



Autocuidado en pacientes con tumores de cabeza y cuello en tratamiento de quimio-radioterapia

Self-care in patients with head and neck tumors undergoing chemo-radiotherapy

Norelis del Carmen Salas Marimón

<https://orcid.org/0000-0002-8802-2460>

Secundina Cárdenas

<https://orcid.org/0000-0002-1432-0342>

Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela

<http://doi.org/10.62349/revistauno.v.3i4.15>

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es describir la información sobre autocuidado que tienen los pacientes con tumores de cabeza y cuello que reciben tratamiento de quimio-radioterapia concurrente en el Servicio de Radioterapia Oncológica. Es una investigación descriptiva con un diseño de campo, transversal, contemporáneo y univariable. La muestra no probabilística en este estudio fue de 15 pacientes con tumores de cabeza y cuello. Se obtuvo como resultado que un porcentaje mayoritario de los pacientes encuestados carecen de información acerca de las conductas de afrontamiento que deben realizar ante las complicaciones orales derivadas del tratamiento oncológico como la mucositis, xerostomía, alteración del gusto, alteración nutricional y disfagia. Se concluye que los pacientes presentan déficit de información sobre el autocuidado para disminuir las complicaciones derivadas del tratamiento de quimio-radioterapia. La falta de información tiene un impacto negativo en la evolución del paciente.

Palabras clave: Cáncer de cabeza y cuello, Autocuidado, tratamiento, quimioterapia, radioterapia.

ABSTRACT

The objective of this article is to describe the information on self-care that patients with head and neck tumors who receive concurrent chemoradiotherapy treatment in the Radiotherapy Oncology Service have. It is a descriptive research with a field, cross-sectional, contemporary and univariable design. The non-probabilistic sample in this study was 15 patients with head and neck tumors. The result was that a majority of the patients surveyed lacked information about the coping behaviors they should perform in the face of oral complications derived from oncological treatment such as mucositis, xerostomia, taste alteration, nutritional alteration and dysphagia. It is concluded that patients present a lack of information about self-care to reduce complications derived from chemo-radiotherapy treatment. The lack of information has a negative impact on the patient's evolution.

Palabras clave: Head and neck cancer, Self-care, treatment, chemotherapy, radiotherapy.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

<https://revistauno.org>

Correspondencia del autor
norelissalas1@hotmail.com
cundicg@yahoo.com

- **Recibido:** 11 de octubre de 2022
- **Arbitrado:** 28 de octubre de 2022
- **Aceptado:** 8 de enero de 2023
- **Publicado:** 1 de febrero de 2023

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un problema de salud pública en el mundo, representa la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares con una incidencia de 300 nuevos casos por cada 100.000 habitantes y con un porcentaje de mortalidad de 50% de los pacientes (Tirado y Granados, 2007)

En Venezuela las estadísticas no son diferentes, el Ministerio Popular para la Salud (MPPS) en su anuario del 2014 refleja una situación similar, con 24.199 casos de muertes, representando la segunda causa de mortalidad, solamente precedido de las enfermedades del corazón (Ministerio Popular Para la Salud, 2015).

La diversidad de los factores etiológicos de las neoplasias se corresponde con la gran variedad de cánceres y la terminología que se emplea deriva de las células o tejidos donde se originan y del lugar u órganos que se vean afectados por la proliferación incontrolada de células, dentro de esta denominación se encuentran los tumores que afectan los órganos de la vía aero-digestiva (García-García y Bascones Martínez, 2009)

Las neoplasias se caracterizan porque las células son capaces de iniciar un proceso de transformación que la hace diferente a su entorno y esta diferenciación no permite que logre cumplir con su función; una neoplasia representa una masa anormal de tejido cuyo crecimiento es típico con el resto de tejidos del organismo (Tirado y Granados, 2007). Estas células tienen además la capacidad de invadir los tejidos adyacentes y generar lesiones secundarias en diversos órganos o tejidos.

La definición de tumores de cabeza y cuello o tracto aero-digestivo superior, supone un agrupamiento, no sólo por su localización anatómica, sino porque existen elementos compartidos como etiología, factores de riesgos, epidemiología, histología, manifestaciones clínicas, procedimientos diagnósticos, tratamientos que caracterizan y distinguen esta entidad patológica (García-García y Bascones Martínez, 2009)

Las neoplasias que afectan estructuras de cabeza y cuello poseen diversas clasificaciones, sin embargo, una de las más aceptada es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación internacional de enfermedades para oncología, incluye a las siguientes localizaciones para los tumores de cabeza y cuello: labios, cavidad oral, faringe, laringe, glándulas salivales, fosas nasales y senos paranasales (Tirado y Granados, 2007) (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Debido a las características de los tumores de cabeza y cuello, se requiere un abordaje complejo en el cual participa el equipo multidisciplinario de la salud, para dar respuestas a las actividades de detección precoz, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, donde se proporciona orientación al paciente y al familiar durante el proceso de enfermedad y las modalidades terapéuticas, con el objetivo de disminuir el impacto y severidad de las complicaciones.

Dos de las herramientas terapéuticas combinadas ampliamente en los tumores de cabeza y cuello son la radioterapia y quimioterapia, que pueden producir efectos tóxicos aditivos, tanto en las células neoplásicas como en las células del tejido sano. Los efectos secundarios además de estar determinados por los tratamientos utilizados se caracterizan por la zona en donde se desarrolle la

neoplasia (Wong, 2006), las complicaciones que derivan de los tratamientos oncológicos en los pacientes que padecen dichos tumores, interfieren de manera importante con la calidad de vida y tolerancia a los mismos, lo que se traduce en abandono de los tratamientos de manera temporal hasta mejorar la sintomatología o de manera definitiva.

El objetivo principal de los tratamientos oncológicos es controlar y curar la enfermedad; al eliminar la neoplasia se le brinda al paciente años de sobrevida libre de enfermedad y calidad de vida. El abandono o retraso de los esquemas establecidos ponen en riesgo el cumplimiento de dicho objetivo, debido a que disminuye la tasa de efectividad de los tratamientos.

Los efectos secundarios que se derivan de la concurrencia de la quimio-radioterapia que se presentan con mayor frecuencia son: dermatitis, mucositis, disfagia, infecciones, xerostomía, disfunción del sentido del gusto y dolor. Estas complicaciones pueden producir a su vez situaciones clínicas como la deshidratación y desnutrición, que conlleva a un empeoramiento de las condiciones de los pacientes durante el tratamiento del cáncer (Wong, 2006)

La mucositis oral se conoce como aquella alteración que surge como complicación del tratamiento antineoplásico que puede aparecer durante y después de los tratamientos administrados para el cáncer. Su origen es consecuencia de los efectos citotóxicos de la quimioterapia y/o los efectos locales de la radiación sobre la mucosa oral y que se manifiesta como eritema o ulceraciones. Comienza con la sensación de quemazón en la cavidad oral que progresivamente va tornándose eritematosa ocasionando una dificultad en la ingesta de sólidos; más tarde, cuando el grado de afectación sobre la mucosa oral aumenta puede llegar a impedir también la ingesta de líquido (Toral Peña, 2017; Portillo y Fernández, 2006; Verdu et al. 2002)

La radioterapia en la cabeza, la cara o el cuello también puede provocar sequedad en la boca o Xerostomía; después de finalizada la radioterapia, las glándulas salivales pueden demorar seis meses o más para comenzar a producir saliva nuevamente (Portillo y Fernández, 2006)

La disfunción del sentido del gusto por cambios en la percepción de los sabores ocurre en el 30% al 60% de los pacientes bajo tratamiento de quimio y radioterapia [8, 9]. Los trastornos del gusto pueden manifestarse como ausencia del gusto, disminución de la sensibilidad (hipogeusia); incremento de la sensibilidad para alguno o todos los sabores (hipergeusia) o distorsión del sabor normal (disgeusia) (Welge-Lüssen y Gudziol, 2004).

Los cambios en la percepción y reconocimiento de los sabores cobran importancia clínica en el paciente oncológico, porque además de afectar en su calidad de vida, (Verdu et al., 2002; Yamashita et al., 2006) es uno de los principales factores de modificación de los hábitos alimentarios y de la anorexia, lo cual coadyuva con la pérdida de peso, la desnutrición y el deterioro físico del paciente con cáncer.

Otra consecuencia por el tratamiento oncológico es la disfagia, que se conoce como la dificultad para la deglución, el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Este trastorno puede ocasionar la mala nutrición al interferir con la ingesta, y también puede dar lugar a deshidratación, aspiración hacia la vía respiratoria o incluso la muerte por ahogamiento (Verdu et al., 2002; Yamashita et al., 2006; Welge-Lüssen y Gudziol, 2004).

Adicionalmente a estos efectos adversos, se ve afectada la esfera emocional de la persona enferma, caracterizada por el aislamiento social, depresión y ansiedad que potencian la sintomatología, estos factores comprometen el desarrollo de la vida cotidiana del individuo acentuando un comportamiento limitativo social (Portillo y Fernández, 2006; Verdu et al., 2002).

Para disminuir las situaciones de riesgo es necesario participación activa del paciente, la cual se basa en el conocimiento e información que posea acerca del tratamiento, los efectos secundarios y los cuidados para el afrontamiento de la dificultad impuesta por la enfermedad y las complicaciones de la terapéutica (Páez, 2008; Silva y Pontífice Sousa, 2015; García, 2012). El conocimiento que obtenga el paciente, posee una estrecha relación con la cantidad y calidad de información que le proporcione el equipo de salud para contribuir a construir su autocuidado.

La comprensión de los efectos secundarios, así como la identificación precoz de los cuidados de soporte disminuyen las complicaciones agudas, que a su vez reducen la suspensión innecesaria del tratamiento debido a que el paciente es capaz de ejecutar cuidados oportunos generando tranquilidad y minimizando la ansiedad durante el proceso. De esta manera, se garantiza la continuidad del tratamiento, con efectos secundarios esperados y tolerados, tomando como herramientas la comunicación terapéutica (Portillo y Fernández, 2006).

Los profesionales de enfermería debido al contacto directo que mantienen con el paciente y su familia pueden intervenir durante el tratamiento mediante la educación, su participación esta está dirigida a proporcionar la información y enseñar sobre los cuidados que debe ejecutar el paciente que se encuentra en el protocolo de quimio-radioterapia concurrente con tumores de cabeza y cuello.

El autocuidado permite la intervención del individuo y su grupo de apoyo en la medida en la que identifica las necesidades y efectos secundarios brindando empoderamiento y el manejo adecuado del régimen terapéutico, lo que se verá reflejado en el mejoramiento de la calidad de vida (Páez, 2008).

Esto hace necesario que el paciente posea la información oportuna que le permita identificar los cuidados que disminuyen la incidencia de las complicaciones, lo que permitirá desarrollar un protocolo que describa de manera adecuada los efectos secundarios, medidas de soporte y evolución de la enfermedad, promoviendo el derecho y la responsabilidad de la persona enferma de cuidarse a sí misma (Silva y Pontífice Sousa, 2015; García, 2012).

Como resultado, el paciente es capaz de entender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; reconocer una nueva imagen corporal y su estado actual de salud, de esta manera es capaz de convertirse en gestor de su cuidado propio para fortalecer el auto concepto o aprender a vivir con la patología.

Es por ello, que el autocuidado se puede concebir como constructo que se usa de manera amplia en la profesión de enfermería y que tiene inherencia en la educación del paciente donde se le garantiza el mantenimiento de su vida, salud y bienestar (Verdu et al., 2002; Yamashita et al., 2006)

Es aplicable en todos los aspectos del cuidado, incluido los pacientes oncológicos, que tienen la necesidad de reconocer y manejar la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan con la enfermedad, cambios sociales y económicos.

La relación establecida entre el profesional de enfermería y el paciente, debe estar basada en el conocimiento especializado, cuidado continuo, desempeño del rol de educador y las herramientas propias de la empatía; que permiten la orientación de manera que la persona enferma sea capaz de ejecutar el autocuidado ante las situaciones que se derivan de la concurrencia de quimio-radioterapia para mejorar el bienestar físico, psicológico y su calidad de vida (García, 2012).

El autocuidado permite que el paciente oncológico mejore el afrontamiento a la terapéutica a través del reconocimiento temprano de los síntomas que se presentan durante el tratamiento lo que se traduce en la aplicación de cuidados oportunos y continuos, además aumenta la autonomía y el bienestar del paciente y la familia durante el proceso. El resultado se evidencia en la disminución en la morbilidad asociada a los tratamientos del cáncer, lo que lleva a un aumento de la calidad de vida y mejores tasas de respuestas.

Los profesionales de enfermería debido al contacto directo que mantienen con el paciente y su familia pueden intervenir durante el tratamiento mediante la educación. Estas actividades educativas permiten que el paciente en tratamiento ejerza el autocuidado, descrito como el cuidado propio que comprende una función regulatoria que los individuos desarrollan deliberadamente para resguardar requerimientos vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente (Páez, 2008).

El autocuidado permite la intervención del individuo y su grupo de apoyo en la medida en la que identifica las necesidades y efectos secundarios brindando empoderamiento y el manejo adecuado del régimen terapéutico, lo que se verá reflejado en el mejoramiento de la calidad de vida (Verdu et al., 2002; Silva y Pontífice Sousa, 2015)

Es por ello que el autocuidado se puede concebir como constructo que se usa de manera amplia en la profesión de enfermería, es aplicable en todos los aspectos del cuidado, incluido los pacientes oncológicos, que tienen la necesidad de reconocer y manejar la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan con la enfermedad, cambios sociales y económicos de manera que creen un mínimo estrés debido a la adquisición de respuestas adaptativas (Páez, 2008)

Los pacientes con tumores de cabeza y cuello reciben tratamiento en unidades especializadas de quimioterapia y radioterapia oncológica, presentan complicaciones que evolucionan rápidamente a mayor severidad durante el transcurso del tratamiento comprometiendo la calidad de vida y que en un 50% de los casos requiere la interrupción del tratamiento (García, 2012)

De acuerdo a lo expuesto el objetivo de la investigación fue describir la información sobre autocuidado que tienen los pacientes con tumores de cabeza y cuello que reciben quimio-radioterapia concurrente en una unidad de radioterapia

METODO

Es una investigación descriptiva con un diseño de campo, transversal, contemporáneo y univariable. La muestra no probabilística en este estudio fue de 15 pacientes con tumores de cabeza y cuello. Como criterios de inclusión para formar parte de la muestra se consideró que el paciente se encuentre en tratamiento de quimio-radioterapia en la unidad de radioterapia en el periodo del cuarto cuatrimestre de 2018, que hayan firmado el consentimiento informado, para consentir formar parte de la investigación. Como criterio de exclusión fue que el paciente que abandone el tratamiento por un período mayor de cuatro semanas.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas, se le determinó la validez a través del juicio de expertos y la confiabilidad fue alta.

El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva, los datos se presentan en tablas y sus respectivos gráficos.

La variable es información acerca de los autocuidados que deben realizar los pacientes con cáncer en la cabeza y/o cuello, en tratamiento de quimio y radioterapia. Esta información hace referencia al afrontamiento ante la mucositis, xerostomía, alteración del gusto y alteración nutricional y disfagia (Zacarias, 2006; Hidalgo y Chávez, 2011).

RESULTADOS

Mucositis: Los autocuidados que debe realizar el paciente con quimioterapia para atender la aparición de mucositis son: higiene oral de forma constante cada vez que se realiza la ingesta de sólidos o líquidos, uso de cepillos de dientes de cerdas suaves, uso del enjuague bucal, uso de la solución wonder, realización de gargarismos. Los resultados acerca de la información que poseen los pacientes acerca de la mucositis se resumen en la tabla y gráfico 1

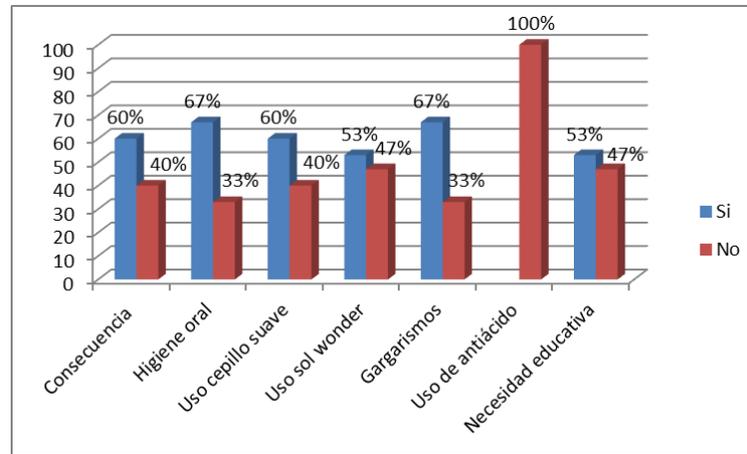
Tabla 1.

Información de los autocuidados de la mucositis.

Ítem	Si	No
Consecuencia de la mucositis	60%	40%
Higiene oral	67%	33%
Uso cepillo suave	60%	40%
Uso sol wonder	53%	47%
Gargarismos	67%	33%
Uso de antiácido	-	100%
Necesidad educación	53%	47%

Gráfico 1.

Información de autocuidados de la mucositis



El 60% de los pacientes de la muestra conocen que la mucositis o laceraciones en el tejido de la boca son una complicación del tratamiento que recibe de quimioterapia en concurrencia con radioterapia, el 40% no conocen de esta consecuencia.

Con respecto a los autocuidados el 67% conoce el papel de la higiene oral, el 60% están informados en la necesidad de usar un cepillo dental suave para evitar daño en la se encías. El 53% conoce la existencia de la solución wonder; el 67% están informados de la necesidad de realizar gargarismos. Ninguno de los pacientes de la muestra tiene conocimiento acerca del uso del antiácido para tratar las laceraciones bucales.

El 53% están de acuerdo en recibir información para los autocuidados de la mucositis, el otro 47% no considera que deban recibir información.

Xerostomía

La quimioterapia y la radioterapia provocan sequedad en la boca, o xerostomía, al dañar las glándulas salivales. La quimioterapia provoca sequedad en la boca al tornar la saliva más espesa. En la tabla y gráfico 2 se resumen los resultados del conocimiento que tienen los pacientes acerca de los autocuidados para afrontar la xerostomía.

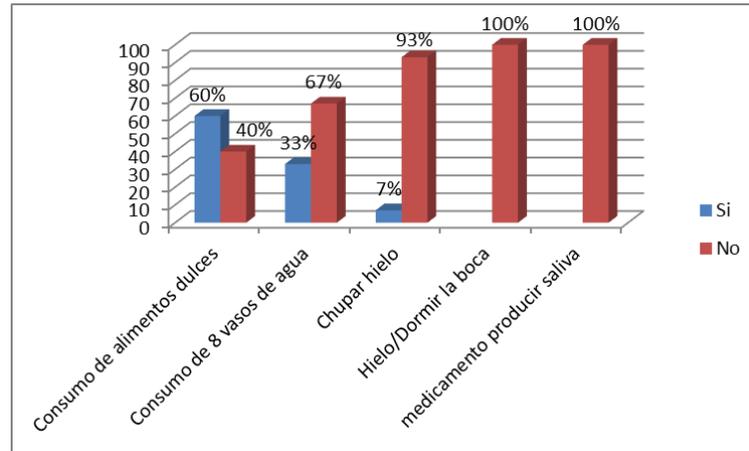
Tabla 2.

Información sobre autocuidados de la xerostomía

	Si	No
Consumo de alimentos dulces	60%	40%
Consumo de 8 vasos de agua	33%	67%
Chupar hielo	7%	93%
Hielo/Dormir la boca	-	100%
medicamento producir saliva	-	100%

Gráfico 2.

Información sobre autocuidados de la xerostomía



El 60% de los pacientes conocen que el consumo de caramelos o alimentos dulces aumenta la producción de saliva. Solo el 33% conoce que debe beber por lo menos 8 vasos de agua, el 67% no posee esta información.

El 93 % de los pacientes de la muestra no conocen que chupar el hielo los ayudaría a disminuir los síntomas de la xerostomía.

El 100% desconoce que existen medicamentos que aumentan la producción de saliva y que el hielo puede dormir la boca.

Alteración del gusto (hipogeusia, hipergeusia o disgeusia)

La alteración del gusto es una condición muy frecuente en pacientes con tratamiento oncológico, por lo cual el paciente debe tener información acerca de los autocuidados que pueda proporcionarse. Las alternativas y conocimiento que tienen los pacientes al considerar los trastornos del gusto se refieren a continuación en la tabla y grafico 3.

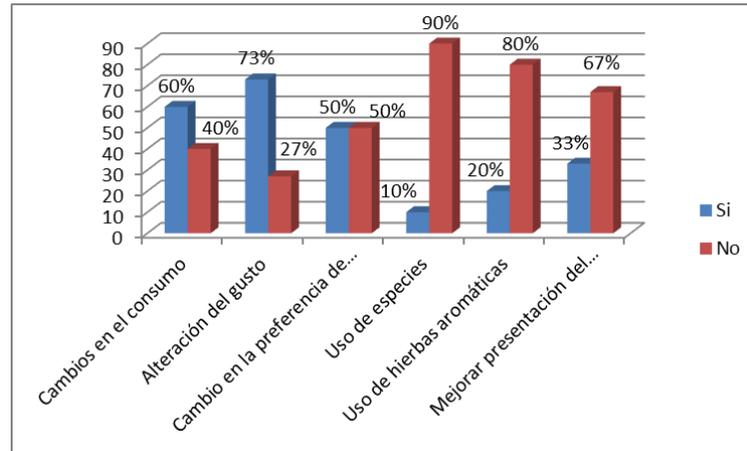
Tabla 3.

Información sobre autocuidados en la alteración del gusto

	Si	No
Cambios en el consumo	60%	40%
Alteración del gusto	73%	27%
Cambio en la preferencia de alimentos	50%	50%
Uso de especias	10%	90%
Uso de hierbas aromáticas	20%	80%
Mejorar presentación del alimento	33%	67%

Gráfico 3.

Información sobre autocuidados en la alteración del gusto



El 60% de los pacientes reporta que ha tenido cambios en el consumo de sus alimentos, el 40% no ha presentado cambios; el 73% manifiesta alteración en el gusto, el 27% no manifiesta alteración. La mitad de la muestra ha experimentado cambios en la preferencia de alimentos. Solo el 10% utiliza especias y 20% usa hierbas aromáticas para aderezar sus alimentos. El 33% reporta que ha tratado de mejorar el atractivo de sus comidas a través de la presentación, el 67% no mejora la presentación de sus platos.

Alteración nutricional y disfagia

La dificultad para ingerir alimentos, puede aumentar en el transcurso del tratamiento causando pérdida de peso lo que altera su estado nutricional y con ello la tolerancia a los tratamientos, es por ello prioritario que el paciente posea información acerca de la ingesta de ingiera proteínas, calorías y líquidos para que su organismo logre el equilibrio necesario para culminar los tratamientos sin interrupciones.

Los resultados acerca de la información de los autocuidados en alteración nutricional y disfagia en la tabla y gráfico 4.

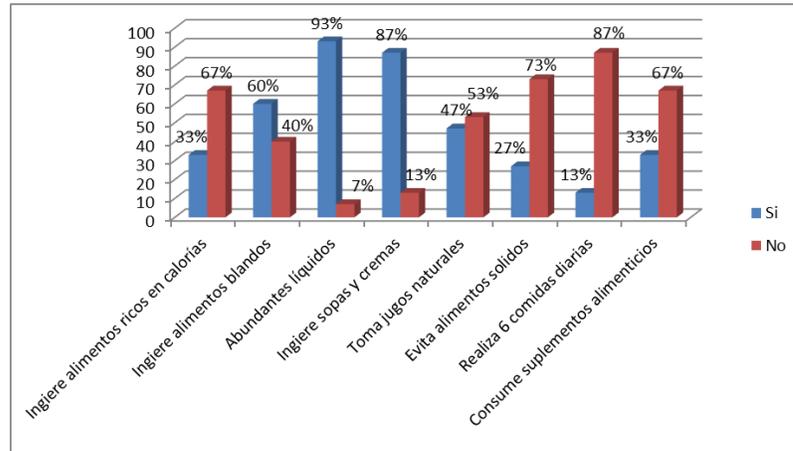
Tabla 4.

Información sobre autocuidados de alteración nutricional y disfagia

	Si	No
Ingiere alimentos ricos en calorías	33%	67%
Ingiere alimentos blandos	60%	40%
Abundantes líquidos	93%	7%
Ingiere sopas y cremas	87%	13%
Toma jugos naturales	47%	53%
Evita alimentos solidos	27%	73%
Realiza 6 comidas diarias	13%	87%
Consume suplementos alimenticios	33%	67%

Gráfico 4.

Información sobre autocuidados de alteración nutricional y disfagia



El 67% de los pacientes no ingiere alimentos ricos en calorías, el 33% si los ingiere; el 60% ingiere alimentos blandos, el 40% no lo hace; el 93% consume abundantes líquidos; el 87% consume sopas y cremas. El 47% consume jugo de frutas el 53% no lo consume. El 27% evita la ingesta de alimentos sólidos, el 73% no los evita. Solo el 13% realiza 6 comidas al día el 87% no lo hace. El 67% no consume suplementos alimenticios el 33% si los consume.

En cuanto la información que poseen los pacientes sobre los cuidados que deben realizar al presentar complicaciones orales: alteración nutricional y disfagia. la mayoría responde de forma correcta a la medida de consumir abundantes líquidos, proteínas, sopas y cremas no obstante se evidencian carencias de información acerca de acciones de cuidado como la conveniencia del consumo de pequeñas porciones de alimentos varias veces al día y el consumo de suplementos nutricionales, alimentos hipercalóricos y jugos naturales.

DISCUSIÓN

Los tumores de cabeza y cuello comprenden un grupo heterogéneo de tumores malignos que se originan a partir de todas las estructuras situadas por encima de la clavícula, con excepción del encéfalo, la médula espinal, la base del cráneo y la piel (García, 2012). Como toda neoplasia poseen la capacidad de afectar de manera considerable el bienestar físico, psicológico y la calidad de vida de los pacientes. El abordaje terapéutico de este grupo de tumores, se basa en la concurrencia de quimio-radioterapia, cuyo objetivo fundamental es la eliminación completa del tumor con disminución de la probabilidad metástasis y la conservación de la funcionalidad de las estructuras afectadas lo que le permite al paciente reincorporarse a sus actividades cotidianas (Casito y Territo, 2010).

Los resultados arrojados en la presente investigación destacan el déficit de información sobre el autocuidado que poseen los pacientes que conformaron la muestra que reciben tratamiento de quimio-radioterapia concurrente en tumores de cabeza y cuello.

Las carencias en el conocimiento en relación a las consecuencias y las medidas para su afrontamiento del tratamiento oncológico ocasionan que los pacientes tengan mayores complicaciones asociadas al tratamiento y una percepción negativa acerca su calidad de vida. Esto puede generar temor y ansiedad e incluso abandono del tratamiento. Al respecto García (2012) en investigación presentada ante la Universidad de Zaragoza describe los efectos secundarios de la radioterapia en tejidos sanos en tumores de cabeza cuello e incluye el autocuidado como una herramienta para la cobertura de problemas suponiendo un aporte esencial para la elaboración de protocolos de autocuidado.

Los efectos secundarios son inherentes de los tratamientos oncológicos y afectan de forma integral al enfermo, de tal manera que la tolerancia de ellos supone un factor predictivo de los resultados de los protocolos oncológicos. Para el manejo de las toxicidades es necesario que el paciente los conozca y sea capaz de ejecutar cuidados oportunos y sustentados en bases teóricas proporcionados por los profesionales de salud.

La educación al paciente es un eslabón importante en la atención de enfermería; en estudios de pacientes sometidos a radioterapia destacan que cuando los pacientes tienen mayor conocimiento del proceso que están viviendo, se sienten mentalmente preparados para recibir el tratamiento y tienen una disminución significativa de la ansiedad cuando se les instruye, de manera específica, concreta y objetiva sobre el procedimiento terapéutico, efectos secundarios del mismo y manejo de los síntomas, lo que contribuye a mejor la calidad de vida (Zacarias, 2006).

Lo anteriormente planteado destaca la importancia de autocuidado como estrategia que les permite a los pacientes empoderarse y poder ser partícipes en su proceso de cuidado a través del manejo de conocimientos teóricos y prácticos. El autocuidado es un concepto amplio que ha evolucionado a lo largo de los tiempos y está asociado a principios éticos como la autonomía e incluye independencia y responsabilidad del individuo, esto abarca las actividades llevadas a cabo de manera independiente por la persona, siendo este un comportamiento aprendido que mantiene permite integridad de la persona (Casito y Territo, 2010).

Como todo proceso de cuidado necesita una base teórica, Dorotea Orem describió las características de esta propuesta y su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Desarrolló la teoría basada en las necesidades humanas los cuales presentan requisitos de autocuidado universales, haciendo énfasis en las necesidades que permiten preservar la funcionalidad de la persona; describió el autocuidado como la demanda que surge cuando la persona enferma puede llevar a cabo por sí mismo su cuidado (Páez, 2008; Hidalgo y Chávez, 2011).

Los resultados del conocimiento acerca de la mucositis coinciden con los encontrados en las investigaciones que muestran que los pacientes oncológicos en tratamiento tienen algún afrontamiento, pero deben ser atendidos de manera más específica para aumentar su confianza en el manejo de las dolencias en la mucosa bucal, lengua y faringe (Hidalgo y Chávez, 2011; Muñoz y Urquiza, 2014). Para atender la xerostomía los pacientes recurren a chupar caramelos y no conocen otras formas de atender la sequedad en la boca, este resultado es coincidente con el encontrado por diversos estudios (Yamashita et al., 2006). La alteración del gusto y la alteración nutricional se

reducen a consumir una dieta líquida con la ingesta abundante de agua y alimentos licuados, esto coincide con los resultados que reportan autores (Hidalgo y Chávez, 2011).

CONCLUSION

El autocuidado desempeña un papel fundamental en el manejo de pacientes con tumores de cabeza y cuello que se encuentran en tratamiento de quimio-radioterapia. Durante este proceso, los pacientes enfrentan una serie de desafíos físicos, emocionales y sociales que requieren una atención integral. El autocuidado se refiere a la capacidad de los pacientes para tomar medidas activas en el cuidado de su salud, promoviendo su bienestar general y mejorando su calidad de vida.

La implementación de estrategias de autocuidado adecuadas puede ayudar a minimizar los efectos secundarios del tratamiento, como la mucositis, la disfagia, la fatiga y la depresión. Estas estrategias pueden incluir una dieta equilibrada y nutritiva, la hidratación adecuada, la práctica de ejercicios físicos suaves, el manejo del estrés y la participación en actividades de apoyo emocional, como grupos de terapia de apoyo o terapia individual. Además, es importante mantener una buena higiene oral y seguir las pautas médicas y de seguimiento recomendadas.

Es cierto que la falta de información puede tener un impacto negativo en la evolución del paciente. Cuando los pacientes no reciben la información adecuada sobre su condición médica, su tratamiento y las medidas de autocuidado necesarias, pueden experimentar confusiones, ansiedad y dificultades para tomar decisiones informadas sobre su atención.

La falta de información puede llevar a malentendidos sobre los procedimientos médicos, los efectos secundarios del tratamiento y las pautas de autocuidado. Esto puede resultar en una falta de adherencia al tratamiento, una gestión inadecuada de los síntomas y una menor calidad de vida.

Por otro lado, cuando los pacientes están bien informados sobre su condición y tratamiento, pueden participar de manera activa en su atención, tomar decisiones informadas y seguir las recomendaciones médicas de manera más efectiva. La información clara y comprensible les permite comprender mejor su situación, manejar los efectos secundarios y buscar el apoyo necesario.

Es fundamental que los profesionales de la salud brinden a los pacientes la educación y el apoyo necesarios para fomentar el autocuidado. Esto implica proporcionar información clara y comprensible sobre los efectos secundarios del tratamiento, así como enseñar técnicas de cuidado personal específicas. Los pacientes deben ser alentados a comunicarse abiertamente con su equipo médico y buscar ayuda cuando sea necesario.

REFERENCIAS

- Casito, D, y Territo, M. (2010). Manual de Oncología Clínica. (6a. ed.) Caracas: Wolters.
- García, B. (2012). Cuidados de enfermería en los efectos adversos de la radioterapia en los tumores de cabeza y cuello. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Facultad de Medicina. <http://invenio2.unizar.es/record/7238/files/TAZ-TFG-2012-076.pdf>

- García-García, V., y Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontostomatología, 25(5), 239-248.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002&lng=es.
- Hidalgo, D. P. y Chávez, R. D. (2011). Cuidados básicos en el hogar a las personas en tratamiento quimioterapéutico. Enfermería Actual en Costa Rica , (21), 1-16.
<https://www.redalyc.org/pdf/448/44821176003.pdf>
- Ministerio Popular Para la Salud. (2015). Anuario de Mortalidad 2014 [documento en línea]. Caracas: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Anuario-Mortalidad-2014.pdf>
- Muñoz, N., & Urquiza, T. (2014). Enseñanza de auto-cuidado en pacientes oncológicos (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería.). http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5762/munoz-noelia.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Datos y cifras sobre el cáncer.
www.who.int/cancer/about/facts/es/
- Páez, M. (2008). Aplicación de la teoría de Dorotea Oreen al cuidado del paciente oncológico. Colombia: Universidad Pontificia Javeriana. Facultad de Enfermería.
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis33.pdf>
- Portillo, L. y Fernández A. (2006). Efectos secundarios del Tratamiento en Pacientes Oncológicos. Boletín Fármaco terapéutico de Castilla-La Mancha; (4)
http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/vii_04_efectossecundariosoncologico.pdf
- Silva, J. y Pontífice Sousa, P. (2015). Estrategias para el autocuidado de las personas con cáncer que reciben quimioterapia/radioterapia y su relación con el bienestar. Enfermería Global, 14(37), 372-383.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100017&lng=es
- Tirado, L., y Granados, M. (2007). Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. Cancerología, 2(9), 9-17.
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1181662434.pdf>
- Toral Peña, J. C. (2017). Complicaciones debidas al tratamiento oncológico que afectan a la nutrición. Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico Capítulo XIV.
- Urdaneta, N. (2009). Radioterapia oncológica: enfoque multidisciplinario. Editorial Disinlimed. (2ª ed). Caracas.
- Verdu, J., Rotella, M., y López, A. (2002). Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. Mediaren. 12: 426-435: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n7/colabora.PDF>
- Welge-Lüssen, A. y Gudziol, H. (2004). Etiología, manejo diagnóstico y terapéutico de los trastornos del gusto. Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique , 61 (5), 302-307.

- Wong, R. y Malthaner, R. (2006). Quimioterapia y radioterapia combinadas (sin cirugía) versus radioterapia sola para el carcinoma de esófago localizado. *Cochrane Database Syst Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002092.pub2>
- Yamashita, H., Nakagawa, K., Nakamura, N., Abe, K., Asakage, T., Ohmoto, M., y Ohtomo, K. (2006). Relación entre el deterioro agudo y tardío de la irradiación de cuatro gustos básicos y el volumen de la lengua irradiada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Internacional de Oncología Radioterápica* Biología* Física* , 66 (5), 1422-1429. [https://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(06\)02764-7/pdf](https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(06)02764-7/pdf)
- Zacarias, C. (2006). Propuesta de protocolo de enfermería para la atención de pacientes con cáncer en cabeza y cuello tratados con quimioterapia y radioterapia en la Unidad de Radioterapia Oncológica GURV (Doctoral dissertation).