

CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y
CUELLO EN TRATAMIENTO

GERMAN MARTINEZ MORENO
LIDA MARCELA PINEDA PINEDA
KAREN JOHANA YUSTI TABORDA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
MEDELLIN

2016

CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y
CUELLO EN TRATAMIENTO

GERMAN MARTINEZ MORENO

LIDA MARCELA PINEDA PINEDA

KAREN JOHANA YUSTI TABORDA

Monografía para optar al título de Especialistas en cuidado de enfermería al
paciente con cáncer y su familia

ASESORAS

EDITH ARREDONDO HOLGUÍN

Magister en enfermería

CONSUELO MESA VELEZ

Especialista en enfermería Oncológica y Terapia Enterostomal

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESP. CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON CÁNCER Y SU FAMILIA

MEDELLÍN

2016

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, a nuestras familias, docentes y compañeros que nos acompañaron en este proceso de preparación como especialistas en cuidado al paciente con cáncer y su familia.

También queremos agradecerles a las asesoras por el acompañamiento que nos brindaron para la elaboración de esta monografía.

Germán Martínez Moreno

Lida Pineda Pineda

Karen Yusti Taborda

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
3. PREGUNTAS Y SUBPREGUNTAS DERIVADAS DEL PROBLEMA.....	18
3.1 Pregunta	18
3.2 Subpreguntas.	18
4. OBJETIVOS.....	19
4.1 Objetivo General.....	19
4.2 Objetivos Específicos.	19
5. JUSTIFICACIÓN.....	20
6. METODOLOGIA	24
6.1 Fase preparatoria	24
Categoría.	25
6.2 Fase descriptiva.....	26
6.2.1 Recolección de la información.....	26
6.2.2 Criterios de inclusión	27
6.2.3 Fuentes de información	27
6.2.4 Técnicas e instrumentos: organización de la información.	28
6.3 Fase analítica e interpretativa.....	29
6.3.1. Elaboración de tendencias y matriz de análisis.....	30
7. RIGOR METODOLÓGICO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA MONOGRAFÍA.....	31

7.1 Principios de la investigación.....	31
7.1.1 Valor:.....	31
7.1.2 Beneficencia.....	31
7.1.3 Respeto por los autores	32
7.1.4 Fiabilidad	33
7.1.5 Dependencia	34
7.1.6 Transferibilidad o aplicabilidad	34
8. MARCO TEÓRICO	37
8.1 . CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO.....	37
8.1.1 Cuidado De Enfermería.....	37
8.1.2 Teoría de cuidado humanizado de Watson	40
8.1.3 Paciente con cáncer de cabeza y cuello.	49
8.2 Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello derivadas del tratamiento.....	53
8.2.1 Tratamiento del paciente con cáncer de cabeza y cuello.	53
8.2.2 Tratamiento quirúrgico en el paciente con cáncer de cabeza y cuello. ..	55
8.2.3 Tratamiento de radioterapia en el paciente con cáncer de cabeza y cuello.....	65
8.2.4 Tratamiento de quimioterapia en el paciente con cáncer de cabeza y cuello.....	68
8.2.5 Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello	76
8.3 ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN TRATAMIENTO	83

8.3.1. Diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.....	89
9. CONCLUSIONES	111
10. RECOMENDACIONES	113
11. BIBLIOGRAFÍA	114
12. ANEXOS	134

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Ruta metodológica	135
Anexo 2. Referente teórico	136
Anexo 3. Ficha bibliográfica	137
Anexo 4. Matriz de análisis	138

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Cifras estimadas de incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia. Estimaciones locales 2007-2011, para cáncer de cabeza y cuello	13
Tabla 2. Tratamiento quirúrgico de acuerdo a la localización y estadificación del cáncer de cabeza y cuello	56
Tabla 3. Complicaciones específicas dependiendo de la localización del tumor	63
Tabla 4. Esquema de tratamiento de quimioterapia en el paciente con cáncer de cabeza y cuello	69
Tabla 5 Efectos secundarios y toxicidades asociadas al tratamiento de quimioterapia	74
Tabla 6. Necesidades de supervivencia del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento	89
Tabla 7. Necesidades funcionales del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento	90
Tabla 8. Necesidades integrativas del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento.	91
Tabla 9. Necesidades de supervivencia del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento R/C Diagnostico de enfermería e Intervenciones	92
Tabla 10. Necesidades funcionales del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento R/C Diagnostico de enfermería e Intervenciones	107

Tabla 11. Necesidades integrativas del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento R/C Diagnostico de enfermería e

Intervenciones

110

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1. Tratamiento de radioterapia	65
Grafico 2 Tratamiento de quimioterapia	68

1. INTRODUCCION

Desde el análisis de la literatura se pretende en el presente trabajo identificar las necesidades que presentan los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento y cuáles son los cuidados que desde la investigación y el conocimiento en general proponen los profesionales de enfermería para el cuidado de este paciente.

El paciente con cáncer de cabeza y cuello debe enfrentar múltiples retos desde el momento del diagnóstico y a lo largo del tratamiento; para lograr afrontar este desafío es necesario el cuidado humanizado de profesionales de enfermería comprometidos con la gratificación de las necesidades.

Teorías como la de Jean Watson apoyan y validan el cuidado de enfermería desde una perspectiva más humana, individualizándolo desde la valoración de las necesidades de cada paciente. Estas necesidades han sido retomadas de teorías como la de Maslow donde las divide en inferiores y superiores; mientras Watson las divide en tres tipos: supervivencia, funcionales e integrativas. Estar divididas en niveles no le resta importancia a ninguna de ellas, todas son de igual importancia y deben ser valoradas y satisfechas para lograr un cuidado humanizado.

El padecimiento de los pacientes con esta patología que por su ubicación se hace visible y afecta órganos importantes, limita la satisfacción de los tres tipos de necesidades descritas por Watson, las de supervivencia por los cambios relacionados con la ventilación, nutrición y la eliminación, las funcionales como la actividad, el reposo y la sexualidad que se ven afectadas por el cambio en la imagen, la fatiga, entre otros; además de aquellas relacionadas con niveles superiores como las integrativas que intervienen en la autorrealización, las cuales se ven afectadas cuando los pacientes se aíslan de su entorno. Todo esto se da por efectos deriva-

dos de la enfermedad o los tratamientos a los que deben ser sometidos; haciendo necesaria la intervención de profesionales que conozcan la enfermedad y puedan detectar las necesidades y realizar intervenciones que mejoren la calidad del cuidado de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello y sus familias.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, no solo por su alta mortalidad, sino también por la discapacidad resultante del proceso de la enfermedad y los tratamientos que recibe el paciente. Su incidencia se presenta tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo; produciendo este un gran impacto en los aspectos psicológicos, físicos, emocionales, económicos y sociales, tanto para las personas que lo padecen, como para las instituciones de salud y gobiernos que deben responder con políticas y recursos al tratamiento de la enfermedad (1).

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 se presentaron 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer (1). Según el informe mundial sobre el cáncer realizado por la OMS, la incidencia de este podría aumentar en un 50% en el año 2020. Además en el año 2011 se registra en América Latina en el periodo 2007-2009 una elevada tasa de mortalidad a consecuencia de algunas neoplasias malignas, llegando a 110.7 muertes por cada 100mil habitantes (2). “Para el periodo 2007-2011 se estimaron en Colombia 29.734 casos nuevos de cáncer por año en hombres y 33.084 en mujeres. Las tasas de incidencia ajustadas por edad por cada 100.000 habitantes, para todos los cánceres excepto piel, en hombres fueron de 151,5 y en mujeres de 145,6. Entre los hombres las principales localizaciones fueron próstata, estómago, pulmón, colon-recto y ano, y linfomas no Hodgkin. En mujeres, las principales localizaciones fueron mama, cuello del útero, colon-recto y ano, estómago y tiroides.”(3)

Según la Oficina Regional para las Américas de la OMS y otros autores, plantean que cerca de 600.000 personas son diagnosticadas con cáncer de cabeza y cuello y se producen 350.000 fallecimientos como consecuencia de esta patología, ubicándola entre el 4 y 5% de todos los cánceres a nivel mundial (4, 5, 6 7 8). La incidencia del cáncer de cabeza y cuello es tres veces mayor en hombres que en mujeres, y en particular, varía de 2:1 hasta 15:1 dependiendo de la ubicación del cáncer. Este dato se ve reflejado en la incidencia de cáncer de cabeza y cuello en Colombia para los años 2007-2011, reportada por el Instituto Nacional de Cancerología (Ver tabla 1).

Tabla 1. Cifras estimadas de incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia. Estimaciones locales 2007-2011, para cáncer de cabeza y cuello (3).

Cáncer	Casos estimados mujeres	Muertes registradas mujeres	Casos prevalentes mujeres	Casos estimados hombres	Muertes registradas hombres	Casos prevalentes hombres
Labio, cavidad oral y	707	206	475	787	295	535
Faringe						
Laringe	118	75	84	575	302	397
Total	825	281	559	1362	597	932

Fuente: Tomado de Pardo C. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología, 2015.

La Liga Contra el Cáncer seccional Bogotá cita a la OMS, reporta que para Colombia se diagnostican aproximadamente 1.800 pacientes con cáncer de cabeza y cuello y alrededor de 628 mueren anualmente, de los cuales el 35% corresponde a los nuevos casos, según los datos de la International Agency for Research on Cancer Globocan de la OMS. Con relación a la mortalidad, las cifras absolutas son relativamente bajas, sin embargo, son muy importantes por la alta letalidad entre los afectados y por las graves secuelas físicas y funcionales derivadas de los tratamientos. (5)

Uno de los aspectos más complejos para la persona que padece cáncer de cabeza y cuello es la ubicación anatómica del tumor, el cual puede presentarse en: cavidad nasal, senos paranasales, cavidad oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, nasofaringe, glándula salival (5, 8, 9). Esta localización tumoral aumenta el padecimiento del paciente dado que afecta sistemas indispensables para la vida como son el sistema respiratorio, digestivo, vascular y la piel; de igual forma afecta gravemente los aspectos psicosociales del paciente, debido a los grandes cambios físicos que se generan por el tumor en su autoimagen y los efectos secundarios del tratamiento en su calidad de vida (10, 11).

Este panorama puede ser aún más complejo en la medida que el plan de tratamiento para cada paciente depende de un número de factores,—como la ubicación exacta del tumor, la clasificación, estadificación del cáncer, la edad y la salud general de la persona. El tratamiento para el cáncer de cabeza y cuello puede incluir una o varias modalidades; entre las que se encuentran la cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida o una combinación de tratamientos. (11). En la 1ª Reunión Multidisciplinar de Tumores de Cabeza y Cuello realizada en Extremadura que Merck ha celebrado en Mérida, el Dr. Joaquín Cabrera, oncólogo radioterapeuta afirma “Si se aborda el caso concreto del cáncer de cabeza y cuello, “se dan dos circunstancias especiales que hacen imperativo el

trabajo en un comité multidisciplinar: la complejidad y la rareza”. La complejidad, por la anatomía: “En la región de cabeza y el cuello se concentran los órganos de los sentidos, la facultad de la fonación y la deglución. Es una zona siempre expuesta, y el impacto estético de las terapias oncológicas es fundamental”. En lo que se refiere a la complejidad terapéutica, “la elección del tratamiento ideal para un paciente puede no ser igual que para otro, por otra parte, las secuelas derivadas de las terapias oncológicas son considerables y precisan de rehabilitación y tratamiento específicos” (12).

En los últimos 50 años los tratamientos no han tenido cambios significativos, pero se han realizado mejoras en las técnicas quirúrgicas y avances en radioterapia, si bien estos avances han aumentado el tiempo libre de enfermedad, los pacientes viven más tiempo con las secuelas de los tratamientos que le siguen generando aislamiento social y depresión (7,13).

La complejidad de los tratamientos generan efectos secundarios agudos y/o crónicos en el paciente: La quimioterapia puede llevar al paciente a insuficiencia renal, neuropatía, ototoxicidad y neutropenia; en los tratamientos quirúrgicos se observan efectos como: linfedemas, glosectomías, traqueotomías y cambios en la apariencia física por resección amplia de estructuras orofaciales; por último en tratamientos de radioterapia se genera deterioro de la salud dental y oral por cambio en el pH de la saliva, xerostomía, desmineralización, disminución de la vascularización, radiodermatitis severas, atrofia muscular, mucositis, telangiectasias y aparición de fistulas. Los pacientes experimentan dolor crónico y disminución de la capacidad para comer que los lleva a estados de malnutrición derivados de las múltiples alternativas de tratamiento. Todos los efectos secundarios descritos pueden desencadenar cuadros de depresión, baja autoestima y ansiedad que los conduce al aislamiento familiar y social, por el requerimiento de modificar

continuamente su estilo de vida. (9, 10, 11, 13, 14, 15, 16,17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24).

A pesar de las alternativas de tratamiento es una realidad la disminución de la expectativa de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello; su morbimortalidad y el diagnóstico tardío; además de las falencias en el control y prevención de los efectos secundarios relacionados con los tratamientos. Se plantea que la supervivencia media de los pacientes en recaída o con metástasis secundarios a cáncer de cabeza y cuello es en promedio de seis a nueve meses y su esperanza de vida disminuye de manera importante con el tiempo. (24)

En estudios realizados en Suecia y Reino Unido se ha demostrado que el apoyo para estos pacientes es a menudo insuficiente; ya que el tiempo limitado con el que cuenta la enfermera para la intervención hace que sea difícil llevar a cabo el tratamiento y proporcionar cuidados de enfermería. (11, 25, 26). Además las funciones realizadas por las enfermeras son dependientes de los factores socio-políticos y de organización de cada país, incluyendo la disponibilidad de enfermería especializada y/o entrenada en el manejo de estos pacientes (11).

3. PREGUNTAS Y SUBPREGUNTAS DERIVADAS DEL PROBLEMA

3.1 Pregunta

¿Cuáles son los cuidados que permiten a los profesionales de enfermería la gratificación de las necesidades de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento?

3.2 Subpreguntas.

¿Cuáles son las necesidades de supervivencia, funcionales e integrativas de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento?

¿Qué estrategias son implementadas por el profesional enfermería para el cuidado del paciente con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento?

¿Cuáles son los principales diagnósticos de enfermería y las intervenciones que puede realizar el profesional de enfermería para la gratificación de las necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General.

Identificar los cuidados de enfermería que permitirán a los profesionales la gratificación de las necesidades de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento.

4.2 Objetivos Específicos.

Identificar las necesidades de supervivencia, funcionales e integrativas, en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento.

Reconocer las estrategias que implementa el profesional enfermería para el cuidado del paciente con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento.

Describir los principales diagnósticos de enfermería y las intervenciones que los profesionales de enfermería realizan para la gratificación de las necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento.

5. JUSTIFICACIÓN

Realizar esta investigación permite a los profesionales de enfermería y del área de la salud comprender a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello por la complejidad de su enfermedad; estos pacientes requieren atención de un equipo interdisciplinario (27) y es la enfermera parte fundamental de ese equipo, ya que es el profesional que pasa más tiempo al lado del paciente, usando procesos creativos para la resolución de problemas, creando un entorno de apoyo y protección mental, física, sociocultural y espiritual que ayuda a la satisfacción de las necesidades básicas de los pacientes y sus familias. (18).

Durante el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, las enfermeras pueden evaluar el estado del paciente, controlar los síntomas y los efectos secundarios, educar a los pacientes y familiares, y coordinar la atención y remitir a otros especialistas y servicios cuando sea necesario (11). El cuidado de enfermería puede contribuir en la satisfacción de las necesidades relacionadas con la enfermedad y su tratamiento.

En estudios de enfermería realizados por Larsson y otros autores se concluye que durante el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, los pacientes experimentan cambios físicos, sociales, psicológicos y laborales (11). En este sentido la educación brindada por enfermería ayuda a la persona a recuperar y mejorar las habilidades para continuar con la vida que se alteran en este proceso. Uno de los objetivos de la educación es ayudar a la persona a permanecer tan independiente y productivo como sea posible. Esto incluye asesoramiento para el paciente y la familia en el manejo del dolor, asesoría nutricional y actividad física que mejore el sueño, la ansiedad y la planeación para retomar su cotidianidad. Los aportes que

los profesionales de enfermería brindan a partir de la educación al paciente, proporciona las herramientas para que éste logre adaptarse a las pérdidas reales y potenciales debido al cáncer y su tratamiento. (17, 28, 29, 30, 31)

Es importante que la enfermera con sus conocimientos y entrenamiento brinde cuidados de calidad a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, apoyándolos para hacer frente a los cambios derivados de la enfermedad y los tratamientos, a las transformaciones en la imagen corporal, resultantes de procesos quirúrgicos, además de ayudar al paciente en la resolución y manejo de los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia; evitando los eventos adversos y posibles toxicidades secundarias de los tratamientos. (17, 28, 29, 30)

La investigación en el área de cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento, le ayuda al profesional de enfermería a identificar durante el cuidado aspectos tan importantes como los efectos secundarios, riesgo de toxicidades, alteraciones físicas y psicosociales que presente el paciente. Permitiendo planear cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. Conocer las tendencias en educación a los pacientes. Identificar acciones para intervenir los síntomas y efectos secundarios, animándoles a participar activamente en su cuidado y permitiendo a los pacientes tomar decisiones informadas que los ayuden a enfrentar los tratamientos complejos a los que se ven sometidos. (11, 16, 17, 29, 30, 31)

Igualmente es el profesional de enfermería el llamado a cuidar al paciente de manera holística, teniendo en cuenta sus creencias y esperanzas, ayudando a promover sentimientos positivos, dignificando al ser humano, fomentando su autonomía y ayudándolo a recuperar la salud (11, 17, 18, 32 ,33). Ante estas

circunstancias, el personal de enfermería, debe contar con los conocimientos y entrenamiento necesario para proveer estos cuidados.

Dentro de los cuidados de enfermería que requiere el paciente con cáncer de cabeza y cuello, se encuentra la educación como eje fundamental para la salud de estos pacientes, de tal forma que mejora la calidad de vida, da continuidad a los cuidados en casa, disminuye la ansiedad y las posibles complicaciones; se mejora la adherencia al plan de tratamiento propuesto, la independencia y el empoderamiento del paciente (34,35)

Siendo la educación el proceso por medio del cual, el paciente alcanza la comprensión de su propia condición física y efectúa el autocuidado con el uso de diferentes experiencias y recursos. La meta de la educación es posibilitar que el paciente no sólo comprenda su condición de salud actual, sino que también sea capaz de tomar decisiones respecto a su cuidado en salud (34, 36,). Es primordial el papel de la enfermera como educadora en las diversas necesidades de aprendizaje que la enfermedad exige (36,37). Para eso, es relevante que este profesional posea fundamentación científica y proporcione la implementación de estrategias efectivas para promover cambios de comportamiento, actitudes y estilos de vida de los pacientes.

El profesional de enfermería con altos conocimientos en el manejo del paciente con cáncer, ha mostrado resultados positivos en el cuidado durante y después del tratamiento; como se demuestra en el estudio citado por Palsson y Norberg (1995). Este concluye que el cuidado de enfermería en el momento del diagnóstico, en la atención hospitalaria y durante la rehabilitación, brindó seguridad y confianza a los pacientes. Koinberg (2002) llegó a conclusiones

similares en su estudio sobre un sistema de visitas de verificación realizadas por una enfermera especialista a los pacientes con cáncer (38,39).

En Colombia según la LEY 1384 DE 2010 del ministerio de protección social, las unidades funcionales de oncología, requieren contar con enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado. (40) Lo anterior resalta la validez de los cuidados de enfermería para satisfacer la necesidad de apoyo durante toda la trayectoria del tratamiento, proporcionando una atención individualizada y basada en las necesidades del paciente.

El presente trabajo monográfico pretende evidenciar los avances en la investigación y la publicación del conocimiento de enfermería que han aportado a la formación de las enfermeras que brindan cuidado directo y educación al paciente con cáncer y su familia. Lo cual plantea a los profesionales como necesaria la unificación de criterios para el cuidado del paciente con cáncer de cabeza y cuello que recibe tratamiento, mejorando así la calidad de vida, garantizando adherencia a los tratamientos, evitando las complicaciones secundarias, no solo físicas, sino también sicosociales; disminuyendo las estancias hospitalarias y tratamientos adicionales por complicaciones prevenibles, beneficiando no solo al paciente y su familia, sino también a las instituciones de salud al disminuir los costos de los tratamientos.

6. METODOLOGIA

El presente trabajo monográfico investigativo es de corte cualitativo, este estudio documental nace de la necesidad de los investigadores de dar respuesta a las necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento mediante el análisis de la información que se indaga en el tema que se recoge, se analiza e interpreta desde diversas fuentes confiables de información. Esta se desarrolla siguiendo cinco fases: fase preparatoria, descriptiva, interpretativa, fase de construcción teórica global y fase de extensión y publicación. Con este fin se definió una ruta metodológica que se ha estado modificando, pero muestra el trayecto a seguir para facilitar el desarrollo de la investigación. (41, 42) (Anexo 1).

6.1 Fase preparatoria

El proceso inicia con la realización de una lluvia de ideas por parte de los investigadores acerca de los temas y problemáticas que presenta el paciente con CCC (Cáncer de Cabeza y Cuello) en tratamiento, en su vida diaria y como enfermería contribuye en su cuidado. Por lo que se decide indagar acerca el cuidado de enfermería al paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento. Con la ayuda del proceso permanente de recolección de la información y lectura sistemática de investigaciones, textos de revisión, libros y páginas web; se realiza el análisis concluyendo una serie de elementos descritos en la literatura sobre las prácticas de cuidados que realizan los profesionales en la práctica diaria de enfermería. Los investigadores focalizan su interés en el tema del cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento como objeto de estudio, se crean las pregunta y subpreguntas que orientan el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos y la búsqueda bibliográfica del estudio.

Con la bibliografía encontrada se realiza el análisis de la información y se identifican las categorías y subcategorías iniciales que dieron forma al modelo de inclusión temático u orientaciones temáticas a partir de las cuales se desarrollara el estudio (Ver anexo 2)

Categoría.

Cuidado de enfermería al Paciente con cáncer de cabeza y cuello

Subcategorías

Cuidado de enfermería.

Teoría del cuidado humanizado de Jean Watson

Paciente con cáncer de cabeza y cuello.

Categoría

Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello derivadas del tratamiento.

Subcategoría

Tratamiento del paciente con cáncer de cabeza y cuello

Cirugía

Radioterapia.

Quimioterapia.

Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello.

Categoría

Estrategias de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer de cabeza y cuello.

Subcategorías

Diagnósticos de enfermería más frecuentes del paciente con cáncer de cabeza y cuello (Taxonomía de la NANDA) e intervenciones de enfermería

6.2 Fase descriptiva

La construcción del referente teórico del presente estudio se hizo a partir de la búsqueda de artículos, investigaciones, libros y páginas web relacionadas con el tema de estudio. Se ordenaron los datos logrando visualizar la información global que se tenía; identificando los ejes teóricos comunes que dan respuesta a los objetivos planteados.

6.2.1 Recolección de la información.

Los investigadores realizan entrenamiento en la búsqueda en base de datos ofrecido por la biblioteca de la universidad de Antioquia, con el fin de mejorar la calidad de la búsqueda de información. Para la búsqueda de dicha información se tuvo en cuenta los siguientes Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH): Cuidado de enfermería, paciente con cáncer de cabeza y cuello, tratamiento del paciente con cáncer de cabeza y cuello, necesidades, cuidado humanizado, proceso caritas.

6.2.2 Criterios de inclusión

Se definieron como criterios de inclusión artículos, revistas indexadas, investigaciones, artículos publicados por organizaciones como la OMS, libros y protocolos nacionales e internacionales de manejo y cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello, cuya producción bibliográfica publicada fuera del año 2005 hasta el año 2016, se decide tener en cuenta algunas producciones anterior muy específica que aportan validez al trabajo monográfico y está relacionado con los conceptos y teorías de cuidado de enfermería. Los idiomas tenidos en cuenta fueron el español, inglés y portugués, permitiéndonos conocer las prácticas de cuidado de enfermería internacionales para estos pacientes.

6.2.3 Fuentes de información

Se han consultado bases de datos bibliográficas en español e inglés tales como Access medicine, Cochrane, Ebsco, Google académico, Lilacs, Pubmed, Science direct, portales directos de revistas en línea, reportes en línea de OMS – OPS y libros. Los países con mayor desarrollo del tema son: Estados Unidos, Brasil, Europa siendo su mayor representante España; también se ha encontrado en menor cantidad información desarrollada en países de sur América como Venezuela, Cuba, México, Perú y Colombia.

A través de la plataforma de búsqueda del sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia, se logró la adquisición de la mayoría de los artículos y escritos. En la bibliografía adjunta al final se reportan las fuentes documentales consultadas de forma detallada.

6.2.4 Técnicas e instrumentos: organización de la información.

Con la información encontrada se generaron carpetas de almacenamiento digitales, estas se denominaron de acuerdo a la literatura encontrada. De éste análisis se encuentra que los temas más relevantes son: cuidado de enfermería, paciente con cáncer de cabeza y cuello, necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento, estrategias de cuidado de enfermería para estas personas.

El análisis de la información se realizó a través de la ficha bibliográfica analítica (anexo 3) en la cual vacían los documentos encontrados y se hace en ella una identificación de categorías de manera visual utilizando un color diferente para cada una. Se codifican quedando con un mismo color los estudios que planteaba el desarrollo de un mismo tema; la ficha también permite consignar el análisis personal de los investigadores en relación con el tema encontrado, y la realización de la referencia bibliográfica de manera organizada según las normas Vancouver. Posteriormente las fichas se archivan en carpetas digitales según el tema.

Después de la elaboración de la ficha se realiza la matriz de análisis en el programa de Excel (anexo 4) con los siguientes ítems: Base de datos, autor, título, tipo de texto, idioma, país, año de publicación, disciplina, categoría, palabras, clave, resumen y propósito de la producción bibliográfica y observaciones propias de los investigadores. Dicho documento permite analizar la información, entender relaciones entre conceptos, categorías y temas. Esta matriz de análisis permite realizar lecturas horizontales y verticales de los datos, igualmente permite demostrar coincidencia entre distintas fuentes, establecer cadenas de evidencia conectando los sucesos mediante diferentes bases de datos.

El análisis del concepto de cuidado de las necesidades del paciente CCC se analiza teniendo en cuenta los supuestos teóricos que propone Jean Watson desde las necesidades de supervivencia, funcionales e integrativas, definiendo de acuerdo a la literatura los diagnósticos de enfermería y planteando las posibles intervenciones que permitan satisfacer las necesidades del paciente

6.3 Fase analítica e interpretativa

A partir de la codificación y categorización de los datos de las fichas bibliográficas y la matriz de datos se construye el marco teórico de la presente monografía; dicho escrito reúne los aspectos más importantes de cada documento que nos direccionara a dar respuesta a la pregunta de investigación.

Para este fin se asignaron las letras de las iniciales de las categorías y un número arábico para cada subcategoría:

CE: Cuidado de enfermería al paciente con cáncer de cabeza y cuello

- CE1: Cuidado de enfermería
- CE2: Teoría del cuidado humanizado.
- CE3: Paciente con cáncer de cabeza y cuello

NPCT: Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento.

- NPCT2: Tratamientos para el manejo del paciente con cáncer de cabeza y cuello.
- NPCT3: Necesidades de supervivencia, funcionales e integrativas

EDI: Estrategias, intervenciones y diagnósticos de enfermería para el cuidado del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento.

- EDI1: Estrategias de cuidado que emplea el profesional de enfermería

- EDI2: Diagnósticos de enfermería e intervenciones más frecuentes del paciente con cáncer de cabeza y cuello (Taxonomía de la NANDA).

6.3.1. Elaboración de tendencias y matriz de análisis.

La recolección y organización de la información, en las fichas analíticas y el análisis de la matriz de datos permite a los investigadores identificar aspectos comunes entre diferentes artículos y autores, identificando las tendencias en el tema de cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Lo cual da respuesta a la pregunta de investigación y objetivos planteados inicialmente, así como la identificación de vacíos en la investigación en el tema que no fueron superados a través de la revisión bibliográfica. De la misma manera, fue a partir de las tendencias encontradas que se facilitó la construcción teórica relacionando las subcategorías con las categorías correspondientes y estas últimas entre sí, encontrando puntos de convergencia que permitieran sentar una posición del estado actual del cuidado de enfermería al paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento, dado paso a nuevos interrogantes para orientar nuevas líneas investigativas.

7. RIGOR METODOLÓGICO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA MONOGRAFÍA

La ética en la investigación cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio. (43)

Igualmente busca que el investigador respete tanto las fuentes bibliográficas referenciadas como a los sujetos de investigación cuando es el caso. En la presente bibliografía se respetaron durante el desarrollo de todas las fases los siguientes principios

7.1 Principios de la investigación.

7.1.1 Valor:

La monografía propuesta tiene valor social y científico para la profesión ya que se evidencio la importancia de contar con una enfermera con bases sólidas de conocimiento tanto en lo profesional como en lo disciplinar; en el cuidado de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello; es de valor en la medida que plantea una propuesta de cuidados integrales que le permitirán a los pacientes con CCC y a sus familias una vida con calidad. (44)

7.1.2 Beneficencia

Para el equipo de investigación el trabajo monográfico permite evidenciar la importancia de tener bases sólidas de conocimiento con respaldo científico que sustenten la esencia y el ser de la profesión de enfermería contribuyendo a brindar cuidados humanizadas y seguros al paciente con cáncer de cabeza y cuello,

donde no solo el, sino que su familia y grupo social sean los beneficiarios de una atención adecuada en cada una de las etapas por las que pasa cada paciente, esto favorece una atención integral y humanizada que da respuesta a las necesidades tanto físicas, psicológicas y emocionales que experimentan durante su proceso de enfermedad. (45)

7.1.3 Respeto por los autores

Durante el proceso de recolección de datos y consolidación de la información de la presente monografía se trabaja bajo los preceptos de la LEY No. 23 DE 1982 de enero 28. Sobre derechos de autor dictada por El Congreso de Colombia y que dice: Artículo 2°. Los derechos de autor recaen sobre las obras científicas, literarias y artísticas las cuales se comprenden todas las creaciones del espíritu en el campo científico, literario y artístico, cualquiera que sea el modo o forma de expresión y cualquiera que sea su destinación, tales como: los libros, folletos y otros escritos; las conferencias, alocuciones, sermones y otras obras de la misma naturaleza; las obras dramáticas o dramático-musicales. De esta manera se evita plagio, por medio de la norma Vancouver se hace el referente bibliográfico, se utilizan las comillas durante todo el desarrollo de la investigación monográfica, dando el crédito a cada autor y su obra, se respetan durante todo el tiempo las ideas y conceptos de los autores, siendo estos el soporte de los conceptos que se están generando por medio de nuestra revisión bibliográfica. (46)

Se tiene en cuenta la reglamentación colombiana, según la resolución nº 008430 de 1993. (4 de octubre de 1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: (43)

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza

ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Para la presente monografía se tomaron en cuenta los criterios éticos de la investigación cualitativa, teniendo en cuenta los alcances y las consecuencias que se deben dar entre los autores de la literatura y los criterios del grupo investigador, las cuales estuvieron presentes durante todo el diseño de la investigación hasta la presentación de resultados.

7.1.4 Fiabilidad

Se tiene en cuenta la fiabilidad de los datos obtenidos para replicarlos sin alterar los conceptos de los autores, siendo verdaderos y generando en el grupo investigador independencia en sus análisis. Se realizan registros sistematizados que llevan a la validez por medio de la correcta recogida de los datos, interpretación de los hallazgos partiendo de la realidad de la teoría y la práctica expuestas en los diferentes artículos procesados que garantizan la credibilidad y confianza. La credibilidad se logra mediante la corroboración estructural, en la revisión documental realizada en las diferentes bases de datos, se evidencia como las categorías conceptuales se soportan entre sí (mutuamente) creando vínculos entre una categoría y otra, complementándose entre sí cada una de las categorías. (44)

Se evitan juicios de valor y opiniones propias que puedan afectar la claridad de la interpretación de los datos. Igualmente se consideró importante todos los datos

encontrados permitiendo tener diferentes puntos de vista, incluyendo aquellos que contradicen nuestras propias creencias.

Por medio de la recolección de datos realizada por los diferentes participantes del equipo de trabajo y realizado en varias bases de datos, con descriptores previamente establecidos, se encontró concordancia en múltiples artículos con respecto a las necesidades del paciente con Cáncer de Cabeza y Cuello en tratamiento y la importancia de los cuidados de enfermería dirigidos a esta población.

7.1.5 Dependencia

La dependencia se logra realizando la sistematización de los datos recolectados en una matriz que permitió analizar la información encontrada, entender la relación entre los conceptos, las categorías y los temas de interés, identificando además coincidencia entre las diferentes fuentes utilizadas para la investigación. (44, 55)

Se cuenta con la intervención de asesoras en metodología y de tema, lo que facilita el proceso de recolección de información, análisis e interpretación de los datos, se permitió la revisión y comparación de resultados emergentes según las teorías adoptadas en el inicio de la investigación

7.1.6 Transferibilidad o aplicabilidad

Los resultados que se encuentran durante la investigación pueden llegar a ser transferidos a otro contexto en este caso a un plan de cuidados a un grupo específico de pacientes con cáncer de cabeza y cuello y pueden ser divulgados en con-

gresos y revistas u otros medios tanto por el rigor como por el soporte teórico y científico que tiene. (44, 45)

7.1.6.1 Objetividad

Se logra la objetividad teniendo definidos los instrumentos de la recolección de los datos, realizando transcripciones textuales de la literatura encontrada junto con la citación de cada una de las fuentes y contándose además con la claridad en una metodología que permite a los investigadores hacer un análisis importante del tema. (44, 45)

7.1.6.2 Relevancia

Es un trabajo que permite la evaluación del logro de los objetivos, ampliando el conocimiento ya que durante toda la investigación se afianzo la importancia del cuidado que el personal de enfermería brinda al paciente con cáncer de cabeza y cuello, cuidado que debe ser con integración del paciente, la familia y del personal que lo asiste tanto en su componente físico como emocional y social , de esta manera se genera la humanización del cuidado que permita la intervención del profesional de enfermería en la resolución o cubrimiento de las necesidades que general el proceso oncológico. (44, 45)

El trabajo acercó al reconocimiento del impacto por el tratamiento en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, y en la medida que se fue profundizando, se buscaron soluciones tanto preventivas como de control a problemas generados durante esta fase de la enfermedad.

Su resultado, deja un derrotero para los profesionales asistenciales y de educación en enfermería en la atención del paciente con cáncer de cabeza y cuello en

tratamiento, logrando una concepción amplia de la verdadera realidad que vive el paciente y la familia ante la experiencia en las alteraciones físicas, sociales y psicológicas por las que vive el paciente su proceso de salud –enfermedad.

8. MARCO TEÓRICO

8.1. CUIDADO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

8.1.1 Cuidado De Enfermería

El cuidado es el pilar fundamental y la esencia de la disciplina de enfermería, es una relación bidireccional en la que se busca la satisfacción de las necesidades de una persona que ha perdido la capacidad de satisfacerlas por sus propios medios; en dicha relación los profesionales de enfermería se ponen en el lugar del otro con una mirada compasiva, con el fin de ayudarlo al paciente con Cáncer de Cabeza y Cuello a comprender el proceso al que se ve enfrentado en el transcurso de su enfermedad, ese que cambia todos sus proyectos de manera inesperada. La interacción en el cuidado permite que el profesional de enfermería le brinde apoyo para clarificar dudas, con un lenguaje que el paciente pueda comprender, devolviendo a ese ser la esperanza perdida, ofreciendo una caricia que le devuelva su humanidad y contribuya a que la persona recupere su autonomía, con un acompañamiento amoroso, integral y científico. Y en el caso de que a pesar de los esfuerzos realizados, la enfermedad siga su curso y el desenlace sea la muerte, el profesional de enfermería estará ahí para asistir al paciente en el proceso de la muerte con una presencia discreta y respetuosa donde independientemente de sus creencias, siempre contara con un profesional dispuesto a cuidar con la palabra, la caricia y el consuelo. El paciente con cáncer de cabeza y cuello se ve enfrentado a procesos dolorosos y a cambios en su imagen, por lo anterior es necesario un cuidado que trascienda más allá de lo técnico científico y plantee un cuidado humanizado integral. (47, 48)

El cuidado es la esencia de la disciplina de enfermería y esto es lo que marca la diferencia con otras profesiones. El cuidado permite a los profesionales brindar acompañamiento para enfrentar el dolor, la ansiedad, la angustia, los sentimientos de pérdida y el temor ante lo desconocido que experimenta el paciente durante el proceso de enfermedad. Todas estas actitudes demuestran la competencia del profesional de enfermería en el cuidado del paciente y su familia, ya sea para mejorar la condición de salud o brindar acompañamiento en el proceso de muerte. (49)

Según Gaut citado por Francisco Javier Báez Hernández, et al, refiere que “existen tres condicionantes para brindar el cuidado: 1) la conciencia y el conocimiento de que alguien necesita cuidado, 2) la intención de actuar y la acciones basadas en el conocimiento, y 3) un cambio positivo como resultado del cuidado.” (48)

Este cuidado debe ir siempre dirigido hacia la humanización de la salud, por tanto se entiende el acto de cuidar como la experiencia humana a través de la cual se establece una relación transpersonal y de respeto, que involucran un conjunto de categorías dentro de las cuales se encuentran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado con una finalidad terapéutica (48)

Daza de Caballero, et al, proponen una definición de cuidado derivada de su trabajo de investigación “Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santa fe de Bogotá, Colombia”, ~~donde los profesionales definen el cuidado como~~

aquellas acciones empleadas en pro de la recuperación del bienestar, mediante la planificación y evaluación de actividades. Además concluyen que la forma de abordar el cuidado de enfermería es mediante la utilización del Plan De Atención en Enfermería. (50)

Según Ariza C. el cuidado como intervención terapéutica está orientado a satisfacer las necesidades de los pacientes; estableciendo metas orientadas a la mejoría y recuperación. (47) Para lograr este objetivo el profesional de enfermería requiere sensibilidad, intelecto, disciplina y conocimientos sistematizados para identificar y atender las necesidades, mediante un contacto personal con el paciente. (48, 51)

Para Virginia Henderson cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades fundamentales de orden biopsicosocial. Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente. El rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más pronto posible, aliviando el sufrimiento y manteniendo la dignidad del paciente. (52) Esto se logra como lo describen De Barros, et al, a través del proceso de atención de enfermería que incluye: conocimiento técnico y científico, habilidades, consideración, respeto y sensibilidad para con el paciente, además de tener en cuenta el componente emocional y moral. Cuando el personal de enfermería brinda el cuidado teniendo en cuenta estas acciones, está garantizando un cuidado de excelencia. (53)

Teniendo en cuenta la complejidad de una patología como el cáncer que ha sido descrita como una enfermedad lenta, que estropea la vitalidad, apaga el deseo y desexualiza; se ha generado en las personas temor a padecer algún tipo de

cáncer, superando sustancialmente el que pueden producir otras enfermedades; se hace importante retomar el cuidado de enfermería humanizado como lo describe la filosofía de Margaret Jean Watson, en especial en un paciente con tantas necesidades como el paciente con cáncer de cabeza y cuello. (32)

8.1.2 Teoría de cuidado humanizado de Watson

En el presente trabajo se retoma la filosofía y la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, este es un referente de corte existencialista y humanista es un ejemplo que da cuenta de la necesidad de rescatar los elementos fundantes del cuidado que en último término permitirán su trascendencia. (32)

Watson citada por Alvarez, et al, en su teoría del cuidado transpersonal define a la persona como un ser en el mundo, una unidad de mente, cuerpo y espíritu; el medio ambiente como una realidad objetiva y externa y la salud como aquella armonía entre mente, cuerpo y alma. “La enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” (54)

En el cuidado de enfermería deben darse acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la existencia. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. El cuidado trae un abordaje de entendimiento de sí y del ambiente, por medio de la relación interpersonal y de la empatía. (50) Según Watson es el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la

autocuración independientemente de la condición externa de salud; donde la meta es conservar la dignidad humana y la humanidad durante el proceso del cuidado en escenarios de asistencia hospitalaria y el hogar. (54, 55)

Watson citado por Zabala-Perez, et al, reconoce que el cuidado es parte fundamental del ser, es la base fundamental del cuidado del profesional de enfermería, estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano, para promover, mantener o recuperar la salud (56).

Watson explica la relación enfermera-paciente como una relación de cuidado transpersonal. Dicho término expresa una preocupación por el mundo de la vida interior y el significado subjetivo del otro ante la experiencia del ser, estar y existir en un ambiente completo de conexiones, en el cual la enfermera inicia como parte del ambiente y se transforma durante el proceso de cuidar en el ambiente mismo del paciente (56)

La teoría transpersonal de Jean Watson basa el planteamiento de su teoría en **siete supuestos** y **diez factores de cuidado** o **factores caritativos de cuidados** (FC), en los que la satisfacción de las necesidades del ser humano debe ser una preocupación del ser humano. Estos ayudan a entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de cuidado como experiencia humana (32).

En el primer supuesto Watson plantea que “El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades

humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí”.

Además en el segundo supuesto se define que “El cuidado está condicionado a factores, destinados a satisfacer las necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos”.

En el tercer supuesto planteado “El cuidado efectivo promueve la salud, el crecimiento personal y familiar. Este promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente”.

El supuesto cuatro define el ambiente de cuidado como aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.

En el supuesto cinco Watson especifica que “el cuidado es la una ciencia complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. (32)

En el supuesto seis “La práctica del cuidado es central en la enfermería, un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. Enfermería debe focalizarse en un acompañar sensible, pero responsablemente. Basado el cuidado en el conocimiento y en la

práctica de una actitud terapéutica”. Es así como Watson enmarca la educación de enfermería como una estrategia fundamental para el cuidado.

Por último el supuesto siete concluye que la práctica de cuidado es fundamental para la enfermería. Y presentan los 10 factores de cuidado que después Watson define como proceso caritas de cuidado que corresponde a una extensión más explícita de los anteriores supuestos. (32, 54).

Estos factores son valores y principios filosóficos que han orientado el cuidado del ser humano hacia dimensiones espirituales, de amor y preocupación de enfermería por el ser cuidado.

1. “Formación humanista-altruista en un sistema de valores”. “Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo”. (32, 54) “No es posible elegir sólo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos”. (32) Esto exige del enfermero una evolución de su desarrollo moral y cultural que le permita cuidar a sus pacientes de manera equitativa e integral, aceptar y respetar sus culturas comprendiendo su dinámica social, familiar y religiosa.

- 2.

2. “Incorporación de la fe - esperanza” “Sostener y fomentar el sistema de creencias y la esperanza. Sensibilidad hacia uno mismo y los demás”. (57) “Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en

la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud". Estando auténticamente presente y permitiendo mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. "No siempre es factible curar, pero siempre cuidar", la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado" (32)

Estudios como el de Zavala-Pérez IC, et al, retoma este factor en "Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama" en el cual concluye al igual que en otros estudios, con hallazgos positivos sobre el cuidado espiritual y su impacto en la salud; dichos estudios concluyen que las personas con una fe activa tienden a ser menos depresivas y tienen mayor fortaleza emocional para enfrentar crisis o enfermedades terminales. (56)

3. "El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión". El ser humano es en primer lugar un ser sintiente. (32,54)

"La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor. La expresión de los sentimientos es una forma de empatía con otros que trasciende el propio yo". (32)

“Las conductas de evitación en los profesionales también tienden a ser habituales en la interacción de cuidado; el temor a enfrentarse al paciente que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. Estas son situaciones que están presentes en el día a día de la labor de enfermería. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos”. (32) Esto permite que la enfermera interactúe con el paciente y brinde un cuidado humanizado dirigido a la satisfacción de las necesidades espirituales y emocionales que presenta el paciente y su familia.

4. “El desarrollo de una relación de ayuda y confianza” esta promueve y acepta la expresión de sentimientos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz”. (32, 54) “La relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos; para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad”. (32)

El profesional debe estar preparado para identificar y comprende los sentimientos positivos y negativos del paciente, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes. (32) desarrollando habilidades que le permitan brindar un apoyo y cuidado físico, espiritual y emocional.

5. “La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos” “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”. (32, 54)

“Situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado”. (32)

6. "El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial" El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar como parte del proceso asistencia. “La sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas”. Para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable adquirir confianza y ejercer más autonomía. “Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas”. (32, 54)

7. “La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal”. Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La educación en salud, efectuada por enfermería, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación dirigida, en pro de personalizar los

cuidados, respetando las particularidades de cada individuo, comunidad o población. (32, 54) Este factor se asocia con el supuesto número seis, en el cual, se enfatiza en la importancia de la educación que brinda el enfermero, no como dispensador de información, sino como parte activa del proceso de cuidado.

8 “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural” “Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo”. (32, 49)

A partir de estas variables de entorno interno y externo Watson define la Necesidades como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo. (32)

9 “Asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”. “Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, como: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo- actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el

nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal”. (32, 49)

La enfermera debe reconocer las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma, para identificarlas posteriormente en el paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

Brindar cuidados es la finalidad del profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas, en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, abarcando los diferentes estratos de necesidades. (32)

10. “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales”. “La fenomenología, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayudan a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades” (32)

A través de su visión del cuidado intenta llevarnos a la reflexión del arte del cuidado y buscando que enfermería comprenda que ha seguido a la ciencia médica y, por ende, a la enfermedad y al curar. Aunque seguiremos conviviendo

con ellas, las enfermeras/os deben empezar a valorar los cuidados como el verdadero objetivo de la profesión y no como la complementariedad a la medicina, al otorgarle representación y haciendo visible la práctica, por medio de cuidados humanizados.

Watson citada por Baez et.al, expresa: “Enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan, pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas de salud”. (48).

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello requieren del cuidado de profesionales con esencia humana, sensibles ante las múltiples necesidades de esta población, es así como la teoría del cuidado humanizado de Watson permite al profesional de enfermería que atiende esta población contar con las herramientas que le permitan brindar un cuidado holístico enfocado en el aspecto físico, psicológico, social y espiritual del paciente.

8.1.3 Paciente con cáncer de cabeza y cuello.

El paciente con cáncer de cabeza y cuello fue descrito por Lang H, Scarpa R, entre otros como aquella persona que presenta alteraciones en las células encontradas anatómicamente en: cavidad nasal, senos paranasales, cavidad oral, orofaringe, laringe, hipofaringe, nasofaringe, glándula salival, excluyendo los tumores de la vía aerodigestiva superior, cutáneas, del sistema nervioso central y tiroides. (8, 9, 16, 23).

Los principales factores de riesgo para padecer cáncer de cabeza y cuello enunciados por H Mehana, V Paleri y Scarpa R son la ingesta de alcohol y el tabaco, llegando a la conclusión que la combinación de ambos factores potencian el riesgo de padecer cáncer. (5,6) Entre otros factores de riesgo se encuentran la infección por el virus del Epstein Barr, PVH y factores genéticos. (8, 52).

El Cáncer de cabeza y cuello trae consigo múltiples problemas en todas las dimensiones del ser humano. Tanto los expertos en oncología en-como el personal de salud que se encarga de su cuidado plantean que el tratamiento exacerba dichos problemas.

Larsson M, et al, refiere que en estudios recientes se ha demostrado que los problemas relacionados con la alimentación y las deficiencias del estado nutricionales en estos pacientes son comunes antes del inicio del tratamiento, secundarios a la estenosis, disfagia e inapetencia producto de la enfermedad. (15, 11)

La toxicidad de la quimioterapia y la radioterapia pueden tener un efecto significativo sobre la morbilidad del paciente y su calidad de vida. Los efectos secundarios más comunes son: mucositis, dolor, xerostomía, disgeusia, disfagia y náuseas, entre otros. (22, 31, 53) El dolor inducido por la mucositis tiene un impacto significativo en la calidad de vida y puede resultar en incapacidad para deglutir, pérdida de peso, desnutrición y la interrupción del tratamiento. Las secreciones espesas de la orofaringe están asociadas a la mucositis de alto grado, interfiriendo con la deglución, produciendo náuseas que predisponen a los pacientes a riesgo de aspiración. La xerostomía afecta de manera significativa el sabor de los alimentos, la fonación y la deglución, con efectos directos sobre las

actividades de la vida diaria. Del mismo modo, la alteración del gusto puede afectar negativamente el deseo del paciente para comer. Las náuseas producidas por tratamientos de quimioterapia, el manejo de dolor con opioides y la deshidratación hacen aún más complejo el panorama. (11,31, 58, 59)

Baehring y diversos autores coinciden en decir que los efectos inducidos por la cirugía y la radioterapia potencialmente pueden resultar en alteraciones funcionales, estructurales, cognitivas, emocionales, sociales, cambios físicos y dolor que puede ser crónico, afectando su relación con el entorno del paciente. (4, 16, 23, 31, 58, 59) Es claro que tanto el diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, como los tratamientos asociados, pueden desencadenar en el paciente ansiedad y depresión, ya que tienen un enorme impacto en la vida diaria debido a su ubicación anatómica que hace visible el padecimiento, además de la pérdida de identidad y de funciones fundamentales para la persona, tales como hablar, respirar, comer y beber. (8, 17, 60)

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello experimentan una repentina interrupción de su vida cotidiana, lo que les genera inseguridad, desesperanza e incertidumbre sobre su futuro después del diagnóstico. (17,23) La vida familiar se ve afectada ya que otros miembros de la familia asumen responsabilidades o roles que el paciente ya no puede asumir a consecuencia de la enfermedad. Aquellas como el cuidado de niños, las labores de la casa y su papel dentro de la relación de pareja cambian. (23). Los problemas relacionados con el trabajo y el requerimiento de incapacidad perjudican las finanzas de la familia y por tanto afectando el bienestar emocional del paciente. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son vulnerables, ya que tienen dificultades para reanudar sus actividades cotidianas y el temor a la recurrencia los afecta. Muchos viven solos, tienen escaso apoyo social, bajo nivel de educación y mala salud física y

psicológica. El consumo de alcohol y tabaco, asociados a trastornos psicológicos, el aislamiento, la falta de interacción social y la depresión hacen que las posibilidades de suicidio en esta población sean altas. (18, 30, 59)

Además del proceso de la enfermedad y la carga emocional que conlleva esta, el paciente se ve enfrentado en muchos países a un sistema de salud a menudo confuso, que les remite a múltiples citas con especialistas, horarios poco flexibles, innumerables ayudas diagnósticas y discusiones orientadas al manejo de la enfermedad desde diversos staff de profesionales; que pueden conducir a un estado de sobrecarga de información y estrés. (11) Además, la información presentada por los diferentes profesionales de la salud puede no ser consistente o podría sonar divergente si el paciente no entiende completamente lo que se está diciendo.

Las dificultades sociales, económica y emocionales relacionado con la enfermedad y el tratamiento producen unas necesidades en muchos casos insatisfechas, estas alteraciones generan en los pacientes estrés y frustración, por lo tanto el manejo de estos pacientes exige una atención desde una perspectiva interdisciplinar y se hace necesaria la creación de redes de apoyo de familiares y amigos para evitar el aislamiento y ayudar al paciente en su cuidado. (7, 23, 31)

El paciente con cáncer de cabeza y cuello tiene múltiples opciones de tratamiento, entre las opciones se encuentra la cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida, o una combinación de los mismos. Estos se pueden realizar con objetivo curativo, reconstructivo o paliativo según el estadio y compromiso de la enfermedad. Aumentar la sobrevida del paciente con cáncer, igualmente la

técnica del salvamento del órgano con quimio radioterapia puede mejorar la calidad de vida del paciente (58).

8.2 Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello derivadas del tratamiento

8.2.1 Tratamiento del paciente con cáncer de cabeza y cuello.

Según el MD Anderson el diagnóstico del Cáncer de cabeza y cuello suele realizarse en estadios avanzados (III y IV), por lo que en este estado el paciente requieren terapias multimodales para erradicar el tumor y preservar órganos. Pero si se diagnostican en estadios más tempranos bastaría con cirugía o radioterapia como tratamiento eficaz en la mayoría de los casos. A pesar del tratamiento óptimo, del 30% al 50% de los pacientes pueden desarrollar recurrencia local o regional, y casi el 20% al 30% están en riesgo de metástasis a distancia. (61)

El cáncer de cabeza y cuello comprende múltiples órganos importantes para la fonación, respiración y deglución, los factores de riesgo y la tasa de supervivencia de estos es variable al igual que los tratamientos, los cuales dependen del sitio de localización de la enfermedad. (61)

Es así como el cáncer de nasofaringe, es un tumor agresivo en el cual se puede presentar metástasis en los ganglios linfáticos cervicales en un 60% a 90% de los pacientes al momento del diagnóstico. Siendo la radioterapia el pilar del tratamiento local, por la sensibilidad del tumor. En caso de detectar invasión a los

ganglios cervicales ofrecen al paciente linfadenopatía residual después de la radioterapia. (61)

Al Sarraf M y LeBlanc, et al, en su estudio refieren que para los estadios III y IV de Cáncer nasofaringe, la quimioterapia y radioterapia concomitante adyuvante es la norma aceptada de la atención. “En comparación con la radioterapia sola, la quimioterapia concomitante con cisplatino (100 mg / m² los días 1, 22 y 43), seguida de quimioterapia adyuvante con cisplatino y 5-fluorouracilo (5-FU) demostró una mejora significativa en la supervivencia a 3 años (78% vs. 47%)” (62). “Chan et al, también han demostrado la eficacia de la radiación concomitante y semanal cisplatino 40 mg / m²” (62, 63).

Por otro lado el tratamiento para los tumores de la cavidad oral es la resección quirúrgica y posteriormente radioterapia adyuvante, siendo el enfoque de tratamiento local más común y eficaz” (64).

La terapia de radiación sirve como la modalidad de tratamiento principal para la mayoría de las neoplasias malignas de la orofaringe y se utiliza como la terapia de elección para T1 y muchos tumores T2 (61). “La quimioterapia concomitante con radioterapia usando IMRT es el actual estándar de tratamiento para los pacientes con enfermedad localmente avanzada” (61).

El carcinoma de la hipofaringe es una enfermedad de pequeño volumen, se puede tratar con cirugía o radiación, pero la enfermedad en etapa avanzada requiere una terapia multimodal y la tasa de supervivencia global a los 5 años es inferior al 30%. Para muchos pacientes, el tratamiento quirúrgico requiere la eliminación de la laringe. La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del

Cáncer (EORTC), en un ensayo de fase III, demostró que la preservación de la laringe seguida de quimioterapia y radioterapia es una alternativa viable a la cirugía radical para muchos pacientes con enfermedad localmente avanzada (57).

El tratamiento del cáncer de laringe para T1 y T2 es la radioterapia, con una tasa de control del 90% en T1 y 70 a 80% para T2 (65).

Los tumores de la glándula salival son poco comunes, muchos de estos suelen ser benignos, se presentan con mayor frecuencia en la parótida. La resección quirúrgica es el tratamiento primario fundamental para la mayoría de los pacientes. Los tumores grandes o aquellos con estrechos márgenes quirúrgicos, requieren radioterapia adyuvante (61).

Para el tratamiento paliativo de pacientes con enfermedad recurrente o aquellos con metástasis a distancia, se beneficiarían de tratamiento con quimioterapia sistémica, basada en platinos. El cisplatino, 5-FU, ciclofosfamida y doxorubicina y los taxanos tienen actividad, las combinaciones pueden ser más eficaces que la monoterapia (61).

8.2.2 Tratamiento quirúrgico en el paciente con cáncer de cabeza y cuello.

La intervención quirúrgica es una modalidad de tratamiento importante para los pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello. Los objetivos de la intervención es mejorar la calidad y expectativa de vida del paciente mediante la eliminación del tumor, la restauración de la función, y la preservación de las características estéticas (58, 59, 60, 66, 67).

Sin embargo, el tratamiento quirúrgico para el paciente con cáncer de cabeza y el cuello es complejo y desafiante. El éxito de la cirugía está fuertemente

influenciado por el tamaño y la localización del tumor primario, su diseminación a los ganglios linfáticos regionales, metástasis a distancia, y las características histopatológicas. Los tumores pequeños, en una etapa inicial (T1-T2) de la lengua y la cavidad oral, por ejemplo, pueden ser tratados exitosamente solo con cirugía (60, 66, 68). Los tumores (T3-T4) requerirán modalidades que incluyen la radiación y / o combinación con quimioterapia (58, 60, 66). “En etapas avanzadas, la cirugía está indicada solamente para reducir el tamaño del tumor si genera obstrucción, mejorando la calidad de vida, y permitiendo continuar la terapia con radiación o quimioterapia” (64).

Los pacientes pueden necesitar más de una intervención quirúrgica para la eliminación del tumor y la restauración de la apariencia estética y funcionalidad de algunos órganos. Las intervenciones quirúrgicas incluyen endoscópica para la cirugía de los senos paranasales, laringectomía, faringectomía, maxilectomía, glosectomía, mandibulectomía, parotidectomía, traqueotomía, y la disección cuello (58, 60, 66, 69, 70).(tabla 2)

Tabla 2. Tratamiento quirúrgico de acuerdo a la localización y estadificación del cáncer de cabeza y cuello

TRATAMIENTO QUIRURGICO CANCER DE CABEZA Y CUELLO	
TIPO DE CANCER	TRATAMIENTO
Cáncer escamoso metastásico de cuello con tumor primario oculto	Cirugía y radioterapia combinadas.
Cáncer de glándulas salivales	Malignidades de grado bajo de la porción superficial, parotidectomía superficial. Para otra lesión, parotidectomía total con resección del nervio facial o de sus ramas si están afectados.
Cáncer de hipofaringe	Estadio I Y II: La laringofaringectomía y disección de cuello en cánceres hipofaríngeos. En otros casos de cáncer del seno piriforme, laringofaringectomía parcial para preservar la función vocal. ESTADIO III: Combinación de cirugía y radiación, adyuvante. ESTADIO IV RESECABLE Combinación de cirugía y radiación, adyuvante. RECIDIVANTE: Resección quirúrgica si falla la radioterapia. Radioterapia, solo cuando la cirugía fracasa, y si no se utilizó antes en dosis curativas. Quimioterapia para enfermedades metastásicas.
Cáncer de labio y de cavidad oral	Lesiones de la cavidad oral, cirugía abarca toda la diseminación macroscópica y microscópica de la enfermedad. Si hay ganglios positivos, se realiza una disección de los ganglios cervicales. Lesiones avanzadas de la mucosa oral resección quirúrgica radical.

Fuente: Tomado de Scarpa R. A et al, (60, 68) Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. U de A. 2016

Tabla 2. (Continuación)

TIPO DE CANCER	TRATAMIENTO
Cáncer de laringe.	Los cánceres superficiales pequeños sin fijación laríngea o compromiso de ganglios linfáticos se tratan con radioterapia o cirugía radical. Se puede escoger la radioterapia para preservar la voz y reservar la cirugía para salvar la falla. Recidivante: Cirugía. El rescate es posible para fracasos de la cirugía o la radioterapia.
Cáncer de laringe.	ESTADIO I, II: Laringectomía supra glótica. La laringectomía total en pacientes incapaces de tolerar posibles complicaciones respiratorias. Estadio III: La laringectomía se reserva para pacientes que no responden a quimioterapia o radioterapia. Estadio IV: Para los pacientes con enfermedad T4, cirugía y radioterapia postoperatoria con quimioterapia simultánea o sin esta.
Glottis	ESTADIO I, II: Cordectomía en pacientes seleccionados con lesiones T1 limitadas. Hemilaringectomía o laringectomía parcial o total, dependiendo de las consideraciones anatómicas. Estadio III: Cirugía con radioterapia pos operatoria. Estadio IV: Para los pacientes con enfermedad T4 de gran masa tumoral, laringectomía total con radioterapia posoperatoria con quimioterapia simultánea o sin esta.
Subglottis	Estadio I y II: Cirugía si fracasa la radioterapia. Estadio III: Laringectomía con tiroidectomía aislada y disección de ganglios traqueo esofágicos seguida de radioterapia. Estadio IV: Laringectomía total con tiroidectomía y disección de ganglios traqueo esofágicos bilaterales seguido de radioterapia postoperatoria.

Fuente: Tomado de Scarpa R. A et al.,(60, 68) Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. U de A. 2016

Tabla 2. (Continuación)

TIPO DE CANCER	TRATAMIENTO
Cáncer de nasofaringe	Cirugía en caso de enfermedad ganglionar residual. La disección del cuello en caso de ganglios persistentes o recidivantes.
Cáncer de orofaringe	Menos alteraciones en la calidad de vida con radioterapia que al someterse a cirugía, con efectividad similar.
Cáncer de seno paranasal y de cavidad nasal	Perforación con remoción de gran parte del tumor, seguido de radioterapia o resección de la mandíbula superior. Abordaje craneofacial combinado o resección del piso de la fosa craneal. Remoción del ojo si la órbita está invadida. Si ganglios resecables, disección radical de cuello.

Fuente: Tomado de Scarpa R. A et al.,(60, 68) Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. U de A. 2016

La resección del tumor en continuidad con el vaciamiento cervical está indicada en los tumores con infiltración profunda de los ganglios linfáticos y/o tejido subyacente (60, 71, 72). La disección cervical elimina tanto los tejidos blandos célula-adiposos como los ganglios linfáticos.

La disección radical cervical: “es el procedimiento estándar de linfadenectomía cervical (todos los demás representan modificaciones del mismo). Consiste en la exéresis de los grupos ganglionares de niveles I a V, con extirpación del nervio espinal, esternocleidomastoideo y vena yugular interna” (60, 71). Esta se indica cuando el tumor es extenso (60, 71, 72). Las alteraciones cosméticas en el contorno del cuello se producen como resultado de este procedimiento. El rango de movimiento limitado del hombro se produce por la eliminación del nervio espinal accesorio. Esto puede conducir dolor crónico, parálisis del hombro, y la atrofia del músculo trapecio, junto con la fijación del hombro. (60)

Una disección radical de cuello extendido está reservada para extensión de la enfermedad que han invadido las estructuras linfáticas adicionales y otras estructuras como la piel, arteria carótida, vago, nervio hipogloso, y grupos linfáticos adicionales, tales como mediastino, parafaríngeo, o paratraqueal. Los defectos cosméticos y funcionales dependen de lo que es resecado en el momento de la cirugía. El habla y los problemas de deglución pueden ocurrir cuando los nervios vagos y / o hipogloso son resecados (60, 71, 72).

La disección funcional o radical modificada: “esta disección preserva una o más estructuras no linfáticas” (71). La disección radical modificada del cuello está indicada para un paciente con enfermedad metastásica en el cuello que no implica compromiso de los ganglios linfáticos. Esta intervención genera problemas

relacionados con la alteración estructural del trapecio generando debilidad muscular (por ejemplo, levantar el brazo por encima del hombro) esta alteración pueden evitarse o disminuir en muchos pacientes mediante la preservación de este nervio. (60, 71, 72)

Algunas intervenciones quirúrgicas van a requerir la resección de tumores de gran tamaño, los cuales se asocia con un peor resultado funcional y estético. (58, 60, 67, 68, 73). Siendo necesaria la realización de cirugía reconstructiva; con el objetivo de restaurar el aspecto externo del paciente, proporcionar un buen cierre y separación de cavidades y espacios anatómicos, evitar espacios muertos que condicionen infecciones, dar cobertura a las estructuras vitales, proporcionar un tejido sano que pueda recibir la radioterapia complementaria sin interrupciones, y restaurar al máximo las funciones del tracto aero digestivo alto, respiración, deglución, fonación (73, 74, 75, 76, 77). La cirugía puede implicar las vías respiratorias siendo necesaria la traqueotomía, mientras que en aquellos casos en que se prevea el requerimiento de un apoyo nutricional prolongado, se puede considerarse la realización de una gastrostomía o manejo con sonda nasogástrica (15, 60, 66, 68).

Las traqueostomía se realiza con el fin de asegurar la vía aérea del paciente o como reconstrucción de la funcionalidad en el caso de laringectomías totales, el paciente con estoma traqueal permanente se encontrará con numerosos problemas (es decir, problemas de comunicación, cambios en las actividades de la vida diaria, y en las actividades recreativas sociales y al aire) (58, 66). Por lo que el profesional de enfermería debe iniciar de manera temprana el proceso de educación y rehabilitación del paciente y su familia para disminuir las complicaciones.

Algunos pacientes van a requerir el uso de sonda nasogástrica o gastrostomía para asegurar la adecuada nutrición, ya sea en el pre quirúrgico como preparación nutricional que disminuirá los efectos secundarios derivados de la hipoalbuminemia, en el pos operatorio, como protección de la vía aérea y asegurar una vía de alimentación o de manera permanente o por largos periodos de tiempo se recomienda la realización de gastrostomía (15, 69).

Para (Beer 2005) citado por Brenda Nugent, La optimización de la nutrición es una meta importante durante el tratamiento del cáncer, la nutrición adecuada puede mejorar la tolerancia y la tasa de respuesta a la cirugía, la radioterapia y a la quimio radiación, mejora el estado inmune, aumenta el proceso de curación de la herida y reduce las complicaciones (15).

Desafortunadamente “las estimaciones de complicaciones después de la disección de cabeza y cuello se encuentra en un intervalo de 6% a 28%” (77). Además, el uso de la quimioterapia adyuvante o radioterapia pre o postoperatoria afecta los resultados quirúrgicos y adiciona efectos adversos únicos o exacerba los de la cirugía (77, 78, 79).

Las complicaciones quirúrgicas se pueden dividir en generales y específicas de la ubicación del tumor. Las primeras afectan a los sistemas cardiovascular, respiratorio, neurológico, gastrointestinal, y renal. Comúnmente incluyen disartria, disfagia, la pérdida del colgajo, hemorragia, infección, retraso en la cicatrización, fistulas y dehiscencia de la herida, la pérdida de la voz y la capacidad de comunicación (58, 66, 78, 79). Las complicaciones específicas varían dependiendo de la localización del tumor (Tabla 3). El dolor, las náuseas, el vómito y la fiebre, son síntomas importantes con un potencial efecto negativo en la

homeostasis y la cicatrización de heridas.(75, 76) por este motivo es importante que el paciente y su familia sean informados de las posibles complicaciones y secuelas que pueden ocurrir después de esta intervención quirúrgica. (60, 72)

“La fístula se da debido a la inadecuada cicatrización, que impiden que las capas de los tejidos se unan, favoreciendo la formación de la fístula” (78), representa una de las principales complicaciones quirúrgicas del cáncer de cabeza y cuello relacionado con el estado nutricional del paciente y la realización de quimiorradioterapia pre o pos operatorio que retrasa el proceso de cicatrización de los tejidos, la fistula quilosa y de laringe son las de mayor prevalencia en esta población. (78, 75, 81,82).

Como consecuencia, de la fistula los pacientes pueden experimentar edema, deshidratación, debilitamiento, y en algunos casos, pueden incluso morir. Otras complicaciones incluyen la hiponatremia, hipocloremia, hipovolemia, linfopenía, y en tratamientos prolongados, la pérdida de grasa, vitaminas y electrolitos, hipoproteinemia grave, y alteración de la inmunidad celular con necrosis de tejido quirúrgico. Aumentando significativamente la duración de la estancia hospitalaria (81,82).

Aunque el tratamiento quirúrgico hace parte fundamental del tratamiento en el paciente con cáncer de cabeza y cuello, algunos dependiendo de su estadiaje y localización van a requerir terapia multimodal como en el tratamiento del cáncer de laringe en etapa avanzada en la cual el manejo no quirúrgico con quimioterapia y radioterapia combinadas, también conocido como "preservación de órganos," es más común en la actualidad. (58, 69), el uso de la terapia multimodal en el caso de tumores avanzados puede proporcionar menores efectos secundarios y

mejorar la calidad de vida del paciente.

Tabla 3. Complicaciones específicas dependiendo de la localización del tumor

LOCALIZACION DEL TUMOR	COMPLICACIONES
Hipofaringe	<p>Paredes u faríngeos: fístula faríngea, fístula carótida (con adecuada RT), y la mortalidad.</p> <p>Los senos piriformes: fístulas, aspiración bronquial, disfasia, y estenosis faríngea.</p> <p>Poscricoides faríngea: fístula y aspiración laríngea</p> <p>Supraglótica u laríngea: la fístula subglótica laríngea, ruptura de la arteria carótida, atelectasia, neumonía, enfisema subcutáneo (Cuello), sangrado (sitio de la traqueotomía), complicaciones de la herida, obstrucción de las vías (Traqueotomía), estenosis laríngea, engrosada espinal o voz ronca, y la mortalidad</p>
Cavidad oral	<p>Labios: microstomía</p> <p>Piso de la boca: exposición del hueso, fístula orocutánea, y fracaso del injerto osteomiocutáneo.</p> <p>Mucosa bucal: exposición del hueso, trismo, obstrucción de los conductos salivales, parotiditis, y fístula orocutáneas</p> <p>Encía y paladar duro: exposición del hueso y pérdida del injerto o colgajo.</p>
Orofaringe	<p>Lengua: (posterior / base): fístula, necrosis mandibular, disfasia, neumonía por aspiración, trismo, y ruptura de la carótida</p> <p>Área de amígdalas: fístula, fracaso del colgajo, y pobres cicatrización de la herida.</p> <p>Paladar blando: alteraciones o pérdida del habla y regurgitación nasal</p>
Glándulas salivales	<p>Principales glándulas salivales: parálisis del nervio facial</p> <p>Glándulas salivales menores: No identificado.</p>

Fuente: Tomado de Gaitán P, et al (58, 60, 80, 81, 82, 83) Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. U de A. 2016

8.2.3 Tratamiento de radioterapia en el paciente con cáncer de cabeza y cuello

En el tratamiento con radioterapia del paciente con cáncer de cabeza y cuello, se utilizan cuatro modalidades de manejo: la radioterapia definitiva, neoadyuvante, adyuvante y paliativa, cada una de ellas con una intencionalidad diferente, que se establece dependiendo del estadio inicial al momento del diagnóstico (84). (Ver gráfico 1)

8.2.3.1 Radioterapia definitiva

“Si bien el tratamiento de modalidad única es generalmente suficiente para lesiones tempranas, se requiere un tratamiento multimodal para la enfermedad en estado avanzado. Un meta-análisis de estudios con pacientes con cáncer de cabeza y cuello mostró un beneficio de supervivencia absoluto global del 6,5% a los 5 años asociada con el uso de la radioterapia concomitante con quimioterapia definitiva, en comparación con el tratamiento solo con radioterapia” (84, 85).

8.2.3.2 Radioterapia neoadyuvante

“La razón de la utilización de la radiación preoperatoria es que las células tumorales están en su estado máximo de oxigenación y por lo tanto son más sensibles a la radiación, es el primer paso para reducir el tamaño del tumor antes del tratamiento principal que generalmente consiste en cirugía. Entre los ejemplos de terapia adyuvante están la quimioterapia y la terapia hormonal. El esquema más utilizado consiste en la entrega de 180-200 cGy fracciones, 5 días por semana, hasta una dosis total de 5000cGy” (84).

“Las indicaciones incluyen tumores resecables en el límite donde las estructuras

vitales están en riesgo, o pacientes con un estado nutricional que requieren varias semanas de apoyo nutricional antes de la cirugía” (84).

Grafico 1. Tratamiento de radioterapia (54)



Fuente: Tomado de Burri R, Lee N (2012). Chapter 4. Principles of Radiation Oncology

8.2.3.3 Radioterapia adyuvante

“Radioterapia postoperatoria se reserva generalmente para los pacientes cuyo riesgo de recidiva local-regional es $\geq 20\%$. Los factores pronósticos de riesgo incluyen márgenes cercanos o positivos de la resección, extensión extracapsular de la enfermedad ganglionar, la extensión perineural, la participación de dos o más ganglios linfáticos, invasión del espacio linfovascular, y afectación de los ganglios linfáticos en los niveles 4 o 5 de un carcinoma que surgen en el cavidad oral o la orofaringe”(84).

“La dosis óptima usando fraccionamiento convencional consiste en fracciones 180-

200cGy, 5 días por semana, hasta una dosis total de 6.000 hasta 6.600cGy al volumen de alto riesgo, y 5000 a 5400cGy para la irradiación ganglionar electiva” (54). La radioterapia debe iniciarse 6 semanas después de la cirugía para optimizar los beneficios en el control local-regional (84).

8.2.3.4 Radioterapia paliativa

“La radioterapia puede resultar un tratamiento sintomático eficaz en pacientes con mal estado general, tumores muy avanzados no candidatos a tratamiento oncológico radical e incluso en recidivas. Está indicada para tratamiento antiálgico, disminución de la disfagia o prevención de hemorragia o ulceración cutánea por el tumor”. (84)

8.2.3.5 Toxicidad por radioterapia.

La toxicidad secundaria a la radioterapia es un fenómeno continuo que se inicia desde el mismo momento en que comienza la irradiación y que se prolonga a lo largo del tiempo de seguimiento del paciente, y cuya expresión clínica en un momento u otro dependerá de factores celulares, tisulares, ambientales e intrínsecos de cada individuo. (30,54, 84)

Dentro de las principales complicaciones que se presentan en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en radioterapia se encuentran alteraciones de la piel y el tejido celular subcutáneo, disgeusia, osteonecrosis, trastornos oculares y auditivos, xerostomías, pérdida de piezas dentales y trastornos tiroideos.(54, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90)

El profesional de enfermería debe proporcionar una atención individualizada al

paciente con cáncer que recibe este tratamiento. Los cuidados son de soporte y tienen como finalidad de aliviar la morbilidad física y psicológica inherente a la enfermedad y a los tratamientos. (30, 86)

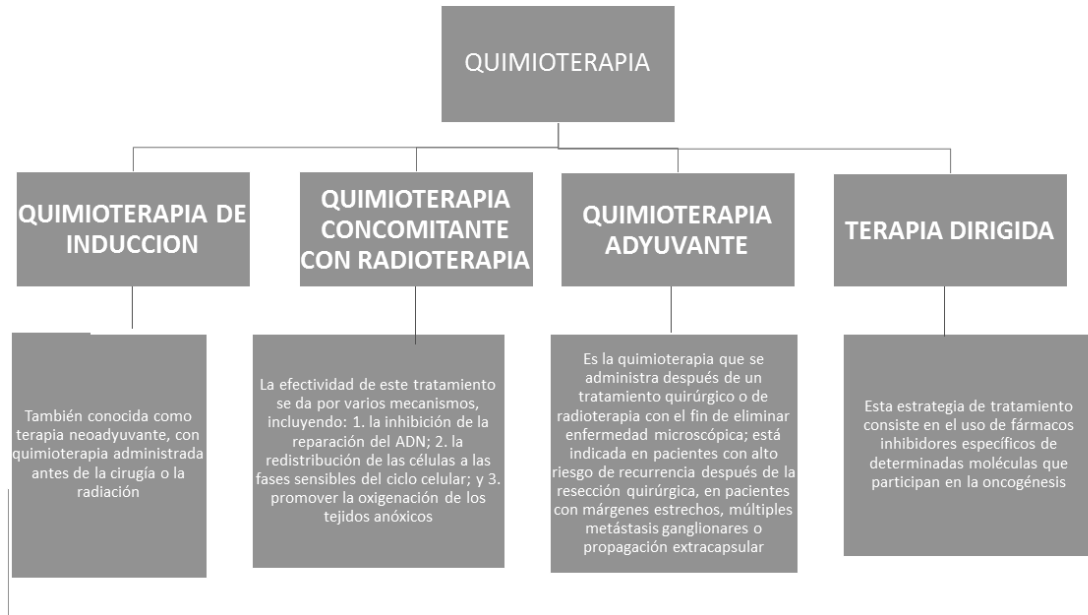
La principal acción de enfermería es facilitar al paciente toda la información relativa a su enfermedad, los tratamientos y el soporte que pueda precisar además de permitir la comunicación, con sensibilidad, experiencia, claridad y tiempo suficiente. (56, 58,61)

8.2.4 Tratamiento de quimioterapia en el paciente con cáncer de cabeza y cuello

Para el tratamiento con quimioterapia del paciente con cáncer de cabeza y cuello, se han llevado a cabo tres estrategias generales: (1) la inducción, también conocida como terapia neoadyuvante, con quimioterapia administrada antes de la cirugía o la radiación; (2) quimioterapia concomitante con radioterapia administradas simultáneamente para mejorar su efecto; y (3) terapia adyuvante, en donde se administra la quimioterapia después de la cirugía o la radiación, en un esfuerzo para disminuir la carga de la enfermedad microscópica.(61) (Grafica 2.)

En la tabla 4 se resumen los principales esquemas de tratamiento de quimioterapia para el paciente con cáncer de cabeza y cuello.

Grafico 2 Tratamiento de quimioterapia



Fuente: McQuade, Jennifer L., et al. "Head and Neck Cancer." The MD Anderson Manual of Medical Oncology, 3e. Eds. 2016.

8.2.4.1 Quimioterapia de inducción

“La quimioterapia de inducción se ha investigado como un enfoque para mejorar los resultados en términos de supervivencia global y el control del tumor en pacientes con enfermedad en estadio III / IV de someterse a la terapia local definitiva” (61).

Tabla 4. Esquema de tratamiento de quimioterapia en el paciente con cáncer de cabeza y cuello. (91)

ESQUEMAS	DIRIGIDO A	INTENCIÓN	ESQUEMA
AI- Sarraf	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello nasofaríngeo E: III y IV localmente avanzado no metastasico	Curativa	<p>* Cisplatino 100 mg/m² IV Días 1, 22 y 43 concomitante con RT</p> <p>Después de terminada la radioterapia continuar con adyuvancia con quimioterapia empezando 4 semanas después de terminada la radioterapia con:</p> <p>*Cisplatino 80 mg/m² IV días 71, 99 y 127 en combinación con fluorouracilo 1000 mg/m²/día IV en infusión continua por 96 horas.</p>
CETUXIMAB	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello escamocelelar localmente avanzado	Curativa	<p>*Dosis de carga</p> <p>CETUXIMAB 400 mg/m² una semana antes de radioterapia.</p> <p>*Dosis de mantenimiento</p> <p>CETUXIMAB 250 mg/m² semanal concomitante con radioterapia por 6 a 7 semanas.</p>
CF (DDP/5FU)	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello recurrente o metastasico E: III y IV	Paliativo	<p>*Cisplatino 75-100 mg/m² IV día 1 o Cisplatino 25 mg/m² IV días 1 a 4</p> <p>*Fluorouracilo 800-1000 mg/m²/día IV en infusión continúa de 96-120 horas. Cada 28 días</p>
CF (DDP/5FU) CONCOMITANTE CON RT	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello al momento del diagnóstico localmente avanzado de células escamosas o cáncer nasofaríngeo indiferenciado (estadio III o IV)	Paliativo	<p>*Fluorouracilo 400 mg/m²/día IV infusión continua por 96 horas empezando el día 1 (en la semana 1 y 5 de radioterapia)</p> <p>*Cisplatino 20 mg/m²/día infusión continua por 96 horas empezando el día 1 (en la semana 1 y 5 de radioterapia).</p>

Fuente: Tomado de Cancer care Ontario. The Management of Head and Neck Cancer in Ontario. 2012.

Tabla 4. (Continuación)

ESQUEMAS	DIRIGIDO A	INTENCIÓN	ESQUEMA
CISPLATINO SEMANAL CONCOMITANTE CON RT	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado E: III y IV	Adyuvante	Cisplatino 40 mg/m ² IV semanal concomitante con radioterapia al menos 54 Gy / 35 fracciones, por 7 semanas.
CISPLATINO CONCOMITANTE CON RT	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado E: III y IV	Adyuvante	Cisplatino 100 mg/m ² IV días 1, 22, y 43 concomitante con RT al menos 54 Gy / 35 fracciones, por 7 semanas.
DCF (DOCETAXEL/ CISPLATINO/5FU)	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado no resecable	Neoadyuvancia	Docetaxel 75 mg/m ² IV día 1 Cisplatino 75 mg/m ² IV día 1 Fluorouracilo 750 mg/m ² /día IV en infusión continua, días 1 a 5. *Cada 21 días por 4 ciclos.
GEMCITABINE/ CISPLATINO	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello nasofaríngeo recurrente o metastásico	Paliativa (Primera o segunda línea)	Gemcitabine 1000 mg/m ² IV días 1 y 8 Cisplatino 70 mg/m ² IV día 1 o día 2 *Cada 21 días hasta progresión o toxicidad
METOTREXATE	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello recurrente o metastásico E: III o IV	Paliativa	Metotrexate IV 40 mg/m ² día 1 *Cada 7 días hasta progresión o toxicidad
CISPLATINO/ PACLITAXEL	Tratamiento en cáncer de cabeza y cuello recurrente o metastásico E: III o IV	Paliativa	Paclitaxel 175 mg/m ² IV día 1 Cisplatino 75 mg/m ² IV día 1 *Cada 21 días hasta progresión o toxicidad

Fuente: Tomado de Cancer care Ontario. The Management of Head and Neck Cancer in Ontario. 2012.

8.2.4.2 Quimioterapia concomitante con radioterapia

En los pacientes con enfermedad localmente avanzada, pero M0 (sin metástasis), la estrategia de la radioterapia y la quimioterapia concomitante ha dado lugar a un

mejor control del tumor local y regional en comparación con la radioterapia sola. La efectividad de este tratamiento se da por varios mecanismos, incluyendo: 1. la inhibición de la reparación del ADN; 2. la redistribución de las células a las fases sensibles del ciclo celular; y 3. promover la oxigenación de los tejidos anóxicos. El efecto que se obtiene con este tratamiento es la mejoría de la citotoxicidad celular (61).

El tratamiento adyuvante de quimioterapia concomitante con radioterapia está indicado en: márgenes quirúrgicos afectados y/o invasión ganglionar extracapsular, pT3 ó pT4 del primario (excluyendo el T3 N0 laríngeo), afectación ganglionar N2 ó N3, afectación ganglionar en los niveles IV ó V en primario de cavidad oral y orofaringe, invasión perineural y embolismo vascular (61).

Los resultados indican que la mejoría de los tiempos libres de la enfermedad y la supervivencia global en pacientes con cáncer de cabeza y cuello localmente avanzado, utilizando la quimioterapia y radioterapia concomitante, en lugar de como una sola modalidad de tratamiento es mayor. La quimioterapia combinada con radioterapia puede aumentar la respuesta de la enfermedad pero aumenta significativamente la toxicidad (61).

8.2.4.3 Quimioterapia adyuvante

Es la quimioterapia que se administra después de un tratamiento quirúrgico o de radioterapia con el fin de eliminar enfermedad microscópica; está indicada en pacientes con alto riesgo de recurrencia después de la resección quirúrgica, en pacientes con márgenes estrechos, múltiples metástasis ganglionares o propagación extracapsular. (61)

8.2.4.4 Terapia dirigida

“Esta estrategia de tratamiento consiste en el uso de fármacos inhibidores específicos de determinadas moléculas que participan en la oncogénesis. Las células tumorales tienen alteraciones genéticas exclusivas de cada tumor, que se denominan mutaciones clave o iniciadoras. Estas mutaciones inician la oncogénesis al sintetizar proteínas clave que participan en vías que son fundamentales para la proliferación celular, la resistencia a la apoptosis, la invasión celular y la angiogénesis. Con el desarrollo de fármacos orientados o dirigidos a estas alteraciones genéticas se pretende bloquear estas cascadas y por tanto el proceso tumoral”. (92)

“Los avances en el conocimiento de la biología molecular han permitido desarrollar nuevas estrategias terapéuticas dirigidas contra dianas específicas de los tumores, como el EGFR (factor de crecimiento epidérmico) que se encuentra sobreexpresado en más del 90% de los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello” (21).

“El cetuximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el dominio extracelular del EGFR, con una gran afinidad y especificidad. En la actualidad, está indicado en combinación con radioterapia en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello localmente avanzado” (21).

8.2.4.5 Seguimiento del paciente que recibe quimioterapia

El seguimiento de los pacientes una vez completado todo el tratamiento se realizará de modo general:

1er año: cada 1-3 meses. 2º año: cada 2-4 meses. 3er, 4º, 5º años: cada 4-6 meses. 5º año y siguientes: cada 6-12 meses. (91)

Para la prevención de los efectos secundarios y toxicidad derivados de la administración de quimioterapia es importante que el profesional de enfermería tenga conocimiento de los protocolos de quimioterapia y posibles toxicidades (tabla 5), valore previamente los paraclínicos, verifique el acceso venoso más adecuado de acuerdo al protocolo de quimioterapia a administrar y conocer si el paciente requiere o se encuentra actualmente en radioterapia.

Los efectos secundario, complicaciones y toxicidades relacionadas al tratamiento del cáncer de cabeza y cuello generan en el paciente un conjunto de necesidades físicas, psicosociales y emocionales que requieren ser satisfacer, entre más pronto sean detectadas y gratificadas, más pronto mejorará su calidad de vida.

Tabla 5. Efectos secundarios y toxicidades asociadas al tratamiento de quimioterapia

EFFECTOS SECUNDARIOS Y TOXICIDADES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA	
NAUSEAS Y VOMITO	Las náuseas y el vómito son los efectos secundarios más referidos por los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia. Aunque el control de esta toxicidad ha mejorado con la utilización de fármacos antieméticos. Aun así, cerca del 50% de pacientes que reciben quimioterapia los presentan en distintos grados, lo que influye en la calidad de vida de los pacientes y obliga en ocasiones a posponer e incluso suspender el tratamiento. (85, 86)
DIARREA	Es una toxicidad frecuente en pacientes en tratamiento con quimioterapia que además de afectar a la calidad de vida del paciente puede producir complicaciones secundarias como son la deshidratación y las alteraciones electrolíticas. (30,85)
NEUTROPENIA	Es más frecuente en pacientes mayores de 65 años, con quimioterapia o radioterapia previa, neutropenias persistentes, infecciones o heridas abiertas, alteraciones renales o hepáticas, pobre estado nutricional. (87)
ALTERACIÓN RENAL	Algunos de los agentes quimioterapéuticos se eliminan por vía renal, lo que hace necesario valorar la función renal con la depuración de creatinina, valoración del gasto urinario y de ser necesario realizar ajuste de dosis.(88)
FUNCIÓN CARDIACA	Isquemia cardíaca: 5-fluorouracilo, taxanos, bevacizumab. Trastornos del ritmo: antraciclinas y taxanos. Hipertensión arterial: cetuximab (89)
REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD	Se puede presentar una reacción inmediata: edema, prurito y eritema a nivel cutáneo, afectación sistémica. Respuesta tardía: infiltración celular por eosinófilos, basófilos, monocitos y linfocitos. Para prevenirla se debe premedicar con: antihistamínico H1 y H2, cortico esteroides y acetaminofén.(90)
NEUROPATIA PERIFERICA	La neuropatía inducida por quimioterapia es un efecto secundario común que puede conducir a la disminución del funcionamiento y la calidad de vida del paciente. Algunos de los agentes antineoplásicos que generan estas alteraciones y son usados en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son: derivados del platino, alcaloides de la vinca, taxanos y antimetabolitos. (91)

Fuente: Tomado de Gaitán P, et al (.60, 91) Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. U de A. 2016

8.2.5 Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello

Antonio Elizalde et al., describen la necesidad desde la teoría de Maslow, como la carencia de algo. “Existen varios tipos de necesidades: (a) Necesidades deficitarias o inferiores, estas son: necesidades fisiológicas; necesidad de seguridad; de amor y de pertenencia; y de estima; si se produce una distorsión en ellas se pueden generar problemas psicológicos y/o fisiológicos. (b) Necesidades de desarrollo o superiores que se orientan hacia el logro de la autorrealización, las cuales no son tan poderosas como las necesidades fisiológicas; éstas pueden dañarse o perder su orientación más fácilmente que las necesidades primarias y requieren de un gran apoyo de las influencias exteriores. Maslow establece una jerarquía de necesidades que se suceden en una escala ascendente. Las necesidades inferiores son déficit y las necesidades superiores se relacionan con requerimientos del desarrollo.” (93)

“En primer lugar se encuentran las necesidades fisiológicas que son las más básicas y más potentes de todas, pero son las que tienen menor significado para la persona en busca de la autorrealización. Entre se ellas se encuentran la necesidad de liberarse de la sed y del hambre; de aliviar el dolor, el cansancio y el desequilibrio fisiológico; la necesidad de dormir, de sexo”. (93, 94)

“Segundo, las necesidades de seguridad. Si las necesidades fisiológicas son satisfechas, o no constituyen un problema serio para la persona, las de seguridad se convierten en la fuerza que domina la personalidad. La mayoría de las personas llega sólo hasta este nivel.

Éstas se expresan en la preocupación por ahorrar, por comprar bienes y seguros, para obtener una vida ordenada, cierta, y un futuro predecible, en el cual ya no se produzcan riesgos o peligros para la integridad personal o familiar. Este tipo de necesidades se puede manifestar negativamente como temor y miedo”. (93, 94)

“Tercero, las necesidades de amor y pertenencia que están orientadas socialmente y representan la voluntad de reconocer y ser reconocido por los semejantes, de sentirse arraigados en lugares e integrados en redes y grupos sociales. Para realizarse requieren que se haya alcanzado cierto grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad. Entre ellas se encuentran la necesidad de amigos, de compañeros, de una familia, de identificación con un grupo y de intimidad con un miembro del sexo opuesto.” (93, 94)

“Cuarto, las necesidades de estima están asociadas a nuestra constitución psicológica. Su satisfacción es necesaria para la evaluación personal y el reconocimiento de uno mismo, en referencia a los demás. Se pueden subdividir en dos tipos: las que se refieren al amor propio y las que se relacionan al respeto de otros (reputación, condición social, fama, etc.). Entre éstas se encuentran la necesidad de respeto, de confianza basada en la opinión de otros, de admiración, de confianza en sí mismo, de autovalía y de autoaceptación. Los trastornos y déficit en esta área generan sentimientos de inferioridad que se manifiesta como vivencias de vergüenza o de culpa.” (93, 94)

“Quinto, las necesidades de autorrealización o metanecesidades pertenecen al segundo bloque de necesidades superiores o más subjetivas en la gradiente establecida por Maslow. Para que una persona inicie su proceso de autorrealización debe haber satisfecho muchas necesidades previas, para que éstas no interfieran

ni utilicen energías que están abocadas a este desarrollo. Las personas que desean autorrealizarse desean ser libres para ser ellas mismas.” (93, 94)

Watson por su lado describe las necesidades dentro de los diez factores caritativos de su teoría; estos factores fueron identificados como los aspectos esenciales del cuidado en la enfermería, sin los cuales los profesionales de enfermería no realizan una práctica profesional, sino que desempeñan actividades como técnicos o trabajadores calificados dentro del marco dominante de la ciencia médica. (95)

El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo del profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, abarcando los diferentes estratos de necesidades. Todas las necesidades son igualmente importantes y deben ser valoradas y satisfechas para el cuidado-sanación. (95)

Watson realiza una estratificación de estas necesidades, en el primer nivel se ubican las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo- actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros, estas últimas se consideran el nivel más elevado porque hacen referencia a la necesidad de realización de sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. (32)

8.2.5.1 Necesidades de nutrición

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que reciben tratamientos de radioterapia o quimio radioterapia están en un considerable riesgo de desnutrición, 75% a un 80% de los pacientes experimentan pérdida de peso importante durante el período de tratamiento. (15). Los problemas relacionados con la alimentación y las deficiencias del estado nutricional en estos pacientes también pueden ser comunes antes del inicio del tratamiento, secundarios a la estenosis, disfagia e inapetencia producto de la enfermedad. (51)

Los efectos secundarios y cambios físicos resultantes de la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia implican la interrupción de la vida cotidiana. En particular, los problemas de alimentación, la falta de saliva, los cambios en el gusto, el dolor, el miedo a la asfixia y la sensación de estrechez en la garganta, perjudican de manera significativa la capacidad y el deseo de comer. (23). El dolor inducido por la mucositis tiene un impacto significativo en la calidad de vida y puede resultar en una incapacidad para tragar, pérdida de peso, desnutrición, y la interrupción del tratamiento. (22, 31)

8.2.5.2 Necesidades de eliminación

“La función del riñón depende esencialmente del estado de hidratación y perfusión corporal. Algunos de los procesos que sufren las personas con cáncer provocan una disminución en la ingesta de líquidos o bien un incremento en las pérdidas (emesis, diarreas, hemorragias). En ocasiones disminuye la perfusión renal por un estado de shock, o se produce un secuestro de fluidos (insuficiencia cardíaca congestiva, edemas, ascitis). Otras veces se compromete la función renal por el depósito de elementos propios del organismo (hipercalcemia, proteínas de Bence Jones), o por infiltración u obstrucción tumoral de las vías urinarias. Por último, y en especial, el riñón puede verse afectado por la acción directa de los

medicamentos”. (96)

“Muchos citostáticos y sus metabolitos activos se excretan total o parcialmente por vía renal, y pueden afectar según el producto implicado a diferentes estructuras: el glomérulo, el túbulo proximal o distal, el intersticio e incluso la microvascularización del riñón. De la misma forma, algunos medicamentos o sus metabolitos pueden provocar complicaciones a nivel de las vías urinarias, fundamentalmente en la vejiga porque es allí donde permanecen durante más tiempo en contacto con el urotelio.” Para la prevención de esta toxicidad es necesaria una adecuada hidratación antes, durante y después de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, además de la valoración de pruebas de función renal, electrolíticos y patrón de eliminación. (96)

La diarrea o el estreñimiento son un problema secundario a la toxicidad frecuente en pacientes en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, que además de afectar la calidad de vida del paciente, puede producir complicaciones secundarias como la deshidratación y las alteraciones hidroelectrolíticas. Además de ser un efecto secundario de los diferentes tratamientos, existen otros factores que también producen cambios en el hábito intestinal, como disminución de la motilidad y la ingesta de otros fármacos, como los opioides. (97)

8.2.5.3 Necesidad de ventilación

Es una necesidad vital que se puede ver alterada inicialmente a causa de las traqueotomías que son comunes en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Estas se hacen necesarias ya sea por progresión de la enfermedad, la estenosis causada por los tratamientos de quimioterapia y radioterapia; o por cambios en las estructuras de la vía aérea, derivados del manejo quirúrgico. Es importante el estrecho seguimiento y valoración de la vía aérea, la aspiración programada de secreciones principalmente en los primeros días pos operatorios, esto ayudará a

prevenir la infección (neumonía nosocomial) y obstrucción. (58, 59) La educación previa al procedimiento quirúrgico puede hacer la diferencia, se deben enseñar al paciente ejercicios como la respiración profunda, tos asistida, la deambulación temprana y los cambios frecuentes de posición, son medidas simples pero importantes para reducir al mínimo las complicaciones respiratorias. (59). La calidad de vida de los pacientes y la forma en que se adaptan a la vida después del tratamiento están siendo cada vez más importantes. (11,33)

8.2.5.4 Necesidad de reposo

La alteración del sueño es una de las quejas más comunes de los pacientes con cáncer, los síntomas más frecuentes suelen ser la fatiga, insomnio y somnolencia excesiva. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a tratamientos oncológicos necesitan del reposo, ya que por las implicaciones del tratamiento, los efectos secundarios de este y las hospitalizaciones, se ven sometidos a largos periodos de vigilia, haciendo que se altere su descanso, afectando sus roles familiares y sociales. (16, 98) Las personas con cáncer de cabeza y cuello experimentan interrupción significativa de las actividades de la vida cotidiana, entre ellas el descanso reparador, debido a los efectos físicos y emocionales de la enfermedad y su tratamiento. (70).

8.2.5.5 Necesidad de actividad

“Entre el 78 y el 96 % de los pacientes de cáncer experimentan fatiga a lo largo de su enfermedad. La fatiga es uno de los principales problemas que alteran la calidad de vida de los pacientes de cáncer. Se trata de un síndrome subjetivo complejo de carácter biopsico-social que puede estar presente incluso años después de finalizado el tratamiento”. La fatiga es más alta en pacientes con enfermedad avanzada y en aquellos pacientes con bajas expectativas de curación, es por esto que una terapia psicológica que aborde el manejo de las expectativas

y otros aspectos, podría influir de manera positiva en el manejo de la fatiga. Teniendo en cuenta que no debe ser el único manejo que debe darse a los pacientes que manifiestan fatiga, derivada de los tratamientos. (99)

En los postoperatorios tempranos, las complicaciones como: infecciones, retraso en la cicatrización, dehiscencia y hemorragias; son aspectos a tener en cuenta ya que pueden tener un efecto negativo en la deambulaci3n temprana del paciente. El cuidado de enfermería y la educaci3n permitirán la deambulaci3n temprana y la participaci3n activa del paciente en su recuperaci3n y autocuidado. (59)

8.2.5.6 Necesidades sexuales

“Para enfocar los problemas sexuales en pacientes con c3ncer se recurre com3nmente al ciclo de la respuesta sexual humana, que consta de 4 fases: deseo, excitaci3n, orgasmo y resoluci3n. Cada una de estas fases est3 caracterizada por la experiencia subjetiva, eventos objetivos que pueden ser medidos y por sistemas fisiol3gicos que necesitan estar intactos para que estos eventos ocurran. Los tratamientos oncol3gicos pueden dañar una o m3s de las fases de la respuesta sexual al afectar emociones, componentes centrales o perif3ricos del sistema nervioso, el sistema vascular p3lvico y el eje hipot3lamo-pituitario-gonadal.” (100)

“Las localizaciones tumorales que afectan de manera significativa la esfera sexual en el hombre son la pr3stata, el pene y los testículos; en la mujer, la mama y el c3ncer ginecol3gico (cervical, ov3rico y vulvar). En ambos sexos traen asociados dificultades de orden sexual, el c3ncer de vejiga, el colorrectal y los linfomas y leucemias. Las diferencias de g3nero en relaci3n al desempeÑO sexual y la recuperaci3n involucran expectativas de roles, autoconfianza, pasividad/actividad

y control, y dependen, en gran medida, de la edad de los pacientes y los tratamientos oncológicos realizados.” (100)

“Otros cánceres, como los de cabeza y cuello y el de pulmón pueden afectar considerablemente el funcionamiento sexual, al generar una amplia gama de dificultades como la fatiga, la disnea, las alteraciones de la imagen corporal y la autoestima, depresión, entre otras.” (100)

8.2.5.7 Necesidades integrativas

Las dificultades en la comunicación derivadas de la enfermedad, los procesos quirúrgicos o los efectos secundarios como la mucositis o la xerostomía, limitan la interacción del paciente. (58) La necesidad de pertenecer y ser aceptado por un grupo, muchas veces se ve alterada por el temor y desconocimiento que tienen las personas sobre la enfermedad y los efectos de los tratamientos, generando rechazo del grupo familiar y social. La intervención de enfermería en el cuidado, logra incentivar las relaciones con su red social. (70)

8.3 ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO EN TRATAMIENTO

El profesional de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado del paciente con cáncer de cabeza y cuello y sus familias. Este papel y la influencia de la enfermería dependen de la evidencia disponible para cumplir esa función y de los factores políticos y organizacionales que configuran el contexto de la enfermería y la práctica interdisciplinaria. (17)

Una vez se conoce la complejidad de las necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello, se hace necesario mejorar la calidad en la atención en los servicios de oncología; es por esto que la Sociedad de Enfermería Oncológica de Estados Unidos, propone mejorar el perfil de la enfermera especialista, a través del desempeño de cinco roles: administración, educación, asistencia, investigación y consulta de enfermería (16).

Sarah H y Larsson, et al. y Mary Wells et al., coinciden en decir que las enfermeras influyen en el tratamiento del paciente con cáncer de cabeza y cuello, a través de la gestión en el alivio de los síntomas y mejorando la calidad de vida de los pacientes, por medio de la investigación, educación al paciente y su familia para el mejoramiento del autocuidado; en la asistencia evaluando el estado del paciente, ayudando en el control de los síntomas con un reconocimiento temprano de estos y vigilando la aparición de efectos secundarios; además en la coordinación de la atención gestionando la remisión a otros especialistas y servicios cuando sea necesario. (17, 11, 30). Los aportes que los profesionales de enfermería proporcionan al paciente las herramientas para que logre adaptarse a las pérdidas reales y potenciales debido al cáncer y su tratamiento (31).

Scarpa, Peggy y Nadine coinciden en algunos aspectos de la enfermera administradora, describiéndola como aquella persona que desarrolla una comprensión de la estructura organizativa de su entorno de trabajo, fortaleciendo el trabajo en equipo con los jefes de departamento y el personal de diversas disciplinas, mejorando el trabajo interdisciplinario para beneficio de los pacientes. Utilizando habilidades de gestión para crear un ambiente que sea propicio para la satisfacción de las necesidades de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello; habilidades como supervisar, controlar, planificar, coordinar y organizar, que son necesarias para desarrollar una relación de colaboración entre las redes de apoyo

disponibles de los pacientes y los miembros del equipo multidisciplinario; para la identificación de las capacidades del paciente de aprender nuevas habilidades y mecanismos de afrontamiento, permitiendo definir un plan de cuidados para el paciente y asegurar la continuidad del tratamiento (16, 31).

Para la asistencia la enfermera integra la teoría con la práctica. Los desafíos en la práctica clínica en el manejo de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son significativos. Es de vital importancia una consulta pre-tratamiento para ayudar a identificar los factores situacionales que afectan la evolución del paciente; además de disminuir la ansiedad y aumenta el cumplimiento de un plan de tratamiento, evitando la deserción. Mediante el establecimiento de una relación terapéutica con los pacientes y sus cuidadores, la enfermera puede implementar intervenciones que ayuden a los pacientes en la creación de alternativas para vivir de manera más eficaz y el desarrollo de habilidades de supervivencia necesarias (16). , Sapag apoya este planteamiento exponiendo que “el apoyo entre personas con una misma enfermedad, incluida la formación de grupos que brindan apoyo de pares, es una estrategia de intervención educativa basada en el aprendizaje sociocognitivo que busca establecer una conexión entre dos o más personas que poseen características comunes, como la presencia de una enfermedad, para favorecer el logro de metas individuales o grupales. El apoyo de pares podría tener un sentido terapéutico, tanto para quien recibe la ayuda como para quien la provee y puede contribuir a mejorar la relación entre los pacientes y los equipos de salud” (101).

La educación del paciente es una responsabilidad crítica de enfermería que tiene el compromiso de enseñar a los pacientes sobre salud, la patología a la que se enfrentan y los síntomas que pueden experimentar derivados de la enfermedad y de los tratamientos ofrecidos, esto permite a los pacientes tomar decisiones

informadas y los prepara para los tratamientos complejos a los que tienen que ser sometidos (31).

Scarpa señala que la educación se basa en una necesidad percibida y esto se evidencia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en los que la fuerza motivadora es la supervivencia básica; debido a su nueva condición que los obliga a adoptar mecanismos diferentes como traqueotomía o laringotomía para respirar; sonda nasogástrica o gastrostomía para la nutrición, y aprender nuevas formas de comunicación, haciéndose necesaria la intervención de enfermería para la educación al paciente y su familia. La enseñanza debe darse en diferentes momentos, antes del tratamiento en el momento del diagnóstico, durante el tratamiento, al percibir una disminución de la ansiedad y donde tanto el paciente como su familia se encuentran en disposición de recibir la información y el otro momento se da en el pos operatorio, donde los pacientes reconocen que ya no pueden comunicarse, tienen dificultades para respirar y para la deglución. “Los amigos y familiares también deben hacer frente a estas alteraciones corporales. La motivación de los pacientes y cuidadores para aprender habilidades de supervivencia está influenciada por múltiples factores, como el miedo, estrés, experiencias pasadas, estados cognitivos y afectivos, la cultura y las creencias. Sólo cuando un momento de aprendizaje es reconocido se pueden establecer las metas y objetivos” (16).

“La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida” (32). Para lograr esto la entrevista es el paso inicial para establecer una buena relación terapéutica, atravesando cinco etapas en el desarrollo de esta relación. La Etapa I consiste en hacer una conexión con los pacientes. Permite que este se sienta cómodo con la enfermera. Esta etapa se centra en temas

específicos que se concentran en la voluntad y deseos de los pacientes. Etapa II se realiza recopilación de datos identificando las percepciones del proceso de la enfermedad de los pacientes y cómo el tratamiento o falta de este, afecta la calidad de vida y el tiempo de supervivencia de estos. Las opciones de tratamiento y los efectos secundarios son explicados en un lenguaje que los pacientes y sus cuidadores pueden comprender. Etapa III determinación de necesidades percibidas en el paciente, para que el plan de tratamiento coincida con los deseos del paciente, evaluando factores económicos, sociales, culturales y espirituales, que deben ser identificados para establecer planes que vayan acorde a los requerimientos del paciente. Etapa IV Se identifican los recursos disponibles del paciente para la gestión de aspectos relacionados con las finanzas y atención en el hogar; brindando asesoría en el desarrollo de sistemas alternativos de apoyo. Etapa V: La creación de redes y grupos de apoyo, donde el paciente se identifique con otras personas que pasan por la misma situación, para establecer una transferencia de aprendizaje, que permita a los pacientes cambiar comportamientos, pensamientos y sentimientos, mediante el reconocimiento de las diferencias culturales e individuales (16).

La calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes dependen directamente de su capacidad de ser autosuficientes en ciertas áreas de su cuidado y de recibir asistencia de enfermería y de cuidadores capacitados que sean capaces de ayudar en la satisfacción de necesidades. Es así como la enfermera desde el inicio del tratamiento hasta el final del mismo evalúa la eficacia del autocuidado, brindando educación antes, durante y después de la hospitalización para garantizar resultados de calidad al paciente (16). El autocuidado podría mejorar notablemente la calidad y la cantidad de los cuidados que reciben estos pacientes, ya que favorecería una mayor adhesión a los tratamientos y la detección precoz de las complicaciones, además de mejorar la funcionalidad general y reducir las tasas de hospitalizaciones y consultas de urgencia (101). Por tanto la educación

del paciente se convierte en una terapia importante en sí misma (31).

Desde el punto de vista del paciente Larsson et al, mencionan que los pacientes dicen sentirse seguros y protegidos al ser cuidados por una enfermera que los llena de confianza, al transmitir responsabilidad en la organización y planeación de las actividades y que además demuestra dominio del conocimiento y experiencia para la detección de efectos secundarios y brindar la educación necesaria para el manejo de estos efectos en el hogar (11).

El seguimiento del paciente durante las hospitalizaciones, tratamientos ambulatorios o vía telefónica facilitan una relación de confianza, que demuestra preocupación de los enfermeros por el estado de salud del paciente, haciendo que disminuya la ansiedad y el temor que generan los tratamientos (11).

El impacto que tiene la enfermedad en el paciente, su familia y su entorno está dado por el alto grado de desfiguración que genera la enfermedad por su localización, además, de las alteraciones funcionales respiratorias, vasculares y nutricionales derivadas de la localización, etiología del tumor y tratamiento recibido. La calidad de vida y la supervivencia de estos pacientes dependen directamente de su capacidad de ser autosuficientes en ciertas áreas de su cuidado y recibir asistencia dirigida a satisfacer sus necesidades específicas de cuidado y educación, por lo que el profesional de enfermería debe contar con un instrumento que le permita direccionar el cuidado de enfermería a la gratificación de las necesidades que presenta esta población.

8.3.1. Diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello

De acuerdo a los niveles de necesidades planteados en el factor 9 del proceso caritas se clasifican las alteraciones y necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello halladas en la literatura y se usa la taxonomía de la NANDA para su clasificación.

Tabla 6. Necesidades de supervivencia del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO	NECESIDAD DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA
Obstrucción de la vía aérea	Ventilación	Patrón respiratorio ineficaz Riesgo de aspiración
Dolor	Ventilación y nutrición	Dolor agudo Dolor crónico
Fistulas	Ventilación	Riesgo de aspiración Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica
Mucositis	Nutrición	Deterioro de la mucosa oral Dolor agudo
Disfagia	Nutrición	Deterioro de la deglución
Xerostomía	Nutrición	Riesgo de deterioro de la mucosa oral Deterioro de la dentición
Trismo	Nutrición	Dolor crónico
Osteoradionecrosis	Nutrición	Síndrome de dolor crónico
Nauseas	Nutrición	Nauseas
Emesis	Nutrición	Riesgo de desequilibrio electrolítico
Estreñimiento	Eliminación	Estreñimiento

Fuente: Basado en Scarpa et al. (58, 59, 60, 86, 88, 90, 91,102) Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. U de A. 2016

Tabla 7. Necesidades funcionales del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO	NECESIDADES FUNCIONALES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA
Astenia	Actividad	Fatiga Intolerancia a la actividad
Insomnio	Reposo	Deprivación del sueño trastorno del patrón del sueño
Enucleación	Actividad	Riesgo de caída Trastorno de la imagen corporal
Sedentarismo	Actividad	Riesgo de ulcera por presión

Fuente: Basado en Scarpa et al. (58, 59, 60, 85, 88, 89, 99 102). Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. U de A 2016

Tabla 8. Necesidades integrativas del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento.

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO	NECESIDADES INTEGRATIVAS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA
Amplias resecciones		
Mandibulectomia	Psicosociales	Trastorno de la imagen corporal
Glosectomía		Trastorno de la identidad personal
Laringectomía		Riesgo de suicidio
Perdida de la voz	Psicosociales	Sufrimiento espiritual
Disartria		Deterioro de la comunicación verbal Deterioro de la interacción social
Ototoxicidad	Psicosociales	Aislamiento social
Radiodermitis	Psicosociales	Trastorno de la imagen corporal
Cambios en el estado de animo	Psicosociales	Ansiedad, Temor
		Duelo ,Riesgo de sufrimiento espiritual
Depresión	Psicosociales	Baja autoestima situacional Desempeño ineficaz del rol

Fuente: Basado en Grau Abalo et al. (58, 59, 60, 85, 86, 87, 88, 89, 102, 103, 104, 105). Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería. UdeA 2016

8.3.1.1 Necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento r/c diagnóstico de enfermería e intervenciones

Tabla 9. Necesidades de supervivencia del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento R/C Diagnóstico de enfermería e Intervenciones

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	NAUSEAS (VOMITO)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar manifestaciones no verbales de molestias gastrointestinales, en todos aquellos pacientes incapaces de comunicarse de manera eficaz. • Evaluar antecedentes pasados de padecimiento de náuseas y vómito (p. ej., embarazo o marearse durante los viajes). • Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej., apetito, actividad, desempeño laboral y sueño). • Identificar los medicamentos y/o procedimientos que pueden generar náuseas. • Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas como olores, sonido y estimulación visual desagradable. • Reducir o eliminar los estímulos que desencadenan o aumentan las náuseas y los episodios de emesis. • Animar al paciente a informar sobre las náuseas y los episodios de emesis para buscar alternativas de tratamiento. • Administrar antieméticos formulados para evitar las náuseas y emesis.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	NAUSEAS (VOMITO)	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas musicoterapia, distracción, para controlar las náuseas. • Valorar las características de la emesis, la presencia de sangre y si este es forzado o espontaneo. • Prevenir la aspiración durante los episodios de emesis. • Identificar estrategias que hayan tenido éxito en el alivio de las náuseas. • Educar al paciente y la familia para que consuma una dieta fraccionada. • Administrar el suero u otro liquido con cucharadas cada 5 min durante una hora • Administrar una dieta con alimentos fríos o a temperatura ambiente, sin olor y sin color, según sea conveniente • Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio de emesis antes de dar líquidos al paciente. • Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos, si durante un período de 30 minutos no se han producido episodios de emesis. • Negociar con el paciente el horario para la ingesta de los alimentos, con el fin de que los consuma cuando lo desee. • Fomentar el descanso y el sueño adecuados para facilitar el alivio de las náuseas.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	NAUSEAS (VOMITO)	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar una adecuada higiene oral que proporcione comodidad al paciente, tratando de no generar estímulos que desencadenen las náuseas. • Evaluar durante la anamnesis nutricional los alimentos que más agradan a la persona, aquellos que le desagradan y sus preferencias culturales. Negociar el horario para la ingesta de los alimentos, que pueden o no coincidir con los horarios habituales. • Educar al paciente para que evite comidas ricas en grasas (fritos, salsas, quesos, leche entera). • Orientar al paciente en relación a los alimentos que puedan controlar las náuseas; e informar acerca de su etiología. • Evaluar la ingesta nutricional del paciente y verificar que cumpla con los requerimientos • Empezar con una dieta líquida absoluta, sin carbohidratos, posterior a los episodios de náuseas y emesis. • Valorar si hay daños en el esófago y en la pared posterior de la faringe en caso de que el náuseas y vomito sean prolongados. • Evaluar signos de posible desequilibrio hidroelectrolítico. Valorar electrolitos, diuresis y signos clínicos de deshidratación.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL DETERIORO DE LA DENTICIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar valoración por odontólogo, antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento. • Valorar el estado de la boca del paciente, dentición, lesiones o eritemas, dolor entre otros. • Valorar el color, el brillo dental y la presencia de restos alimenticios en los dientes. • Identificar el riesgo de desarrollo de estomatitis secundaria a la terapia. • Evaluar los cambios del gusto y/o la deglución. • Evaluar si hay signos y síntomas de estomatitis. • Educar acerca de los cuidados de la boca y establecer una rutina en el tiempo • Retirar las prótesis dentales, aconsejando al paciente que las use sólo para las comidas y realice una adecuada higiene a las prótesis. • Educar al paciente y su familia sobre la importancia de la higiene oral. • Instruir al paciente sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado, colutorios, nutrición adecuada, uso de agua con fluoruros, suplementos u otros productos preventivos, así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo del paciente y su capacidad de autocuidado). • Instruir acerca del consumo de alimentos que incentive producción de saliva. • En caso de ser necesario incentivar el uso de saliva sustituta desde episodio temprano de xerostomía

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	<p>RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>DETERIORO DE LA DENTICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar tempranamente signos y síntomas clínicos de progresión de mucositis de Grado 1 a grado III o IV. Instaurando tratamiento inmediato • Educar al paciente para evitar productos de higiene oral que contengan alcohol. • Mantener la integridad de la piel de labios y mucosa oral • Indicar al paciente que evite los alimentos picantes, salados, ácidos y secos, ásperos o duros. • Orientar al paciente que evite los alimentos picantes, salados, ácidos y secos, ásperos o duros; al igual que alimentos y líquidos calientes, preferiblemente consumir alimentos fríos o a temperatura ambiente; evitando con esto las quemaduras e irritaciones. • Orientar al paciente a aumentar la ingesta de líquidos si no tiene restricción. • Evaluar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos, cremas de protección oral y analgésicos tópicos o sistémicos.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	<p>RIESGO DE DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL</p> <p>DETERIORO DE LA DENTICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar al paciente a dejar de fumar y explicar los riesgos de este hábito en su salud. • Remitir al médico si persisten la sequedad, la irritación y las molestias bucales. • Valorar la escala del dolor, para el adecuado manejo analgésico. • Educar a los pacientes y su familia sobre los signos y síntomas de estomatitis, incluyendo cuándo informar al médico

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda (valorar requerimiento de nutrición enteral por sonda de gastrostomía). Si se instaura, dar educación a la familia sobre el manejo de esta • Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales en relación con la nutrición. • Si el paciente tiene sonda nasogástrica o gastrostomía, determinar la presencia de signos de alarma para brindar una atención oportuna (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte, alteración del nivel de consciencia, dolor torácico o cambios agudos del estado mental). • Identificar la presencia del reflejo de deglución, si fuera necesario. • Mantener el paciente sentado durante la comida para inducir sensación de placer y relajación para evitar la bronco aspiración. • Establecer los alimentos según lo prefiera el paciente. • Mantenerse en posición erguida, con la cabeza y el cuello flexionados ligeramente hacia delante durante la alimentación, para evitar la bronco aspiración • Orientar al paciente a realizar una masticación y una deglución lenta de los alimentos

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • No ofrecer la alimentación al paciente si se observa fatigado. • Solicitar interconsulta con el especialista cuando el paciente presente alteración en la deglución. • Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar ingerir los alimentos • Usar espesantes, no administrar bebidas líquidas al paciente. No aplica en el caso de mucositis. • Realizar cuidados con las sondas de alimentación y educar a la familia como hacerlo. • Proporcionar instrucciones escritas, según corresponda. • Realizar un instructivo de cuidado nutricional para el paciente y compartirlo con la familia.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE NUTRICION	DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente periódicamente y evaluar si hay perdida o ganancia de peso • Analizar las posibles causas del bajo peso. • Observar si hay náuseas y/o emesis. • Determinar la causa de las náuseas y/o emesis y tratarla convenientemente. • Educar al paciente y a su familia en relación con el consumo diario de una dieta a partir de las necesidades calóricas y proteicas, teniendo en cuenta las preferencias del paciente • Evaluar los niveles séricos de albúmina y electrolitos. • Considerar las preferencias alimentarias del paciente, teniendo en cuenta su gusto personal, cultura y religión. • Asistir la dieta cuando las condiciones del paciente lo amerite • Crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida. • Ofrecer suplementos dietéticos, según corresponda, teniendo en cuenta función renal, hepática y electrolitos. • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiper hidratación o de la deshidratación (p. ej., crepitos en la auscultación pulmonar, poliuria/oliguria, cambios conductuales, crisis comiciales, saliva espumosa o espesa, ojos edematosos/hundidos, respiración rápida y superficial). • Administrar líquidos, durante la quimioterapia. • Valorar la pertinencia de la dieta prescrita. • Orientar a la familia a ofrecer al paciente los alimentos de manera agradable y atractiva.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	<p>DOLOR AGUDO</p> <p>DOLOR CRONICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el dolor según escala visual análoga. • Indagar por las expectativas del paciente. • Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. • Evaluar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. • Asegurarse de que el paciente reciba la analgesia formulada y los rescates en caso de ser necesarios. • Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor. • Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor. • Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. • Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. • Evaluar las experiencias pasadas con el dolor que incluyan los antecedentes personales y familiares de dolores crónicos o que conlleven discapacidad, si es el caso. • Evaluar con el paciente y el equipo de salud, la eficacia de las medidas terapéuticas usadas para el control del dolor que se han utilizado. • Utilizar un método de valoración adecuado según el nivel de escolaridad del paciente, que permita el seguimiento de los cambios del dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	DOLOR AGUDO	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la frecuencia necesaria para la valoración de la comodidad del paciente y poner en práctica un plan de seguimiento. • Proporcionar información acerca del dolor que generan algunos procedimientos. • Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente al dolor (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
	DOLOR CRONICO	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor. • Orientar al paciente en el monitoreo, evaluación y solicitud de ayuda en caso de dolor • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas, durante las actividades que puedan desencadenar el dolor; antes de que se produzca o se aumente. • Brindar comodidad y confort que ayuden al paciente al control del dolor. • Educar al paciente y su familia acerca del manejo de la analgesia controlada por el paciente, si está indicada.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	<p>DOLOR AGUDO</p> <p>DOLOR CRONICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar el analgésico antes de realizar cualquier actividad que pueda generar dolor al paciente. • Fomentar períodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor. • Educar sobre la importancia de la toma de los medicamentos analgésicos por horario. • Coordinar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor. • Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE VENTILACION	<p>PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ.</p> <p>RIESGO DE ASPIRACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la vía aérea permeable. • Realizar una valoración, para establecer la necesidad de cuidado. • Auscultar los ruidos respiratorios. • Observar si hay fatiga muscular respiratoria. • Poner al paciente en una posición que proporcione alivio de la disnea. • Ayudar en los cambios de posición. • Fomentar una respiración lenta y profunda, cambios posturales y tos. • Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción. • Educar en los cuidados de la traqueostomía y manejo de las secreciones. • Iniciar un programa de entrenamiento de músculos respiratorios • Ayudar en la rehabilitación pulmonar, con el uso del incentivo. • Orientar al paciente acerca de la importancia de la deambular de tres a cuatro veces por día, según la capacidad del paciente.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
	RIESGO DE RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRURGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de las heridas quirúrgicas. (signos de infección, observe si hay enrojecimiento, calor, edema o drenaje por piel y mucosas • Observar si hay zonas de decoloración, hematomas y pérdida de integridad en la piel y las mucosas. • Evaluar y registrar los cambios en la piel y las mucosas. • Educar al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel. • Utilizar apósitos y técnica de curación con tecnología apropiada según impacto quirúrgico y proceso de cicatrización.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 9. (Continuación)

NECESIDADES DE SUPERVIVENCIA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDAD DE ELIMINACION	ESTREÑIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el patrón de evacuación intestinal del paciente determinando la frecuencia, consistencia, forma y color. • Valorar signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación fecal • Identificar medicamentos que puedan generar alteraciones gastrointestinales. (citotóxicos, opioides). • Educar al paciente sobre los alimentos promueven la evacuación intestinal. • Disminuir la ingesta de alimentos que produzcan flatos. • Realizar ejercicio físico moderado diariamente, para promover el peristaltismo. • Instruir al paciente sobre el consumo de alimentos con alto contenido de fibra, acompañado de consumo de agua sino está contraindicado. • Administrar supositorios de glicerina, laxantes y ablandadores del bolo fecal según orden médica, si es necesario.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 10. Necesidades funcionales del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento R/C Diagnostico de enfermería e Intervenciones

NECESIDADES FUNCIONALES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE REPOSO	DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el patrón de sueño/vigilia que tiene el paciente e intervenir si lo tienen alterado. • Identificar los efectos que tienen algunos medicamentos en el patrón de sueño del paciente, con el fin de recomendar el uso de medicamentos comunes como los antiinflamatorios esteroideos en la mañana y los somníferos antes de dormir. • Orientar al paciente y su familia para identificar las circunstancias físicas que puedan interrumpir el patrón del sueño. • Orientar para eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Orientar para que ajuste el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para poder favorecer el sueño. • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que puedan interferir con el sueño. • Incentivar al paciente a limitar el sueño durante el día, promoviendo actividades que favorezcan la vigilia. • Enseñar al paciente a realizar ejercicios de meditación, relajación y respiración profunda u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. • Orientar al paciente a evacuar vejiga; no tomar diuréticos en horas de la noche y evitar el ruido, para minimizar el número de despertares; permitiendo ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
	TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 10. (Continuación)

NECESIDADES FUNCIONALES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE ACTIVIDAD	<p>FATIGA</p> <p>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las causas fisiológicas y emocionales que puedan estar produciendo la fatiga en el paciente. • Valorar al paciente y educar al cuidador para detectar signos de alarma durante la actividad física y la realización de actividades de la vida diaria • Educar al paciente con fatiga a la planeación de actividades combinadas con períodos de descanso. • Asistir al paciente con fatiga en las actividades de la vida diaria de ser necesario • Motivar al paciente a realizar ejercicios según la tolerancia, en compañía de su familia. • Evaluar la fatiga del paciente y asesorar acerca del nivel de actividad física que puede realizar de acuerdo a sus características • En articulación con nutrición educar al paciente y a su familia en relación con la ingesta nutricional adecuada para el cubrimiento de los requerimientos calóricos. • Evaluar la respuesta de la función cardiorrespiratoria del paciente a la actividad física (taquicardia, disnea, diaforesis, palidez, polipnea).

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 10. (Continuación)

NECESIDADES FUNCIONALES	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES SEXUALES	PATRÓN SEXUAL INEFICAZ	<ul style="list-style-type: none">• Asesoramiento sexual• Indagar por las expectativas del paciente• Disminución de la ansiedad• Fortalecer la autoimagen

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

Tabla 11. Necesidades integrativas del paciente con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento R/C Diagnostico de enfermería e Intervenciones

NECESIDADES INTEGRATIVAS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA NANDA	CLASIFICACION INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
NECESIDADES DE PERTENENCIA	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente previo al tratamiento ya sea quirúrgico o quimio radiación de las posibles alteraciones en su imagen corporal. • Indagar por las expectativas del paciente. • Evaluar en el paciente las expectativas que acerca del tratamiento. • Orientar al paciente acerca de las técnicas reconstructivas y prótesis existentes que ofrece la ciencia para mejorar su apariencia física. Además de las práctica higiénica para el manejo de la tos (traqueotomías) Apósitos para heridas y Bolsas recolectoras de secreción por fistulas, que pueden mejorar su calidad de vida. • Evaluar en el paciente los factores estresantes causados por la enfermedad o el tratamiento • Remitir al paciente que recibe tratamiento y su familia para que reciban apoyo psicológico. • Ayudar al paciente a fortalecer su autoestima y afrontar los sentimientos de valía personal. • Permitir al paciente la expresión de sentimientos generados por el impacto del tratamiento. • Implicar a la familia y amigos como redes de apoyo hacer frente a esa sensación de minusvalía. • Evaluar el impacto que tiene el cambio en su imagen física en las relaciones sociales.

Fuente: Basado en NANDA International Nursing Diagnosis: Definitions and Classifications 2015-2017 (102). Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Cuidado al paciente con cáncer de cabeza y cuello. Facultad de enfermería UdeA. 2016.

9. CONCLUSIONES

- El cuidado es el pilar fundamental y la esencia de la disciplina de enfermería, para brindarlo se hace necesario establecer una relación bidireccional, buscando siempre la gratificación de las necesidades en una persona que ha perdido la capacidad de satisfacerlas por sus propios medios; en dicha relación los profesionales de enfermería se ponen en el lugar del otro con una mirada compasiva, para lograr la humanización de los servicios de salud. Este cuidado que además debe estar basado en la evidencia, es la herramienta fundamental para reconocer las necesidades de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
- El cuidado de enfermería debe ir encaminado a la identificación y asistencia en las necesidades básicas descritas por Watson, con un cuidado consciente e intencional, ubicándolas de acuerdo al nivel y la priorización establecida, según sean de supervivencia (primer nivel) como: nutrición, eliminación y ventilación; funcionales o psicofísicas (segundo nivel) como reposo- actividad, y las sexuales; intra/interpersonales (tercer nivel); necesidad de realización de sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal.
- Los profesionales de enfermería a través del desempeño de los cinco roles que deben cumplir para brindar cuidado, influyen en el tratamiento del paciente con cáncer de cabeza y cuello, por medio de la gestión de los síntomas, mejorando la calidad de vida de los pacientes; en la investigación realizando una práctica basada en la evidencia, brindando educación al paciente y su familia para el mejoramiento del autocuidado y en la asistencia evaluando el estado del paciente para ayudarlo en el control de los sínto-

mas con un reconocimiento temprano de estos y vigilando la aparición de efectos secundarios. Además en la coordinación de la atención gestionando la remisión a otros especialistas y servicios cuando sea necesario.

- La educación del paciente es una responsabilidad crítica de enfermería que tiene el compromiso de enseñar a los pacientes sobre salud, la patología a la que se enfrentan y los síntomas que pueden experimentar derivados de la enfermedad y de los tratamientos ofrecidos, esto permite a los pacientes tomar decisiones informadas y los prepara para los tratamientos complejos a los que tienen que ser sometidos.
- La valoración de los principales efectos secundarios derivados de la enfermedad y los tratamientos complejos a los que se tiene que enfrentar el paciente con cáncer de cabeza y cuello, proporciona una importante fuente de información para detectar las necesidades y plantear los cuidados usando la taxonomía de la NANDA con los diagnósticos de enfermería relacionados y las intervenciones necesarias para este tipo de pacientes.

10.RECOMENDACIONES

- Los profesionales de enfermería en la práctica, independientemente del rol que desempeñen dentro de las instituciones, deben comprometerse en la valoración del paciente para detectar las necesidades y realizar un plan de cuidado que permita la gratificación de las necesidades. Esto se puede lograr mediante el establecimiento de una relación terapéutica con los pacientes y sus cuidadores, para implementar intervenciones que ayuden a los pacientes en la creación de alternativas para el desarrollo de habilidades necesarias para adaptarse a su nueva condición.
- Se realizó una búsqueda de intervenciones de enfermería basada en las necesidades, derivadas de los principales síntomas de cada tratamiento, pero se hace necesario ampliar la búsqueda de cuidados por cada efecto secundario y tratamiento (cirugía, quimioterapia y radioterapia), para mejorar la atención a esta población.
- Sería necesario establecer como una de las prioridades en la educación de los profesionales de enfermería el acercamiento al paciente con cáncer, ya que esta patología cobra cada vez más importancia por ser un problema de salud pública a nivel mundial, no solo por su alta mortalidad, sino también por la discapacidad resultante del proceso de la enfermedad y los tratamientos que recibe el paciente.
- Consideramos pertinente continuar con la búsqueda de cuidados aplicables a la práctica clínica, enmarcados en un contexto cultural más cercano al profesional que realiza la atención del paciente con cáncer de cabeza y cuello durante el tratamiento.

11. BIBLIOGRAFÍA

- .1. OMS. Cáncer Nota descriptiva N°297. [Internet]. [Citado 2015 dic26]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/.
2. OMS. La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020. Centro de prensa [Internet]. [Citado 2015 Dic 05]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/>.
3. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011. 1ª ed.[Internet].Bogotá:.Instituto Nacional de Cancerología 2015. [Citado 2016 Abril 08]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/incidencia2.pdf>
4. Boyle P, Levin B, Word Cancer Report. International agency for research on cancer, 2008. [Internet]. [Citado 2015 dic 26].OPS. Disponible en: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf
5. Liga contra el cáncer. Cáncer de cabeza y cuello magnitud del problema. [Internet]. [Citado 2016 enero 03]. Disponible en: <http://www.ligacontraelcancer.com.co/cancer-de-cabeza-y-cuello/>
6. Cruz Hernández, J.J. (2011). Cáncer de cabeza y cuello. Madrid: Arán Ediciones. [Internet]. [Citado 2016 abril 8]; Disponible en: http://www.merck.es/es/compania/divisiones_de_merck/merck_serono/oncologia/cancer_cabeza_y_cuello/cancer_cabeza_y_cuello.html.

7. van der Meulen, IC, May, AM, de Leeuw, JRJ. et al. Support Care Cancer [Internet]. 2015; 23: 2417. [Citado 03 de Agosto de 2016] Disponible en <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2227/article/10.1007%2Fs00520-015-2603-2>.
8. H Mehana, V paleri. Head and neck cancer—Part 1: Epidemiology, presentation, and prevention. Clinical Review. [Internet]. 2010; 341 :4684 [Citado 2016 agosto 03]. Disponible en:<http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2617/content/341/bmj.c4684.long>.
9. Buzaid Antonio C. Tumores sólidos.2013. Manual de oncología clínica de Brasil. mocbrasil.com/moc-tumores-solidos[Internet]. [Citado 2016 enero 14]. Disponible en: <https://mocbrasil.com/moc-tumores-Solidos>.
10. Kim E.S., Gunn G, William W, Jr., Kies M.S. (2011). Chapter 16.Head and Neck Cancer. In Kantarjian H.M., Wolff R.A., Koller C.A. (Eds), The MD Anderson Manual of Medical Oncology.[internet]. [Citado 2015 december 20]. Disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=379&Sectionid=39902041>.
11. Larsson M1, Hedelin B, Athlin E. A supportive nursing care clinic: conceptions of patients with head and neck cancer. Eur J Oncol Nurs. [internet]. 2007;11(1):49-59. [Citado 2016 enero 09]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2063/science/article/pii/S1462388906001074>.
- 12 Smart City Business Institute. Los comités multidisciplinares, claves para ofrecer la mejor opción de tratamiento al paciente con cáncer de cabeza y cuello. [internet]. [Citado 2016 Abril 15]. Disponible en:

<http://www.smartandhealth.com/index.php/homepage-2/93-empresas/345-comites-multidisciplinares-tratamiento-cancer-cabeza-cuello>.

13. Goldstein NE, Genden E, Morrison R. Palliative Care for Patients With Head and Neck Cancer: "I Would Like a Quick Return to a Normal Lifestyle". JAMA. [Internet]. 2008; 299(15):1818-1825. [Citado 2016 enero 10]. Disponible en www.hcethics.org/content/articles/cecp/Goldsteinetal-oralcancrpalliativecare.pdf.

14 Aru P, William L, MD. Supportive Care and Survivorship Strategies in Management of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck. Elsevier [Internet]. 2015;29:1159-1168, Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2063/science/article/pii/S0889858815001173>.

15 Brenda N, Sian L, Joe M O. Métodos de alimentación enteral para el tratamiento nutricional en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia y quimioterapia Revisión Cochrane traducida. [Internet]. [Citado 2016 enero 10] Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD007904/metodos-de-alimentacion-artificial-con-sonda-en-pacientes-con-cancer-de-cabeza-y-cuello>.

16 Scarpa R. Advanced Practice Nursing in Head and Neck Cancer: Implementation of Five Roles. Oncology Nursing Forum [Internet]. 2004;31: 579-83.[citado 2016 enero 10]; Disponible en: <https://store.ons.org/archive>

17 Sarah H Kagan, The influence of nursing in head and neck cancer management, Current Opinion in Oncology. [Internet]. 2009;21: 248-53 [Citado 2016 enero 10]. Disponible en: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2054/pubmed/?term=Sarah+H+Kagan%2C+The+influence+of+nursing+in+head+and+neck+cancer+management%2C+Current+Opinion+in+Oncology%2C+2009>

18. Sharp L, Tishelman, C. Qualitative Study of Patients and Nurses Experiences in a Nurse-Led Intervention. *Cancer Nursing*. [Internet]. 2005;28(3): 226-235. [Citado 2016 enero 10]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2158/sp-3.22.1b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00002820-200505000-00012&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>
19. Murphy BA, Dietrich MS, Wells N, et al. Reliability and validity of the Vanderbilt Head and Neck Symptom Survey: a tool to assess symptom burden in patients treated with chemoradiation. *Head Neck*. [Internet]. 2010; 32:26. [Citado 2016 enero 10]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2085/doi/10.1002/hed.21143/abstract>.
20. Hitt R, Homet B. Guías de Práctica Clínica para el Tratamiento del Cáncer de Cabeza y Cuello. Grupo español de tratamiento de tumores de cabeza y cuello. [Internet] [Citado 2016 enero 14]. Disponible en www.ttccgrupo.org/Publicaciones/GuadeTratamiento/tabid/484/Default.aspx
- 21 Bonner JA, Harari PM, Giralt J. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* [Internet]. 2006;354:567-78 [Citado 2016 enero 14]. Disponible en www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa053422
- 22 Molina Giraldo, SM; Estupiñán Guzmán, JR. Mucositis oral en el paciente con terapia antineoplásica. *Med. U.P.B.* [Internet] 2010;29(2): 135-143. [Citado 2016 Febrero 06]. Disponible en http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/727/pdf_35
- 23 Lang H. The psychological experience of living with head and neck cancer: a systematic review and meta-synthesis. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2013;22(12):

2648-2663 [Citado 2015 diciembre 26]; Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:3653/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7fe33d0d-f9d6-4632-af70-24a939b699de%40sessionmgr114&vid=1&hid=101>.

24. Specenier PM et al. Recurrent head and neck cancer: current treatment and future prospects. *Expert Rev Anticancer Ther.* [Internet]. 2008 ;8(3): 375-391. [Citado 2016 abril 08]; Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2110/doi/full/10.1586/14737140.8.3.375>

25 Wengstroöm, Y., Haöggmark, C., 1998. Assessing nursing problems of importance for the development of nursing care in a radiation therapy department. *CancerNurs.* [internet]. 1998;21(1): 50-60. [Citado 2016 febrero 10]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2158/sp-3.22.1b/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=fulltext&D=ovft&AN=00002820-199802000-00007&NEWS=N&CSC=Y&CHANNEL=PubMed>

26 Wengstroöm, Y., Haöggmark, C., Strander, H., Forsberg, C. Effects of a nursing intervention on subjective distress, side effects and quality of life of breast cancer patients receiving curative radiation: a randomized study. *Acta Oncológica* [Internet].1999;38: 763–770. [Citado 2016 febrero 10]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Wengstro%C2%A8m%2C+Y.%2C+Ha%C2%A8ggmark%2C+C.%2C+Strander%2C+H.%2C+Forsberg%2C+C.%2C+1999.+Effects+of+a+nursing+intervention+on+subjective+distress%2C+side+effects+and+quality+of+life+of+breast+cancer+patients+receiving+curative+radiation>

27 Tirado-Gómez y Granados. Manual de oncología.4ª ed [Internet].Bogotá: Instituto Nacional de Cancerologia 2007. [Citado 03 enero de 2016]. Disponible en: <https://oncouasd.files.wordpress.com/2015/06/manualdeoncologia4edicion.pdf>

28. American Society of Clinical Oncology (ASCO) guía de Rehabilitación para pacientes con cáncer. Junta Editorial de Cancer.Net. [Internet] [Citado 2016 Febrero 06]. Disponible en www.cancer.net/es/sobrevivencia/rehabilitación.
29. Ruiz A. Plan de Cuidados de Enfermería en un caso de Paciente con Cáncer Bucal. Rev. enferm. CyL. [Internet]. 2012; 4,1 [Citado 2016 abril 16]. Disponible en: www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/
30. Mary Wells BSc, MSc, RGN, Peter T Donnan BA. A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer [Internet] 2008;17(11): 1428-1439. [Citado 2016 enero 10]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2144/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.01976.x/citedby>.
- 31 Peggy A. Wiederholt, Nadine P. Bridging gaps in multidisciplinary head and neck cancer care: nursing coordination and case management Elsevier [Internet]. 2007;69: 88-91 [Citado 2016 abril 24]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17848305>.
32. Urra M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Cienc. enferm. [Internet]. 2011; 11-22, [citado 2016 Sep 11]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es.
33. Semple C, Parahoo K, Norman A, McCaughan E, Humphris G, Mills M. Intervenciones psicosociales para pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Cochrane Database of Systematic. [Internet] 2013;7. [Citado 23 de Dic 2015]; disponible en <http://www.cochrane.org/es/CD009441/intervenciones-psicosociales-para-pacientes-con-cancer-de-cabeza-y-cuello>

- 34 Redman BK. Patient adherence or patient self-management in transplantation: an ethical analysis. ProgTransplant. [Internet]. 2009;19(1): 90-94. [Citado 2016 enero 09]. Disponible en: [https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2054/pubmed/?term=.+Redman+BK.+Patient+adherence+or+patient+self-manage-ment+in+transplantation%3A+an+ethical+analysis.+ProgTransplant.+2009%3B19\(1\)%3A90-4](https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2054/pubmed/?term=.+Redman+BK.+Patient+adherence+or+patient+self-manage-ment+in+transplantation%3A+an+ethical+analysis.+ProgTransplant.+2009%3B19(1)%3A90-4)
35. Kruzik N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN J. [Internet]. 2009;90(3): 381-387 [Citado 2016 enero 09]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0001209209005481>
36. Mendes K, DalSasso, Silva J, Ziviani Luciana C, Rossin F.M, Zago Márcia M.F, Galvão C. M. Intervención educativa para candidatos al trasplante de hígado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013; 21(1): 419-425. (Citado 2016 Junio 09] Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100018&lng=en.
- 37 Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, Brundage MD. A purpose-based evaluation of information for patients: an approach to measuring effectiveness. PatientEducCouns.[Internet]. 2007;65(3): 311-9. [Citado 2016 enero 09]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17014979>.
- 38 Palsson, M.-B., Norberg. Breast cancer patients' experiences of nursing with focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 1995; 21, 277–285 [Citado 2016 febrero 10].Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Palsson%2C+M.-B.%2C+Norberg%2C+A.%2C+1995.+Breast+cancer+patients%E2%80%99+exper>

enc-

es+of+nursing+with+focus+on+emotional+support%3A+the+implementation+of+a+nursing+intervention.

39. Koinberg, I.-L., Holmberg, L., Fridlund, B. Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up to a specialist nurse. *Journal of Caring Sciences*. [Internet]. 2002;16: 209–215 [Citado 2016 febrero 10]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=.Koinberg%2C+I.-L.%2C+Holmberg%2C+L.%2C+Fridlund%2C+B.%2C+2002.+Breast+cancer+patients%E2%80%99+satisfaction+with+a+spontaneous+system+of+check-up+to+a+specialist+nurse.+Scandinavian>

40. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1384 DE 2010 (abril 19). Ley Sandra Ceballos, por la cual se dictaminan las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Bogotá. El ministerio (2010)

41. Porro M. Como redactar monografías, técnicas y recurso. Buenos aires: Longse-ller;2003.

42. Hernandez Sampieri, Roberto. Fernandez C., et al. Metodología de la Investigación. 5ª ed. México McGraw-Hill Interamericana. 2010

43. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCION N° 008430 DE 1993. Por la cual se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio 1993.

44 Noemí . Rojas AL, Rebolledo Malpica JG, Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. [Internet] 2012; 12,(3) 263-274. [Citado 2016 Sept. 15]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4322420>

- 45 Castillo, Edelmira. Vásquez, Marta Lucía. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [Internet]. 2003: 34(3). [Citado 2016 Sept. 15]. Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/.../272.
46. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 23 de 1982. (Enero 28). Sobre derechos de autor. Bogota el Congreso de Colombia, 1982.
47. Ariza C. Daza R. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. [Internet]. 2005. [Citado 2016 Feb 29]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=L0T4LiRF-UQC&oi=fnd&pg=PA9&dq=definir+cuidado+de+enfermeria&ots=rbBqwf-vu9&sig=WjZA9EGFmPGIhFZpyqB7qNeFUIU#v=onepage&q=definir%20cuidado%20de%20enfermeria&f=false>.
48. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009(2): 127-134, [[Citado 2016 agosto 31]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002
49. Luevano, Ford S. El arte del Cuidado de enfermería de Florencia Nightingale a Jean Watson. Punto de vista. Aventuras del pensamiento. [Internet]. 2008;5.[Citado 2016 enero 10]. Disponible en http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/.../enfermeria.
- 50 Daza de Caballero R; Medina LS. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafe de Bogotá, Colombia. Cultura de los cuidados. [Internet]. 2012;19: 55-62. [Citado 2016 enero 10]. Disponible en:

<http://culturacuidados.ua.es/article/view/2006-n19-significado-del-cuidado-de-enfermeria-desde-la-perspectiva-de-los-profesionales-de-una-institucion-hospitalaria-de-tercer-nivel-en-santafe-de-bogota-colombia>.

51. Iraci dos S; Lindalva R. Clos, Araci C; Kestenberg C. Processo clínico e integridade do cuidar em enfermagem de pessoas com câncer: investigação piloto ,Rev. enferm. [Internet]. 2013;587-593. [citado 2016 Feb 14]. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a05.pdf>

52. Álvarez Gonzalez MJ, Estrada,Alazne IA, Belaustegi A, Chaparro Toledo S. Guía de Práctica Clínica Cuidados Críticos de Enfermería Hospital Xagorritxu. [Internet]. [Citado febrero 24 de 2016]. Disponible en: <http://www.seeiuc.com/profesio/criticos.pdf>.

53. De Barros A, Gonçalves; Lima, et al. Characterization of theses and dissertations about nursing care in oncology. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [Internet] 2015;(7),(2). 2550-2560. [Citado febrero 24 de 2016] Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-755394>

54 Álvarez L;Triana, Á. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Bogotá. [Internet]. 2007. [citado 2016 enero 29]. Disponible en: https://www.u-sos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf.

55. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Spring. [Internet]. 2010;30(2): 14-6 [Citado 2016 Feb 29]. Disponible: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2351/SearchResults.aspx?q=Watson+J.+Nursing%3a+the+philosophy+and+science+of+caring.++&subonly=True>

56. Zavala-Pérez IC, Hernández-Corrales MD, Olea-Gutiérrez CV, Valle-Solís MO. Cuidado de enfermería transpersonal con base en la teoría del caring a una mujer con cáncer de mama. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. [Internet] 2014;22(3): 135-43 [citado 2016 enero 29]. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim143d.pdf>.
- 57 Lefebvre JL, Chevalier D, Luboinski B, Kirkpatrick A, Collette L, Sahmoud T. Larynx preservation in pyriform sinus cancer: preliminary results of a European Organization for Research and Treatment of Cancer phase III trial. EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. *J Natl Cancer Inst*. [Internet] 1996;88(13): 890–899. [Citado 2016 mayo]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2066/pubmed/8656441>.
58. Scarpa R. Surgical Management of Head and Neck Carcinoma. *Seminars in Oncology Nursing*. [Internet]. 2009;(25): 172–182. [Citado 2016 mayo 17]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2084/pubmed/?term=SURGICAL+MANAGEMENT+OF+HEAD+AND+NECK+CARCINOMA+RAYMOND+SCARPA>.
59. Baehring E, Mccorkle R. Postoperative Complications in Head and Neck Cancer. *Clin J Oncol Nurs*. [Internet]. 2012;16(6) [Citado 2016 mayo 17]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2084/linkout/pmliblink.cgi?id=23178363&lib=icocesulib>
60. Gaitán P. cáncer de cabeza y cuello: proceso asistencia integrado. Consejería de salud Andalucía [Internet]. 2011. [Citado 2016 mayo 17]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3

_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cancer_cabeza_cuello/cancer_cabeza_cuello.pdf .

61. McQuade, Jennifer L., et al. "Head and Neck Cancer." The MD Anderson Manual of Medical Oncology, 3e. Eds. [Internet] 2016. [Citado 2016 mayo]. Disponible en: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1772&Sectionid=121898533>

62. Al-Sarraf M, LeBlanc M, Giri PG, et al. Chemoradiotherapy versus radiotherapy in patients with advanced nasopharyngeal cancer: phase III randomized. J Clin Oncol. [Internet] 1998;16(4): 1310–1317. [Citado 2016 mayo]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2066/pubmed/9552031>.

63. Chan AT, Leung SF, Ngan RK, et al. Overall survival after concurrent cisplatin-radiotherapy compared with radiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma. J Natl Cancer Inst. [Internet] 2005;97(7): 536–539.[Citado 2016 mayo]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2066/pubmed/15812080>.

64 Haddad RI, Shin DM. Recent advances in head and neck cancer. N Engl J Med. [Internet] 2008;359(11): 1143–1154. [Citado 2016 mayo]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2066/pubmed/18784104>

65. Lefebvre JL, Chevalier D, Luboinski B, Kirkpatrick A, Collette L, Sahmoud T. Larynx preservation in pyriform sinus cancer: preliminary results of a European Organization for Research and Treatment of Cancer phase III trial. EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. J Natl Cancer Inst. [Internet] 1996;88(13): 890–899. [Citado 2016 mayo]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2066/pubmed/8656441>.

66. McCreery H. Advancements in Head and Neck Cancer. ONS [Internet]. 27(3): 10-14. [Citado 2016 mayo 17]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:3628/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7fa4be5e-be71-4771-af8d-086bdfb2c773%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4104>
- 67.. Zou H1, Zhang WF, Han QB, Zhao YF. Salvage reconstruction of extensive recurrent oral cancer defects with the pectoralis major myocutaneous flap. J Oral Maxillofac Surg. [Internet] 2007;65(10): 1935-9. [Citado 2016 mayo 17]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17884518>
68. Yao M1, Epstein JB, Modi BJ, Pytynia KB, Mundt AJ, Feldman L.E. Current surgical treatment of squamous cell carcinoma of the head and neck. Oral Oncol. Epub. [Internet]. 2007;43(3): 213-223. [Citado 2016 mayo 17]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2063/science/article/pii/S136883750600131X>.
69. Carr. E head Carr, E. Head and neck malignancies. Cancer nursing principles and practice. 3a ed. [Internet] [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2351/SearchResults.aspx?q=carr.E+head+Carr%2c+E.+Head+and+neck+malignancies.+Cancer+nursing+principles+and+practice&subonly=True>
70. Lang K, Sussman M, Friedman M, Su J, Kan H, Menzin J, et al. Incidence and costs of treatment-related complications among patients with advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. [Internet]. 2009;135(6):582-8 [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2383/article.aspx?doi=10.1001/archoto.2009.46>.

71. Robbins K, Shaha A, Medina J, Califano J, Wolf G, Day T, et al. Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection. Arch Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2008;134(5): 536-8. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2383/article.aspx?articleid=408572>
72. Orloff L, Kuppersmith R. American Thyroid Association's central neck dissection terminology and classification for thyroid cancer consensus statement. Otolaryngol Head Neck Surg. [Internet]. 2010;142(1) :4-5 [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2806/content/142/1/4.full.pdf+html?http://oto.sagepub.com/cgi/reprint/142/1/4>.
73. Yanez M. Alternativas reconstructivas post maxilectomía por enfermedad neoplásica. Rev Chil Cir [Internet] 2014;66: 30-37 [Citado 2016 mayo 17]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000100005
74. Awad M, Palmer F, Kou L, Yu C, Montero P, Patel S, et al. Individualized Risk Estimation for Postoperative Complications After Surgery for Oral Cavity Cancer. JAMA Otolaryngology-- Head & Neck Surgery [Internet].2015;141(11): 960-968. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2383/article.aspx?articleid=2456057>.
75. P. Infante-Cossio, E. Torres-Carranza, A. Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery, [Internet]. 2009;38(3): 250-255. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0901502708004347?returnurl=null&referrer=null>

76 . Infante-Cossio P, Torres-Carranza E, Cayuela A, Hens-Aumente E, Pastor-Gaitan P, Gutierrez-Perez JL. Impact of treatment on quality of life for oral and oro-pharyngeal carcinoma. *Int J Oral Maxillofac Surg*. [Internet]. 2009;38(10):1052-8 [Citado 2016 mayo 19].. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2063/science/article/pii/S0901502709009540>.

77. Neligan P, Gullane P, Gilbert R. Functional reconstruction of the oral cavity. *World Journal Of Surgery* [Internet]. 2003; 27(7): 856-862. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2084/projects/linkout/nsh/nsh_display.cgi?PrId=6822&PmId=14509519&Code=tu&JrId=8075.

78. Morgan J, Breau R, Suen J, Hanna E. Surgical wound complications after intensive chemoradiotherapy for advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *Archives Of Otolaryngology--Head & Neck Surgery* [Internet] 2007; 133(1): 10-14. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2383/article.aspx?articleid=484632>

79. Tracy J, Spiro J. Short hospital stay following neck dissection. *Archives of Oto-laryngology--Head & Neck Surgery* [Internet]. 2010; 136(8): 773-776. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2054/pubmed/?term=83.%09Tracy+J%2C+Spiro+J.+Short+hospital+stay+following+neck+dissection.+Archives+Of+Otolaryngology--Head+%26+Neck+Surgery>

80. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* [Internet]. 2004;240(2):205-13. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en:

<http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2806/content/142/1/4.full.pdf+html?http://oto.sagepub.com/cgi/reprint/142/1/4>

81. Sakai A, Okami K, Sugimoto R, Ebisumoto K, Yamamoto H, et al. Multivariate analysis of wound complications after surgery for laryngeal and hypopharyngeal cancers. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* [Internet] 2011;73(2): 100-4. [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2149/Article/Abstract/32383>

82. Santaolalla F, anta J, Zabala A, Sanchez A, Martinez A, Sanchez J. Management of chylous fistula as a complication of neck dissection: a 10-year retrospective review. *European Journal of Cancer Care* [Internet] 19(4): 510-515. [Citado September 14, 2016]; Disponible en: <http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2085/doi/10.1111/j.1365-2354.2009.01086.x/abstract>

83. Lazarus C. Tongue Strength and Exercise in Healthy Individuals and in Head and Neck Cancer Patients. *Seminars in Speech & Language* [Internet]. 2006 ;27(4):260-7 [Citado 2016 mayo 19]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-2006-955116>.

84. Burri R, Lee N. Chapter 4. Principles of Radiation Oncology. En Lal-wani A.K., *Current Diagnosis & Treatment in Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 3e. New York: McGraw-Hill Companies; 2012.

85. De Paula J, Okino N. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em tratamento radioterápico. [Internet] 2016 ;(8), (1) 3820-3831. [Cited 2016 may 15]. Disponible en http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4173/pdf_179

86. Primo, C, Lima, E., Caniçali, R. Nursing care to patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy. *Revista De Pesquisa: Cuidado é Fundamental* [Internet] 2016; 8(1), 3820-3831. [Cited 2016 may 14]. Disponible en: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4173/pdf_1796

87. Rubira Cássia M.F, Devides Nádia J, Úbeda L, Bortolucci Jr A.G, Lauris J. R, Rubira-Bullen I; Fischer et al. Evaluation of some oral postradiotherapy sequelae in patients treated for head and neck tumors. *Braz. Oral res.* [Internet]. 2007; 21(3): 272-277 [citado 2016 May 19]. Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806.

88. Rebouças Liêvin M, Callegaro E, Gil Gabriel OI, Silva Maria L, Aparecida Conte M, Salvajoli João V. Impact of enteral nutrition on acute toxicity and treatment continuity in head and neck cancer patients submitted to intensity-modulated radio-therapy. *Radiol Bras* [Internet]. 2011; 44(1): 42-46. [Citado 2016 May 19] Disponible en:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842011000100011&lng=en.

89. Schneider F, Pedrolo E, Lind J, Schwanke Alessandra A, Danski Mitzy T. Revenção e tratamento de radiodermatite: uma revisão integrativa. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2013; 18(3): 579-586 [citado 2016 Mayo 19]. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300024&lng=pt.

90. Stuart Vieira H.T, Campêlo dos Santos M, de Medeiros Nóbrega D, Vieira Pereira J, de Castro Gomes D, Vieira Pereira M. Fatores relacionados ao surgimento e gradação da mucosite oral radioinduzida. *Rev Cubana Estomatol* [Internet] 2014;51(1): 71-79. [Citado 2016 Mayo 19] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000100008&lng=es

91. Cancer care Ontario. The Management of Head and Neck Cancer in Ontario. 2012. [Internet]. [Citado 2016 mayo]. Disponible en: <https://www.cancercare.on.ca/>.

92. Montero Martinez C. "Cáncer de pulmón: avances en el diagnóstico y tratamiento." Medicina respiratoria índice: 19. [Internet] 2015; 8 (3): 19-29 [Citado 2016 oct 30]. Disponible en: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R8/Vol8-n3.pdf#page=19>.

93. Elizalde A, Martí Vilar M y Martínez Salvá F. Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona Polis. Revista Latinoamericana [Interne], 2006; 5(15) [citado 2016 sept 25]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30517306006>

94. Regis L, Fagundes LV, Porto I. Basic human needs of nursing professional: situations of (dis)satisfaction at work. Rev. Esc. enferm. USP [Internet]. 2011; 45(2): 334-341. [Citado 2016 Nov 07] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200005&lng

95. Watson J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2007; 16(1): 129-135. [Citado 2016 Nov 07] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100016&lng=en.

96. Píera Pibernat J, Redondo Sánchez A. Toxicidad renal y vesical. Manual SEOM de cuidados continuos. [Internet] [Citado 2016 septiembre 23]. Disponible en:
<http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/CUIDADOS%20PALIATIVOS/Manual%20SEOM%20de%20Cuidados%20Continuos%20en%20Oncologia.pdf#page=228>.
97. Verdú Rotellar J. M, Algara López M, et al. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. Instituto de Oncología Radioterápica. MEDIFAM [Internet]. 2002;12: 426-43 [Citado 2016 septiembre 23]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n7/colabora.PDF>
98. Faiz, Balachandran, Hessel et al. Sleep-Related Breathing Disorders in Patients With Tumors in the Head and Neck Region. The Oncologist [Internet]. 2014; 19: 1200–1206 [Citado 2016 septiembre 23]. Disponible en: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/19/11/1200.full.pdf>.
99. Antoni Font, et al. Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología [Internet]. 2004; 1(2-3), 45-56.[Citado 2016 septiembre 25]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957645>.
100. Grau Abalo J, Llantá Abreu M, et al. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev Cubana Oncol [Internet] 1999; 15(1): 49-65. [Citado 2016 Septiembre 23]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm
- 101 Sapag, J. C., Lange, I., et al. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. (2010).

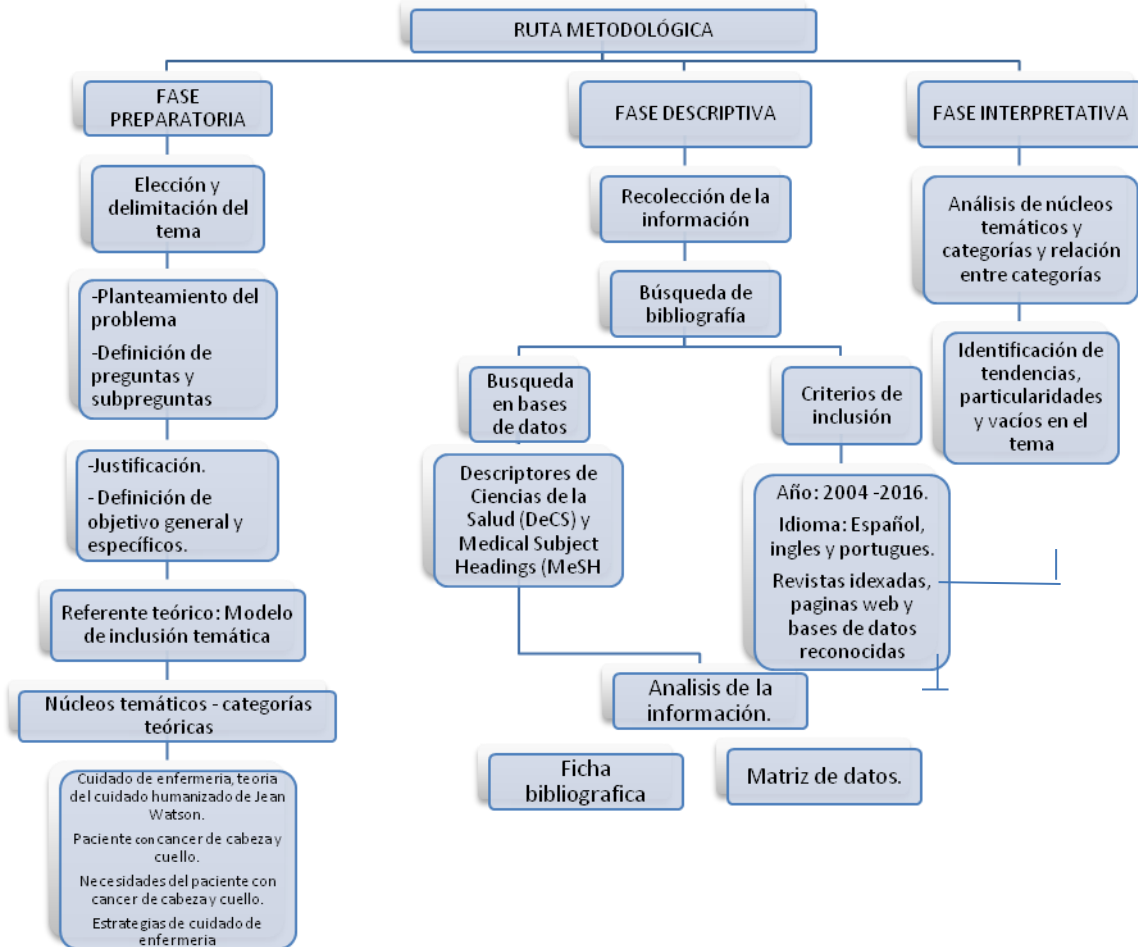
[Internet]. [citado 2016 agosto 03]. Disponible en:

<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi3gPGBs73PAhUEdx4KHbw6AqIQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielosp.org%2Fpdf%2Ffrsp%2Fv27n1%2F01.pdf&usq=AFQjCNE6CxbeltpnsfsPyojzcdd85pwxnA&bvm=bv.134495766,d.dmo>.

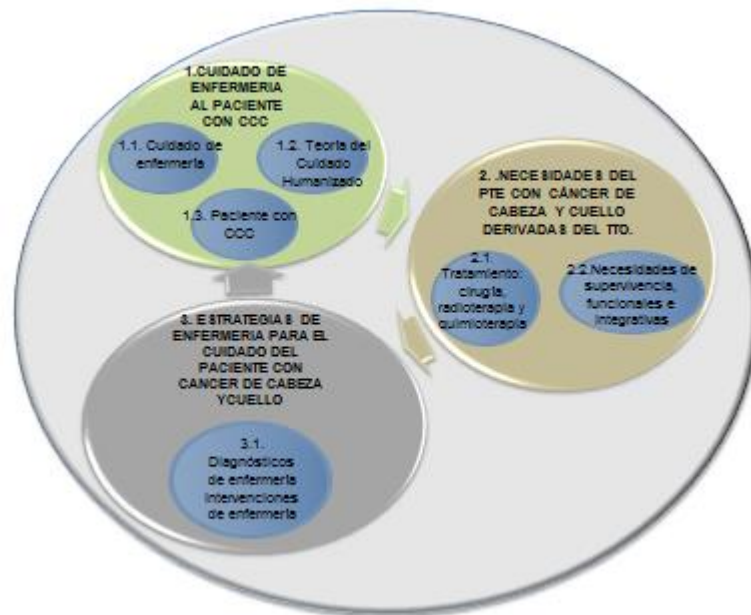
102. Intervenciones adaptadas al contexto cultural de cuidado. Basado en la NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications; Internet]. 2015-2017 [citado 2016 octubre 17]. Disponible en:
<http://www.nnnconsult.com.consultaremota.upb.edu.co/nic/5220/118/>

12. ANEXOS

ANEXO 1. RUTA METODOLOGICA



ANEXO 2. MODELO DE INCLUSION TEMATICA



REFERENTE TEORICO

ANEXO 3. FICHA BIBLIOGRAFICA

Localización: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000300002&script=sci_arttext&tlng=pt	Clasificación código Tto 14	N°13
Descripción:		
Urria M Eugenia, Jana A Alejandra, García V Marcela. ALGUNOS ASPECTOS ESENCIALES DEL PENSAMIENTO DE JEAN WATSON Y SU TEORÍA DE CUIDADOS TRANSPERSONALES. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Feb 28] ; 17(3) : 11-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=es . http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002 .		
Contenido: En este trabajo se realiza una síntesis del pensamiento de Jean Watson a partir de dos perspectivas fundamentales a saber: su filosofía de cuidados y su teoría de cuidados transpersonales. El análisis se centra, por una parte, en los fundamentos filosóficos del cuidado que derivan del existencialismo y de la teoría de la alteridad levinasiana y, por otra, en los 10 factores de cuidado que caracterizan su teoría. El artículo además rescata aspectos de la utilización de su teoría de cuidados en diferentes contextos de enfermería. Las autoras del artículo valoran el significado y trascendencia de cada uno de ellos para la disciplina, y la oportunidad que supone aplicarlos en la praxis del trabajo cotidiano y en el desarrollo de una vida buena.	Palabras clave Filosofía en Enfermería Jean Watson	
Observaciones: Año 2011		
Tipo de ficha: Textual		
Elaborada por: Karen Yusti		

ANEXO 4. MATRIZ DE ANALISIS

BASE DE DATOS	TIPO DE TEXTO	TITULO	AUTOR	IDIOMA	PAIS	AÑO	DISCIPLINA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	PALABRAS CLAVES	RESUMEN
PUBMED	Artículo de revista	Advanced practice nursing in head and neck cancer: implementation of five roles.	Scarpa R.	Inglés	Estados Unidos	2004	Enfermería	CUIDADO DE ENFERMERIA	ROL DE ENFERMERA	Funciones de enfermería. Cáncer de cabeza y cuello. Cuidados de enfermería	En este documento se aplican las cinco funciones de las enfermeras (administrador, educador, asistente, investigador y consultor) para el tratamiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. La enfermera evalúa, conceptualiza y analiza datos complejos de pacientes. Promueve el desarrollo y la aplicación de técnicas de supervivencia de los pacientes. Estas funciones se integran en un centro de recursos para el cuidado de paciente con cáncer.
PUBMED	Artículo de revista	A supportive nursing care clinic: conceptions of patients with head and neck cancer	Larsson M1	Inglés	Europa	2006	Enfermería	ESTRATEGIA DE CUIDADO	ROL DE ENFERMERA	Consulta de enfermería. Cuidados de enfermería. Clínica de enfermería. Cáncer Cabeza y cuello. Alteraciones alimenticias	Este estudio concierne a cómo se perciben las alteraciones alimenticias concibiendo la importancia de unos cuidados de enfermería antes, durante y después de la finalización de la radioterapia. El estudio se realizó llevando a cabo un diálogo abierto con 12 pacientes tratados con radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello. Los resultados mostraron que la consulta de enfermería podría cumplir con las necesidades de paciente con cáncer de cabeza y cuello, siendo especialmente importante el
PUBMED	Artículo de revista	A study to evaluate nurse-led on-treatment review for patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer	Sharp	Inglés	Europa	2007	Enfermería	NECESIDADES TRATAMIENTO	RADIOTERAPIA	Papel de enfermería Cuidados de enfermería. Clínica de enfermería efectos secundarios de la Radioterapia Cáncer Cabeza y cuello.	Este estudio realiza un comparativo de la consulta de enfermería vs la consulta médica con respecto a la satisfacción de las múltiples necesidades que presenta esta población. Encontrando mayor satisfacción en los paciente atendidos por enfermeras especialistas, principalmente en el manejo de las complicaciones secundarias a la radioterapia.
PUBMED	Artículo de revista	Bridging gaps in multidisciplinary head and neck cancer care: nursing coordination and case management	Page J a	Inglés	Estados Unidos	2007	Enfermería	NECESIDADES TRATAMIENTO	NECESIDADES INTEGRATIVAS	Cuidados de enfermería. Clínica de enfermería. efectos secundarios del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello.	Los pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello cáncer presentan múltiples complicaciones tanto físicas como psicosociales no solo por ser un tumor maligno que amenaza la vida, sino también por el régimen terapéutico complejo que puede afectar su apariencia estética y la capacidad de hablar, respirar y tragar. Estos pacientes se benefician de la interacción coordinada de un equipo multidisciplinario de especialistas y un plan integral de atención para hacer frente a sus problemas físicos y psicosociales, gestionar toxicidades relacionadas con el tratamiento, y evitar o limitar las comorbilidades a largo plazo que afectan la calidad relacionada con la salud de la vida. En este artículo se estudia la importancia de una enfermera coordinadora para el tratamiento y la satisfacción de las múltiples necesidades del paciente con cáncer de cabeza y cuello.