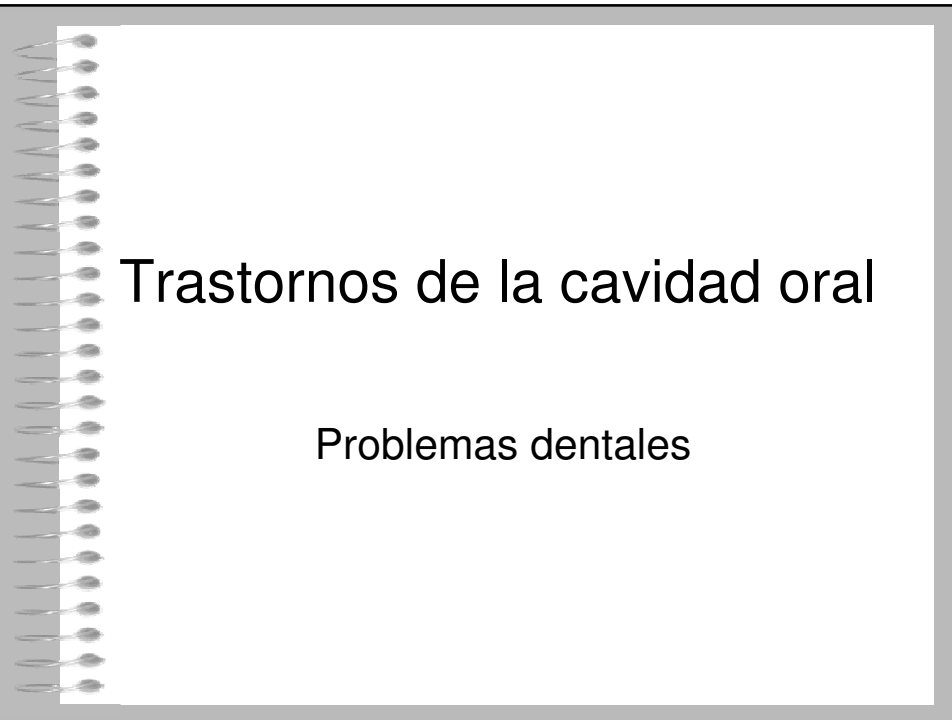


Referencias

- Sampel, M.: Cuidados de enfermería de los adultos con enfermedades bucales y esofágicas. En: Beare y Myers: *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid:Harcourt, 2000. Tercera edición. Volumen II; 49 : 1474-1495.
- Mclean, M.: Problemas del tracto gastrointestinal superior. En: Lewis, Heitkemper y Dirksen: *Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Elsevier, 2004. Sexta edición. Volumen II; 40: 1029-1046
- Swearingen, P: Trastornos de la boca y el esófago. En Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios. Barcelona: Elsevier Mosby 2008. Sexta edición. 7: 603-611

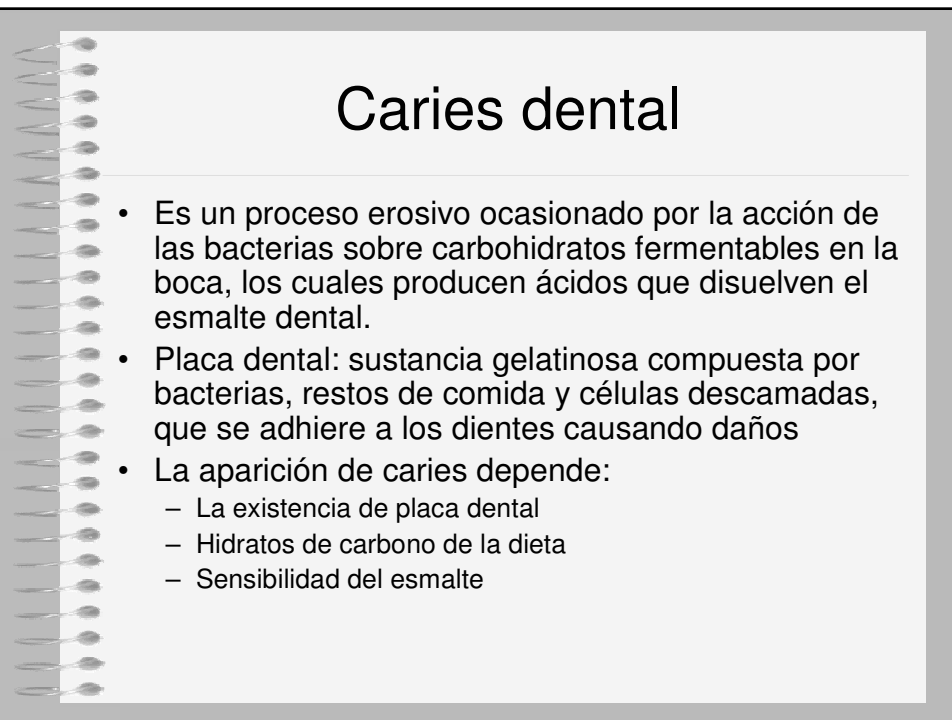
Trastornos de la cavidad oral

- Cualquier trastorno de la cavidad oral repercute, en mayor o menor grado, sobre la nutrición, al dificultar la masticación e incluso la deglución.
- Los trastornos esofágicos también pueden obstaculizar una nutrición adecuada.



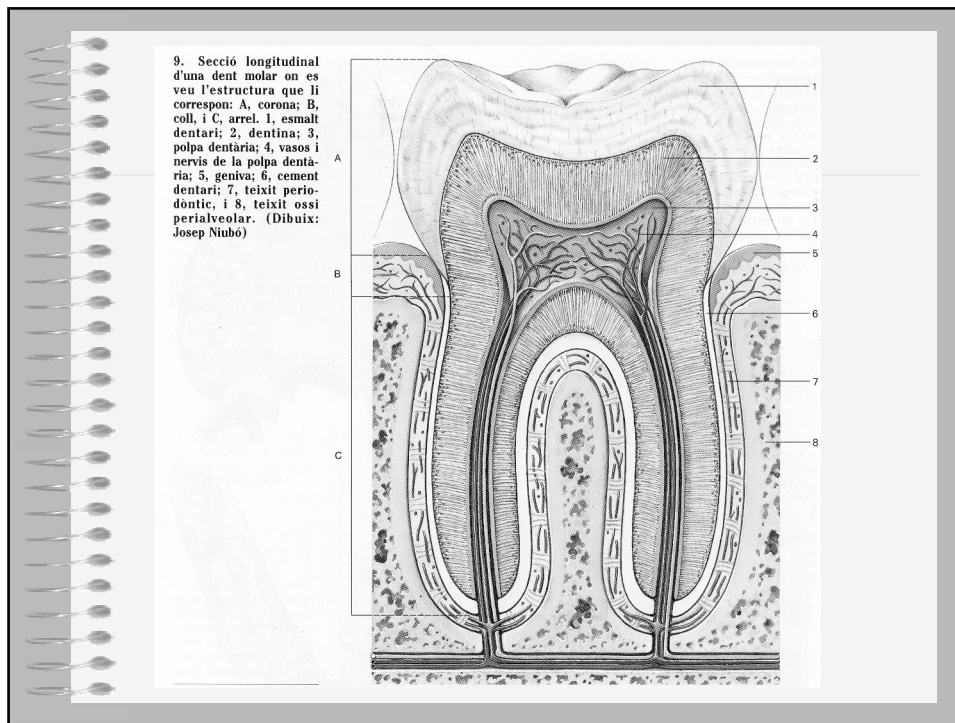
Trastornos de la cavidad oral

Problemas dentales



Caries dental

- Es un proceso erosivo ocasionado por la acción de las bacterias sobre carbohidratos fermentables en la boca, los cuales producen ácidos que disuelven el esmalte dental.
- Placa dental: sustancia gelatinosa compuesta por bacterias, restos de comida y células descamadas, que se adhiere a los dientes causando daños
- La aparición de caries depende:
 - La existencia de placa dental
 - Hidratos de carbono de la dieta
 - Sensibilidad del esmalte



Caries dental

- Manifestaciones clínicas:
 - Dolor local con la exposición a bebidas frías o calientes.
 - Abscesos causantes de dolor más grave y en ocasiones de edema facial.
 - Se detecta mediante examen clínico y rx

Abceso dental periapical

- Implica la acumulación de pus en el periostio dental apical (membrana que fija el diente a la mandíbula)
 - Ocasionado por la infección de caries
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Dolor continuo, penetrante y sordo
 - Acompañado de celulitis circundante, edema de estructuras faciales subyacentes y movilidad del diente afectado.
 - Dificultad para abrir la boca
 - Reacción general: fiebre y malestar general
- **Tratamiento:**
 - Instauración ATB
 - Cuando cede la reacción inflamatoria: extracción dentaria o tratamiento del conducto radicular afectado.

Enfermedad Periodontal

- Grupo de trastornos debidos a la acción de la placa bacteriana sobre los dientes, encías y hueso alveolar.
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Gingivitis: inflamación de la encía por acumulación de placa dental.
 - Cálculos (compuesto cemento) se acumulan en las hendiduras gingivales, acelerando la pérdida ósea y la caída del diente.
 - Hemorragias, tumefacción y dolor
 - Pus franco detrás del reborde gingival: piorrea.

Cuidados Enfermeros

- Higiene oral
 - Reducir placa dental
 - Asumir la responsabilidad higiene bucal paciente enfermo
- Nutrición
 - Reducir ingesta carbohidratos, ricos en sacarosa
 - Limitar ingesta entre comidas
- Recomendar el uso de Fluor
 - Estructura dental más resistente
 - Interfiere en el crecimiento bacteriano

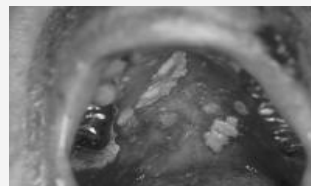
Trastornos de la cavidad oral

Problemas de la mucosa oral y
glándulas salivales

Estomatitis

- **Inflamación de la mucosa oral.**
- **Etiología:**
 - Traumatismos mecánicos: ortodoncia o prótesis mal ajustadas.
 - Irritantes orales: alcohol, tabaco
 - Tratamientos quimioterápicos y RT
 - Inmunodeficiencias
 - Insuficiencias nutricionales (Fe)
 - Virus, hongos
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Ardor, picor eritema
 - Úlceras rodeadas de un borde rojizo.
 - Agrietamiento comisura labios (sin úlceras).
 - Dolor
 - Dificultad para la masticación
- **Tratamiento y cuidados enfermeros:**
 - Aliviar el dolor
 - Curación lesiones: higiene oral, colutorios, alimentación blanda
 - Prevención de infecciones: antiviricos (acyclovir) antimicótico (Nistatina)

Mucositis



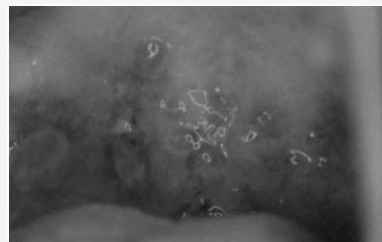
Oral Mucositis				
Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
None	Soreness ± erythema	Erythema, ulcers Patients can swallow solid diet	Ulcers, extensive erythema Patients cannot swallow solid diet	Mucositis to the extent that alimentation is not possible

Adapted from WHO oral toxicity scale

Herpes simple

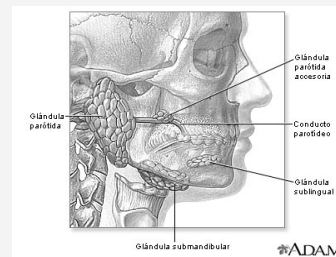
- Virus del herpes simple (tipo I) que se manifiesta por lesión labial.
- Manifestaciones clínicas:
 - Episodio febril agudo, malestar general, disfagia, inflamación de la boca.
 - Erupciones vesiculares en labios, mucosa bucal y paladar.
 - Dolor, quemazón y picor intenso
 - Muy contagiosas al contacto
- Tratamiento y cuidados enfermeros:
 - Analgésicos
 - Enjuagues con lidocaina 2% antes de las comidas
 - Acyclovir (agente antiviral sistémico) o pomada.

Herpes labial



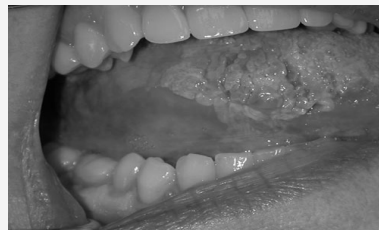
Parotiditis

- **Inflamación de las glándulas salivales parótidas.**
 - Enfermedad contagiosa en la niñez, causada por infección viral.
 - Ancianos y enfermos graves con deshidratación general: S.Aureus.
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Hinchazón, tensión y sensibilidad de la glándula parótida
 - Dolor en el oído
 - Dificultad para la deglución
- **Tratamiento y cuidados enfermeros:**
 - Higiene bucal adecuada
 - Hidratación
 - Analgésicos
 - Suspender, si posible, tratamientos que disminuyen la salivación (tranquilizantes, diuréticos)
 - Instaurar ATB



Carcinoma de la cavidad oral

- Se incluyen entre los cánceres de cabeza y cuello:
 - **Labios**
 - **La cavidad oral**
 - Mucosa oral
 - Encías
 - Paladar óseo
 - Lengua
 - Suelo de la boca
 - **Glándulas salivales**
 - **Orofaringe**
 - Amígdalas
 - Paladar blando
 - Base de la lengua



Carcinoma de la cavidad oral

- **Epidemiología:**
 - Representan el 10% de todas las neoplasias.
 - En orden de frecuencia: tras al ca. de colon, pulmón y genitourinarios.
 - Distribución ca. Cabeza y cuello:
 - 25% laringe
 - 15% faringe
 - 7% glándulas salivales
 - 13% restantes localizaciones
 - Zonas más comunes de presentación:
 - Labios
 - Caras laterales de la lengua
 - Suelo de la boca
- **Etiología:**
 - Relacionado con el consumo excesivo de alcohol y tabaco
- **Histología:**
 - Mayor frecuencia: Carcinoma de células escamosas

Carcinoma de la cavidad oral

- **Pruebas diagnósticas específicas:**
 - Exploración de las partes blandas de la boca
 - Laringoscopia indirecta
 - Citología por descamación (tasa de falsos negativos elevada)
 - Biopsia
- **Manifestaciones clínicas:**
 - No presentan síntomas en las etapas tempranas
 - Cambios en la mucosa y lesiones en placas induradas y duraderas, en crecimiento.
 - Indoloras
 - Hemorragia oral no habitual
 - Abultamiento en el cuello
 - Ronquera persistente, cambios en el tono de voz
 - Disfagia
 - Presencia de ganglios linfáticos adyacentes aumentados de tamaño.

Carcinoma de la cavidad oral

- **Tratamiento**

- Quirúrgico
 - Presenta afectación de los ganglios linfáticos cervicales
 - Cirugía radical con amplia extirpación de tejidos adyacentes
 - Interfiere la masticación, el habla y la deglución
 - Alteración de la imagen corporal, severa
- RT
- Quimioterapia
 - Poco eficaz

Supervivencia a los 5 años < 50%

Carcinoma de la cavidad oral

- **Tratamiento**

- Quirúrgico
 - Glossectomía: extirpación de la lengua
 - Hemiglossectomía: extirpación parcial de la lengua
 - Mandibulectomía: extirpación de la mandíbula
 - Laringectomía total y supraglótica: extirpación total de laringe o de la porción superior de las cuerdas vocales

Carcinoma de la cavidad oral

- **Tratamiento**

- Quirúrgico

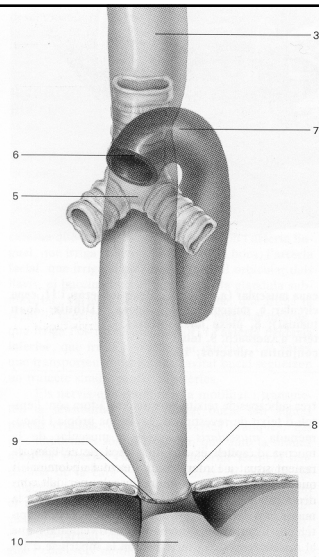
- Disección cervical radical
 - Extirpación amplia del del cuello y de los ganglios y vasos linfáticos cervicales, regionales y profundos.
 - Afectación de estructuras del cuello: músculo esternocleidomastoideo y músculos relacionados. Venas yugular externa e interna.
 - Interviene Cirugía Maxilofacial, Plástica y ORL.
 - Gastrostomía : en caso de requerir nutrición enteral



Intervenciones

- Desequilibrio nutricional por defecto
 - Manejo de la nutrición
 - Administración de NPT
 - Alimentación enteral por sonda
- Trastorno de la imagen corporal
 - Potenciación de la autoestima
 - Potenciación de la imagen corporal
- Deterioro de la comunicación verbal
 - Fomento de la comunicación: déficit del habla
 - Contacto
- Deterioro de la deglución
 - Terapia de deglución
- Riesgo de aspiración
 - Precauciones para evitar la aspiración
 - Vigilancia

Trastornos Esofágicos



12. L'esòfag és un conducte músculo-membranós que s'estén des de la faringe fins a l'estómac. L'esquema mostra les relacions anteriors més importants i les estretors normals de l'esòfag: 1, cartil·lag tiroide; 2, cartil·lag cricoide; 3, esòfag; 4, esfínter esofàgic superior (estretor superior); 5, tràquea i bronquis principals; 6, aorta; 7, estretor mitjà de l'esòfag; 8, esfínter esofàgic inferior (estretor inferior); 9, hiat esofàgic del diafragma, i 10, estómac. (Dibuix: Joan Fors)

Reflujo Gastroesofágico

- Se trata de un trastorno funcional del esfínter esofágico inferior, permitiendo el RGE del contenido gástrico y provocando una esofagitis.
- El esfínter suele permanecer contraído, y se relaja cuando se produce una onda peristáltica, permitiendo el paso del alimento al estómago.
- El Esfínter Esofágico Inferior es una zona de alta presión que evita el reflujo de ácido gástrico hacia el esófago.
- La contracción esta controlada por el nervio vago.

Reflujo Gastroesofágico

- La incompetencia del esfínter puede agravarse por aumento brusco de la presión abdominal:
 - Ingestión abundante de comida
 - Inclinar
 - Levantar pesos
 - Utilizar cinturones apretados
- Vómitos prolongados
- Intubación nasogástrica prolongada

Reflujo Gastroesofágico

- **Fisiopatología**
 - No existe un esfínter esofágico distal anatómico diferenciado.
 - Existe un mecanismo de esfínter funcional en la unión esofagigogástrica.
 - El epitelio esofágico reacciona ante el reflujo estomacal con un engrosamiento de la capa basal del epitelio y cambios vasculares: esofagitis.
 - Esófago de Barrett: un epitelio cilíndrico anormal sustituye al epitelio pavimentoso lesionado.
 - **Complicaciones**
 - Estenosis esofágica: en el RGE avanzado con inflamación y fibrosis.
 - Úlceras y mayor incidencia de adenocarcinoma de esófago.

Reflujo Gastroesofágico

- **Manifestaciones clínicas:**
 - **Pirosis**
 - Ardor retroesternal
 - Puede irradiarse al cuello, región interescapular, mandíbula e incluso los brazos
 - Aumenta tras la ingesta, al inclinarse y al acostarse (sobre el lado derecho)
 - **Regurgitación**
 - Expulsión a la boca de contenidos gástricos ácidos.
 - A diferencia del vómito: menor contenido y ausencia de náuseas
 - **Disfagia**
 - Dificultad para tragar cuando el reflujo provoca espasmo
 - Sensación de "nudo en la garganta"
 - Dificultad para iniciar la deglución con alimentos sólidos
 - **Odinofagia**
 - Deglución dolorosa durante la exacerbación de esofagitis por reflujo
 - **Hemorragia**
 - **Dolor torácico de tipo anginoso**

Reflujo Gastroesofágico

- **Pruebas Diagnósticas:**

- Radiología con contraste baritado (EGD)
- Monitorización ambulatoria 24 horas de pH esofágico.
 - Muestra nivel de reflujo ácido hacia el esófago
 - Monitor portátil. Sonda esofágica de pequeño calibre
 - pH esófago: 6'5 – 7. Reflujo ácido: pH inferior a 4
- Manometría: valora presiones esofágicas
- Esofagoscopia
 - Medir presencia de esofagitis y gravedad
 - Puede observarse el reflujo del contenido gástrico

Reflujo Gastroesofágico

- **Tratamiento**

- Médico:
 - Instaurar medidas conservadoras para prevenir el reflujo
 - Administrar antiácidos: neutralizan el contenido RGE, liberan gastrina y aumentan la presión esfínter.
 - Recuperar la mucosa del esófago
 - Promover el vaciado gástrico (motilidad)
 - Cimetidina
 - Omeprazol : inhibir la formación de ácido gástrico y limitar su acción corrosiva
 - Metoclopramida: aumenta la presión del esfínter, favorece el vaciamiento gástrico y elimina el ácido.
- Complicaciones
 - Estenosis esofágica por ulceraciones de la mucosa (disfagia)
 - Dilatación esófago mediante sondas (perforación)

Reflujo Gastroesofágico

- **Tratamiento Médico**
 - Terapias endoscópicas antireflujo (Gatekeeper)
 - En fase de ensayos clínicos (2006)
 - Consiste en introducir pequeñas bolsas de hidrogel en la base del esófago para disminuir su apertura y aumentar la presión en la unión gastroesofágica

Reflujo Gastroesofágico

- **Tratamiento**
 - Quirúrgico: Fundoplicatura
 - Una porción de la parte superior del estómago envuelve la porción distal del esófago.
 - No respuesta al tratamiento médico
 - Ulceración esofágica recidivante
 - Estenosis esofágica
 - Antecedentes de aspiración
 - Se realiza mediante cirugía laparoscópica
 - Propósito:
 - Restaurar la competencia del esfínter

Reflujo Gastroesofágico

- **Tratamiento**

- Cuidados enfermeros:

- Recomendaciones dietéticas
 - Tratamiento postural
 - Hábitos de vida
 - Educación sobre el tratamiento médico
 - Cuidados postoperatorios

Reflujo Gastroesofágico

- **Cuidados enfermeros**

- **Modificar el estilo de vida**

- Abandono del tabaquismo (aumenta aerofagia), alcohol, cafeína e irritantes
 - Pérdida de peso

- **Recomendaciones dietéticas**

- Alimentación baja en grasas y rica en proteínas
 - Porciones pequeñas y frecuentes (5 comidas)
 - Comer lentamente y masticar adecuadamente
 - Evitar alimentos extremadamente fríos o calientes
 - Beber agua al final de la comida para arrastrar alimentos residuales en esófago

Reflujo Gastroesofágico

- **Cuidados enfermeros**
- Otras recomendaciones
 - Evitar el decúbito supino 2-3 hs tras la ingesta
 - Evitar dormir sobre el lado derecho
 - Elevar la cabecera de la cama sobre alzas de 10-15 cm. para facilitar el vaciamiento gástrico
 - Evitar la elevación de objetos pesados, inclinarse hacia abajo, esfuerzos y prendas de vestir demasiado ceñidas alrededor de la cintura
 - No interrumpir el tratamiento médico aún en caso de mejoría sintomática
 - Explicar la naturaleza crónica de este trastorno

Hernia de Hiato

- El orificio del diafragma, atravesado por el esófago, está agrandado. La parte superior del estómago tiende a penetrar en el extremo inferior del tórax.
- Es el problema diafragmático más frecuente que afecta al tubo digestivo. Hasta el punto de que se considera una variación anatómica.
- Interpretación no patológica si no va acompañada de síntomas de RGE anormal y continuo.
- Tipos:
 - Tipo I: leve herniación por deslizamiento de una parte del estómago. Mayoría asintomáticos. Reflujo 5%.
 - Tipo II: o rodante, una porción del estómago se extiende a lo largo del esófago. No produce reflujo. Menos frecuente

Hernia de Hiato

- Manifestaciones clínicas:
 - Pirosis
 - Plenitud gástrica
 - Estrangulación (Tipo II)
- Pruebas diagnósticas: EGD
- Tratamiento:
 - Quirúrgico: Funduplicatura. Recolocar la hernia por debajo del diafragma, estrechar el hiato esofágico y mejorar el funcionamiento del esfínter.

Carcinoma de Esófago

- Clasificación y Epidemiología :
 - Epidermoide (90%. Asociado consumo alcohol y tabaco)
 - Adenocarcinoma del epitelio esofágico. (esofagitis por reflujo.
- Se diagnostica en estadios avanzados: rápida diseminación por la red linfática del esófago.
- Tasa de supervivencia 5% a los 5 años.
- Manifestaciones clínicas:
 - Disfagia progresiva de larga evolución
 - Dificultad para la deglución de sólidos y líquidos
 - Pérdida de peso
 - Odinofagia (deglución dolorosa)
 - Dolor irradiado hacia la espalda
- Pruebas diagnósticas:
 - EGD
 - Endoscopia
 - Biopsia

Carcinoma de Esófago

- Tratamiento :
 - Quirúrgico :
 - Esofagectomía: extirpación de todo o parte del esófago y sustitución por injerto de Dacrón.
 - Esofagogastrostomía: Resección porción inferior esófago y anastomosis con el estómago.
 - Esofagoenterostomía: resección del esófago sustitución por una porción del colón.
 - Ca Epidermoide :
 - RT paliativa (grandes tumores)
 - Quimioterapia combinada
 - Ver intervenciones de enfermería :
 - Relacionadas con la cirugía

Acalasia

- Consiste en peristalsis ineficaz o ausente de la parte distal del esófago o de todo el cuerpo.
- Se acompaña por insuficiencia de los esfínteres esofágicos para relajarse, en respuesta a la deglución.
- El esófago se dilata y sus paredes se hipertrofian.
- Por ausencia o disminución de la motilidad, se acumula bolo alimenticio para forzar su paso
- Pruebas diagnósticas:
 - Manometría
 - Endoscopia
 - EGD
- Manifestaciones clínicas:
 - Dificultad para tragar sólidos y líquidos
 - Regurgitación
 - Pérdida de peso
-

Acalasia

- **Tratamiento**

- Conservador: administración de nitratos, antagonistas del calcio y terbutalina, que ayudan a relajar esfínteres.
- Dilatación forzada con balón neumático guiado por control radiológico.
- Quirúrgico: Esofagomiotomía: ampliación de la luz esofágica

- **Cuidados enfermeros**

- Aconsejar la toma de líquidos con las comidas (favorece paso bolo)
- Dieta blanda
- Masticar bien y comer con lentitud
- Fármacos anticolinérgicos (disminuyen la presión esfínter)
- Intervención: Alimentación 1050