NECESIDAD DE JUGAR/PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Qué actividad le gusta realizar en su tiempo libre? _____

De las anteriores, ¿Cuál es su preferida? _____

Su estado de salud, ¿modifica sus actividades recreativas? _____

¿Realiza alguna actividad recreativa realiza dentro del hospital? _____

¿Le gustaría realizar otro tipo de actividad? _____

¿Conoce los grupos y las actividades de ayuda que ofrece la institución? SI () NO ()

Datos subjetivos: _____

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conoce el motivo de su ingreso: SI () NO ()

¿Sabe leer y escribir? SI () NO ()

¿Estudia actualmente? SI () NO ()

Especifique grado de estudios: _____

¿Conoce los signos y síntomas de alarma de su padecimiento?: _____

¿Conoce su tratamiento oncológico y los efectos? SI () NO ()

¿Padece alguna otra enfermedad? SI () NO ()

¿Cuál? _____ ¿Que toma? _____

Datos subjetivos: _____

ANEXO 3: Tríptico Cuidados de drenajes en casa

¿CUÁNDO ACUDIR AL MÉDICO?

Cuando observe presencia de enrojecimiento, hinchazón y secreción alrededor del área en la cual el tubo sale del cuerpo.

Si el drenaje es opaco o tiene mal olor.

Tiene fiebre (mayor a 38°C).

Sale pus por su piel

Tiene Dolor intenso

Que la pera se vuelva a llenar inmediatamente después de vaciar las secreciones o sangre abundante.

RECUERDE

- ◆ Siempre lavarse las manos para evitar infecciones.
- ◆ Anotar en una libreta la cantidad, hora y fecha del líquido que drena
- ◆ Estar pendiente si presenta fiebre o dolor intenso
- ◆ Exprese sus dudas al personal de enfermería

IMPORTANTE

Mantenga la piel alrededor del tubo drenaje LIMPIA Y SECA.

Duerma sobre el costado opuesto al drenaje para evitar que el tubo se bloquee o se salga de la botella de succión.

Probablemente su doctor querrá retirar el drenaje cuando se drenen menos de 1-2 cucharadas de líquido (15-30 mililitros) al día.

CUIDADOS DE DRENAJES EN CASA

ELABORADO POR:
LE. LETICIA BUENDIA GÓMEZ





¿QUÉ ES UN DRENAJE?

Un drenaje es un tubo fino de goma que se coloca en su piel para extraer líquidos de alrededor de una incisión (corte o herida). También es llamado drenaje Jackson-Pratt o drenaje JP.

Está compuesto de dos partes::



Un tubo de caucho delgado

Una pera de goma redonda y suave en forma de granada

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE UN DRENAJE?

- Ayuda a que el líquido de su herida drene más rápido.
- Ayuda a que su incisión sane más rápidamente.
- Ayuda a evitar infecciones.

Usted o un miembro de su familia deberán vaciar el drenaje

Es posible que necesite vaciarlo con intervalos de pocas horas al principio, pero a medida que la cantidad de drenaje disminuya, lo podrá vaciar una o dos veces al día.



¿COMO VACIAR EL DRENAJE?

Por lo general el drenaje se vacía cuando está por la mitad de su capacidad.

1. Lávese las manos.
2. Apriete el tubo de caucho de drenaje desde la salida de su cuerpo.
3. Tome con la otra mano un algodón con alcohol, colóquelo en el tubo y deslícelo hacia la pera de goma.
- Repita esto 2 a 3 veces antes de vaciar la pera de goma.



4. Abra el tapón y vacíe el contenido en un vaso para poderlo contar.
5. Apriete la pera para crear un vacío y cierre el tapón antes de soltar la pera.

6. Anote la fecha, hora y cantidad de líquido cada vez que la pera se vacía.

7. Deseche las secreciones en el inodoro después de medirlas y luego lávese las manos.

¿QUE DEBE OBSERVAR EN EL DRENAJE?

- ♦ Inicialmente verá sangre en el drenaje.
- ♦ Esta irá aclarando progresivamente.
- ♦ Hasta obtener un color amarillo claro que es suero y es evidencia de que va mejorando.



¡PRECAUCIÓN!

- ⇒ No permita que el tubo se doble o se enrosque.
- ⇒ No deje el drenaje en el suelo.
- ⇒ No jale el tubo.
- ⇒ Revise que el tubo no tenga coágulos.

ANEXO 3: Guía de cuidados para pacientes portadores de traqueostomía ⁵²

VIDA SOCIAL

Le recomendamos.....:

- Su vida social no debe cambiar, manteniendo las normales medidas de higiene.
- Evite deportes de esfuerzo y acuáticos.
- Según la intervención, para favorecer la comunicación oral, se deberá tapar el estoma para hablar o acudir a un especialista que le ayude. Pregunte su médico su caso concreto.
- No existe ningún problema para mantener relaciones sexuales (tenga en cuenta que pueden aumentar las secreciones durante las mismas).
- No fume ni beba alcohol.



PHOTODISC PAIN DR. 1200.04

Nota: Si tiene alguna duda, póngase en contacto con su médico o enfermera.

MD Anderson
Cancer Center
Madrid • España

GUÍA DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE TRAQUEOSTOMÍA

Si usted ha sido sometido a cirugía y es portador, de manera temporal o permanente, de una traqueostomía le rogamos que siga estas breves instrucciones. Se define *traqueostomía* como la comunicación de la tráquea con el exterior a través de un orificio denominado estoma.

MATERIAL NECESARIO EN EL DOMICILIO ALTA

- Humidificadores
- Cánula de recambio
- Gasas
- Suero fisiológico (SF)
- Povidona yodada

CUIDADOS DEL ESTOMA: CURACIÓN

El estoma traqueal debe curarse una vez al día y más a menudo si estuviera sucio. Para la cura tiene que prepararse un paquete de gasas con SF y otro con povidona yodada. Primero debe limpiarlo con el SF y posteriormente con la povidona. Secar bien.

CAMBIO DE CÁNULA CON MACHO



Si su cánula tiene 2 partes (macho y hembra), se debe cambiar la cánula interna (o macho) al menos una vez al día. Para extraerla, rote la cánula y extráigala con cuidado. Lávela según indicaciones.

Debe cambiar la cánula entera a diario. Para extraerla retire las cintas de sujeción y el globo, si tiene, y retírela hacia delante. Frente al espejo cure el estoma y, una vez curado, lubrique la nueva cánula e insértela de lado haciendo una pequeña rotación a medida que la introduce. Infle el balón en caso de que lo tuviera.

⁵² MD Anderson Cáncer Center [Internet]. Madrid, España. C2001 [citado el 18-Dic-2013]. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/guias-y-manuales-para-pacientes-nfermeria/cuidados-para-el-paciente>

CAMBIO DE CÁNULA SIN MACHO



Debe cambiar la cánula entera a diario. Para extraerla retire las cintas de sujeción y retírela hacia delante. Frente al espejo cure el estoma y, una vez curado, lubrique la nueva cánula e insértela de lado haciendo una pequeña

rotación a medida que la introduce.

LAVADO/LIMPIEZA DE LA CÁNULA

Material necesario:

- Agua limpia
- 2 vasos

Procedimiento:

Llenar un vaso con agua y el otro con la mitad de agua y la otra mitad de desinfectante. Se lava primero la cánula bajo el grifo hasta retirar todos los restos y se sumerge en el vaso con el desinfectante durante 10 minutos. Pasados esos 10 minutos se saca y se sumerge en el vaso de agua. Se deja otros 10 minutos y estará limpia para volver a utilizar.

AUTOCUIDADOS ALIMENTARIOS

Le recomendamos.....:

- Mastique bastante los alimentos.
- Debe tomar una dieta blanda, rica en fibra y de fácil deglución.
- Tendrá más aerofagias.
- Beba abundantes líquidos y si se atraganta, hable con el nutriólogo.
- Tenga en cuenta que el olfato y el gusto se habrán visto disminuidos, a veces anulados, tras la cirugía.

AUTOCUIDADOS ELIMINACIÓN

Le recomendamos.....:

- Al estornudar o toser póngase la mano delante del estoma, no delante de la boca.
- No emplee pañuelos de papel porque pueden desmenuzarse e introducirse en el estoma.

AUTOCUIDADOS HIGIENE

- Debe curarse el estoma y cambiarse la cánula al menos una vez al día.
- Se aconseja la ducha y no el baño, para evitar que entre agua a través de la cánula. Puede lavarse la cabeza con cuidado.
- Aféitese a diario, mejor con maquinilla eléctrica.
- Realice su higiene bucal habitual.

AUTOCUIDADOS VESTIR



- Utilice un pañuelo protector del estoma, para que actúe como filtro e impida respirar aire frío. En ambientes secos humidifíquelo para evitar que se sequen las secreciones.

AUTOCUIDADOS DORMIR

- Duerma con el cabecero elevado
- No duerma boca abajo, existe riesgo de asfixia.

AUTOCUIDADOS MEDIOAMBIENTE

- No debe estar en ambientes que puedan provocarle daños: ambiente con mucho humo, ambiente muy frío, etc.
- Tendrá que adecuar su vivienda a las necesidades actuales. Ha de tener humidificadores en las habitaciones de la casa que frecuente (salón, dormitorio...)
- Depende del tipo de trabajo que usted tenga, podrá reincorporarse. Pregunte a su médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACS: American Cancer Society. *Oncologist-approved cancer information from the American Society of Clinical Oncology*. [Internet]. EEUU: ACS; [citado 20 dic 2013]. Disponible en: <http://www.cancer.net/print/18192>
2. AJCC. Cancer Staging Handbook. From de AJCC Cancer Staging Manual. Lip and oral cavity. Sixth edition. New York: Springer 2002:37-39. Disponible en : http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=jcMI2vmCCqAC&oi=fnd&pg=PR5&dq=ajcc+oral+cancer+staging&ots=k6V0VZdBKC&sig=3o1kr5S7S9_x1DjmLEVFR4I9iRI#v=onepage&q=ajcc%20oral%20cancer%20staging&f=false
3. Alfaro L. Aplicación del Proceso Enfermero. 5ta Ed. España: Ed. Masson; 2003. pp. 274-295.
4. ANA: American Nurses Association. Nursing's Social Policy Statement: The essence of the profession. [Internet]. 2010. [citado 20 Ene 2014]. Disponible en: https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=EgJ8gdVpynIC&oi=fnd&pg=PP4&dq=Nursing%27s+social+policy+statement+2003&ots=DbBXVLE9OI&sig=K4Pqfccz6R7v3ejwmnxM0gyv6VU&redir_esc=y#v=onepage&q=Nursing's%20social%20policy%20statement%202003&f=false
5. Bello FN. Fundamentos de enfermería. 1ra. Ed., La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2006
6. Caribe GF, Chimenos KE, López LJ, Finestres ZF, Guix MB. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer. *Med Oral* [Internet]. 2003 [citado 18 dic 2013]; 8(33): 178-187. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i3/medoralv8i3p178.pdf>
7. Chediak AE. Cáncer de Cavidad Oral. *Medicina*. 2004; 26 (3): 165-178
8. CIE: Consejo Internacional de Enfermería. *Definición de enfermería*. [Internet]. 2010. [citado 20 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
9. Comisión Institucional de Enfermería. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México [Internet]. 2001 [Citado el 20 dic 2013] Disponible en: www.ssa.gob.mx
10. DuceL L., Fabry J., Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. Organización Mundial de la Salud. 2002.

-
-
11. Escaño CV., Rebola GP. Plan de cuidados individualizado en paciente traqueostomizado con nutrición enteral tras laringuectomía supraglótica. *Enfermería docente*. 2012. 98: 10-15.
 12. Gallegos HJ. Factores de riesgo en cáncer de cavidad oral (Lengua). *AAPAUNAM Academia, Ciencia y Cultura*. [Internet]. 2008. [citado 25 Ene 2014]; 3(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/aapaunam>
 13. Gallegos HJ., Ortiz MA., Rojas OS., Flores DR., Espinoza VA., Minauro MG. Factores pronóstico en cáncer de boca. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2010; 8(10): 88-94
 14. Granados GM, Arrieta RO, Cantú LD. Oncología y Cirugía. Bases y principios. 1ª. Edición. Ed. El Manual Moderno. 2013.
 15. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. SSA. 2010. Pág. 60
 16. Guyton MD, Hall PhD. Tratado de Fisiología Médica. 12ª Ed. España: Elsevier; 2011
 17. Herrera GA, Granados GM. Manual de oncología. Procedimientos médico quirúrgicos. Vol.2. 5ta. Ed. México: Mc Graw Hill; 2013; p. 1
 18. Latarget M., Ruiz LA. Anatomía Humana. Vol.2. 3a. Edición. Editorial Panamericana. España 1999
 19. Noguera ON. Proceso de Atención de Enfermería: Una herramienta para la garantía del cuidado. *Actual. Enferm*. [Internet]. 2008. [Citado 3 Feb 2014]; 11(4): 31-35. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/Procesosdeatenciondeenfermeria>
 20. MD Anderson Cáncer Center [Internet]. Madrid, España. C2001 [citado el 18-Dic-2013]. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/guias-y-manuales-para-pacientes-enfermeria/cuidados-para-el-paciente>
 21. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. México: OMS; c2013. [citado 10 enero 2014] *Cáncer*. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>

OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. México: OMS; c2013. [citado 10 enero 2014] *Cáncer*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

-
-
22. Orb A., Santiagos A. Breve reseña de la enfermería domiciliaria: una perspectiva de la atención privada. *Ciencia y enfermería*. 2005; 11(1): 9-15.
 23. Otto SE. Enfermería Oncológica. Vol.1. 3ª. Edición. Ed. Harcourt/OCEANO. España. 2002.
 24. Peña GA, Arredondo LM, Vila ML. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Revista Cubana Estomatología* [Internet]. 2006. [citado 25 Ene 2014]; 43 (1): 1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003
 25. Pérez CD, Nicola DL, Ñamendys SS, Copca ME, Hernández MM, Herrera GÁ, et al. Estado nutricional de los pacientes con cáncer de cavidad oral. *Nutr. Hosp.* [Internet]; 2013. [citado Feb 2014]; 28(5): 1458-1462. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000500013&lng=es
 26. Pérez NE, Morales EM. PLACE Aplicado en el Hogar de un Adulto con Cáncer de Lengua. *Desarrollo Cientif Enferm.* [Internet]; 2011. [citado 18 enero 2014]; 19(2): 57-61 Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/dce/19pdf/19-057.pdf>
 27. Poza AC, Ortiz JF. Plan de cuidados al paciente laringectomizado total. Caso clínico. *Evidentia* [Internet]; 2006. [citado 19 enero 2014]; 3(12). Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/evidentia/n12/266articulo.php>
 28. Raile AM., Marriner TA. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ma. Edición, Elsevier, España, 2011, pp 50-55.
 29. Reyes GE. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. 3a. Ed. El Manual Moderno; 2009. pp. 65-85.
 30. Reyes, E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. 3a. Ed. El Manual Moderno; 2009. P. 74
 31. Ruiz AE. Plan de cuidados de enfermería en un caso de paciente con cáncer bucal. *Rev. Enfermería C y L* [Internet]. 2012 [Citado 19 Dic 2013]; 4(1): 3-12. Disponible en: https://scholar.google.com.mx/scholar?q=related:xJle9BrHq9gJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1
 32. Sampson HA. Cancer de la cabeza y el cuello. Cap. 11, pág. 240 en Otto SE. *Enfermería Oncológica*. Vol.1. 3ª. Edición. Ed. Harcourt/OCEANO. España. 2002.

-
-
33. SEEO: Sociedad Española de Enfermería Oncológica [Internet]. España: SEEO; c2009 [citado 18 dic 2013]. Disponible en: <http://www.seeo.org/pages/estandares/introduccion.aspx>
 34. Suarez NC., Gil-Carcedo GL. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Vol. 4. 2ª. ed. Ed. Panamericana; 2009; p. 3417
 35. Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología, 2ª. Ed. 2009, pp. 63-79.
 36. Valle HL. Proceso atención de enfermería Aplicado a un adulto mayor con alteraciones metabólicas basado en el modelo teórico de Virginia Henderson. (tesis inédita de maestría). 2009. Disponible en: http://132.248.9.195/ptd2009/noviembre/0651086/0651086_A1.pdf#search=%22cuidados de enfermería %22
 37. Villares CM., Fernández Pello ME., Carbajo SJ., Tapia RM., Domínguez CJ. Nutrición postoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Nutr. Hosp. [Internet]. 2003 [citado 2014]; 18(5):243-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000500003&lng=es