

24. 63

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

C A N C E R   D E   C O L O N

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
R. E. S. E. N. T. A.  
COMISIONACION DE S.S. Y O.I.T.  
ELIDA LETICIA MONTES DE OCA PALACIOS  
U. N. A. M.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION . . . . .	5
Capítulo 1. Generalidades del colon . . . . .	9
a) Anatomía . . . . .	9
b) Fisiología . . . . .	15
Capítulo II. Etiología del cáncer de colon . . . . .	24
a) Causas premalignas y malignas del <u>cánc</u> <u>cer de colon</u> . . . . .	25
b) Signos y síntomas del padecimiento. .	31
c) La importancia de los métodos de diag nóstico . . . . .	33
d) Los principales estudios de Laborato- rio y Rx . . . . .	35
e) Tratamiento médico y quirúrgico . . .	44
f) Aceptación del tratamiento quirúrgico.	51
g) Planeación de la asistencia en el tra tamiento . . . . .	54
h) Historia natural del cáncer de colon.	57
Capítulo III. Historia clínica de Enfermería de una pa ciente con cáncer de colon . . . . .	65
a) Historia clínica de enfermería. . . .	65
b) Diagnóstico de Enfermería . . . . .	75
1. Jerarquización de problemas y nece sidades. . . . .	77

Capítulo IV. Plan de Atención de Enfermería . . . . .	80
Conclusiones . . . . .	81
Sugerencias . . . . .	85
Bibliografía . . . . .	88
Glosario . . . . .	92

## I N T R O D U C C I O N .

La riqueza más grande de un país depende de la salud de sus habitantes; que es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción de raza, religión, credo político, condición económica y social.

La Organización Mundial de la Salud en el año de 1946 incorporó el aspecto psicológico y social en su definición de salud, produciéndose un fuerte impulso sobre estos aspectos que considera al individuo como una unidad biopsicosocial.

En las últimas décadas, las ciencias naturales y sociales, han intentado relacionarse más en beneficio del hombre, como miembro de una colectividad de la cual nacen sus problemas de salud y enfermedad, de acuerdo a sus condiciones de vida.

Estos aspectos plantean la necesidad de estudiar al individuo como un integrante de la familia, puesto que su salud o enfermedad va a repercutir primeramente en ella. La salud individual es fundamental para lograr la salud familiar y con esta la de la sociedad.

La solución de los problemas nacionales de salud, no es un asunto sencillo, debido a la teoría de la multicausalidad.

El presente tema expone un padecimiento propio del anciano originado por múltiples causas. Lo cual permitirá analizar, concientizar y reflexionar sobre la verdadera posición y actuación de la enfermera; y así adquirir un juicio crítico, para mejorar la participación en los problemas de salud, por medio de una atención individualizada, basada en conocimientos científicos y sociales con un sentido de responsabilidad y en plena integración con el equipo multidisciplinario.

Carcinoma es el tumor maligno constituido por células epiteliales polimorfas, con tendencias infiltrativas hacia los tejidos próximos y metástasis. El carcinoma es el único tumor maligno más frecuente en el colon y recto, ocupando el segundo lugar en cuanto a mortalidad de cualquier otra forma de cáncer.

Múltiples son las causas que dan origen a este padecimiento, éstas son algunas de las más frecuentes: pólipos pedunculados; adenomas papilares, con lesiones sésiles; pólipos colónicos; colitis ulcerativa; colitis; poliposis familiar.

El cáncer del colon es una enfermedad principalmente del anciano, con más frecuencia en el hombre que en la mujer, en una proporción de 3:2. Hay algunos casos de cáncer de colon en pacientes jóvenes y aún en niños.

La distribución anatómica en el intestino grueso es aproximadamente del 16% en el ciego y colon ascendente, 5% en el colon transversal, 9% en el colon descendente, 20% en el sigmoides, y el 50% en el recto.

En las medidas de diagnóstico, se dice que el 50% de los carcinomas de recto puede llevarse a cabo por la palpación, mientras que el 75% de los carcinomas de colon son susceptibles de observación con el sigmoidoscopio o colonoscopia.

Esta es una de las contribuciones más importantes para llegar a un diagnóstico temprano y definitivo, sin olvidar la importancia de los estudios radiológicos y de laboratorio.

La sintomatología varía según se localice la lesión. El tratamiento es ante todo quirúrgico, aunque puede utilizarse en combinación de radioterapia según el sitio y el tiempo en que el tratamiento se inicie.

En la mayor parte de los países de América Latina y principalmente en México, los recursos de la salud deberían ser empleados en una forma más racional y con mayor rendimiento, teniendo en cuenta las necesidades específicas y el nivel de vida de la población, lo cual ayudaría a limitar los daños de ciertos procesos patológicos.

Por lo tanto, es de suma importancia el enfoque primordial que se le dé al nivel preventivo respecto a este tipo de padecimientos.

Para afirmar lo antes mencionado se realiza la presente investigación, elegida por el alto índice de mortalidad y las múltiples causas que lo originan.

Campo de la Investigación. El estudio clínico se llevó a cabo en el Hospital del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de tumores mixtos (Oncología), 4o. piso, en un paciente con cáncer de ciego.



## I. GENERALIDADES DEL COLON

### a) Anatomía.

Excepto en su porción terminal, el conducto anal, el intestino grueso se halla en el interior de la cavidad abdominopelviana, cuya constitución básica está formada de cuatro capas: hueso, músculo, fascia y peritoneo. Entre el músculo y la fascia se halla el plano de los nervios y entre la fascia y el peritoneo están situadas las vísceras y los vasos sanguíneos.

El intestino grueso mide aproximadamente 1.5 m. desde la válvula ileocecal al ano, lo que representa aproximadamente la quinta parte de la longitud total del tubo digestivo. Gran parte de su extensión forma un marco alrededor de las asas del intestino delgado. El colon presenta su diámetro interno mayor a la altura del ciego (entre 7.5 y 8.5 cm.); dicho diámetro disminuye progresivamente y en el sigmoides es del orden de 2.5 cm.; excepto en una considerable dilatación que constituye la ampolla rectal. (1)

Se puede reconocer el colon por varias características macroscópicas:

---

1) D. Krupp. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. p. 402.

- Las taonias coli, son tres cintas musculares longitudinales que recorren la totalidad del órgano; por lo tanto la capa muscular longitudinal externa del intestino resulta in completo en el nivel del colon. Las tres cintas se reúnen a la altura del apéndice.

- Las saculaciones o haustras son abultamientos que presenta el colon por efecto de su protusión entre las cintas musculares mencionadas y, se encuentran separadas por pliegues semilunares de la pared intestinal.

- Los apéndices epiploicos, que son apéndices grasos a lo largo del órgano, no cumplen ninguna función, pero muchas veces ayudan a proteger una línea de sutura o cerrar una perforación.

- La fijeza relativa de la mayor parte del colon se debe a la situación retroperitoneal de los segmentos ascendentes y descendentes del órgano. El colon transverso o intraperitoneal es mucho más móvil, pero su situación cambia relativamente poco, y en su borde anterosuperior se inserta el epiplón mayor, merced a la fijación de los segmentos ascendentes y descendentes del colon en las fosas peritoneales laterales.

El peritoneo recubre al intestino grueso en grados variables en el curso de su longitud. El ciego se desarrolla a partir del borde antimesentérico del asa intestinal embrionaria; el apéndice, que se desarrolla a partir del vértice del ciego, no posee un verdadero mesenterio; sin embargo, queda unido al mesenterio ileo por un repliegue triangular de peritoneo que contiene las arterias apendiculares, y por esta razón se le aplica la denominación de meso-apéndice. (2)

En esta región puede hallarse las prolongaciones ileocecal superior, la prolongación ileocecal inferior y la prolongación retrocecal.

El colon se divide en porciones:

El colon ascendente.— Es el que se encuentra recubierto por peritoneo en sus porciones anterior y laterales; cuando el peritoneo se extiende solamente por delante forma una membrana llamada JACSON, que limita la movilidad del colon. En la parte lateral del colon ascendente, el surco paracólico puede estar dividido por repliegues peritoneales en pequeñas prolongaciones o incluso puede estar obliterado por presencia de membrana de Jackson. El ángulo cólico dere

---

2) Ibidem, p. 403.

cho presenta relaciones peritoneales semejantes a las del colon ascendente, es decir, que ocupa una situación posterior y por esta causa se halla en contacto directo con la fascia por encima de la porción inferior y externa del riñón derecho.

Colon transverso.- Está situado por detrás de epiplón mayor y suspendido del cuerpo del páncreas por el mesocolon transverso; en lo individuos obesos tiende a ocupar una posición más transversa, mientras que en los delgados se extiende por debajo del nivel de la cresta ilíaca. En los primeros centímetros de trayecto es relativamente fijo, para lo cual está dispuesto de peritoneo en su superficie superior, lo cual está unido por tejido areolar a la porción descendente del duodeno y a la cabeza del páncreas.

El ángulo cólico izquierdo (esplénico). Es formado por el colon transverso, que se encurva bruscamente hacia atrás y a la izquierda, y esta inclinación la realiza en forma tan aguda, que el colon transverso y descendente están en contacto. Ocupa una situación más elevada y está colocado en un plano más posterior que el ángulo derecho, por detrás del estómago y en contacto con el bazo. Inmediatamente por debajo del bazo, el ligamento frénico cólico une el ángulo izquierdo al diafragma.

Colon descendente.- Situado al principio sobre la porción inferior y externa del riñón izquierdo, y se dispone en el surco existente entre el psoas y el cuadro lumbar hasta llegar a la cresta ilíaca; en este punto se encurva hacia abajo y adentro; a través del ilíaco y el psoas, para convertirse en el colon sigmoideo en el desfiladero de la pelvis menor; ésta última porción de su trayecto se denomina, a veces, colon ilíaco; además presenta relaciones peritoneales similares a las del colon ascendente; en este último, y quizá con mayor frecuencia puede poseer un mesocolon corto. (3)

El colon sigmoideo.- Tiene una longitud promedio de 35 cm.; está suspendido por su mesocolon de la pared posterior de la pelvis. Entre el desfiladero pelviano y el comienzo del recto a la altura de la tercera pieza del sacro, forma en general un asa en el interior de la pelvis, pero tanto su forma como su porción dependen de su propia longitud y la del mesocolon, de su estado de distensión y del estado de las vísceras adyacentes. Por esta razón puede ser corto y dirigirse hacia abajo directamente por la pared pelviana izquierda, hasta el recto, o puede constituir un asa en forma de S que cruza dos veces la cavidad pelviana; cuando es-

---

3) J. C. Goligher. Anatomía Quirúrgica y Fisiología del Colon. p. 395.

tá distendido asciende hasta el abdomen, variaciones que se presentan también cuando existe distensión de la vejiga, recto y útero.

La inserción del colon sigmoideo a la pared pelviana forma una V invertida, cuyo vértice está situado en la bifurcación de la arteria ilíaca primitiva izquierda. Desde su vértice, el brazo izquierdo de su inserción desciende sobre el lado interno del psoas izquierdo, y el brazo derecho pasa al interior de la pelvis para terminar en la tercera vértebra sacra. El mesocolon es más largo en su porción central, a partir de la cual se acorta progresivamente en sus extremidades; por esta razón, el asa del sigmoideo está fija en sus uniones con el colon descendente y por el recto.

Entre las capas del mesocolon discurren los vasos sigmoideos y rectales superiores y el uréter izquierdo penetra en la pelvis por detrás de su inserción apical. En esta posición la prolongación peritoneal intersigmoidea existe constantemente en la infancia pero puede desaparecer en el transcurso de la edad. (4)

---

4) Ibidem, p. 396.

b) Fisiología.

El colon cumple tres funciones principales: absorción de agua y algunos electrolitos, almacenamiento temporal de las heces fecales, y una eficaz acción excretoria. El colon está separado del intestino delgado por la válvula ileocecal, que impide al contenido del ileo pasar por el ciego antes que la digestión haya terminado, y sirve a la vez de barrera al reflujo del contenido del colon. La gran diferencia entre las floras bacterianas del colon y del intestino delgado se ha querido explicar con base en esta válvula y en la relativa inmovilidad del contenido del colon. La flora del intestino delgado rara vez pasa de  $10^5$  microorganismos por milímetro, mientras que la del colon alcanza  $10^{10}$  microorganismo por mm. En el colon, las bacterias constituyen un tercio del bolo fecal; la absorción deseca el bolo fecal; el ileo deja pasar diariamente de 500 a 600 ml. de agua al ciego, pero únicamente se excretan con las heces 180 ml. La mayor parte del agua se absorbe en el ciego y en el colon ascendente. El colon secreta normalmente pequeñas cantidades de moco, aunque en algunos estados patológicos, o en caso de irritación mecánica, esta secreción aumenta considerablemente. (5)

Existen dos tipos de movimientos en el colon; los movimientos segmentarios o pendulares amasan y mezclan el bolo fecal, sobre todo en el colon ascendente y transversal, contribuyendo a la absorción del agua. El segundo tipo de contracciones son los "movimientos en masa" que movilizan el contenido del colon hacia su extremo distal. Estas ondas de contracción no son verdaderos movimientos peristálticos, puesto que consisten en constricción simultánea de largos segmentos del colon. Los movimientos en masa vacían el contenido del colon ascendente al sigmoides y a la porción superior del recto.

Dichos movimientos pueden iniciarse cuando se está llenando el estómago con alimentos (reflejo gastrocólico).

La movilidad del colon puede alterarse por diversos estímulos: íleo paralítico por traumatismos, por maniobras efectuadas por cirugía e infecciones. Se observa aumento en la presión intraintestinal en los pacientes que sufren estreñimiento crónico o diverticulosis.

La morfina y la codeína aumentan el tono muscular del intestino grueso, y disminuyen su acción propulsiva. Los anticolinérgicos son potentes inhibidores de la movilidad del colon, mientras que los fármacos parasimpaticomiméticos ta-



les como la neostigmina la aumentan.

El acto de la defecación es un reflejo con un componente voluntario; normalmente el recto está vacío, pero cuando se llena de heces por los movimientos en masa, o cuando la presión en su interior llega a 20 ó 25 cm. de agua, se experimenta el deseo de defecar. Los receptores en las paredes del recto son capaces de distinguir entre sólido y líquido o gases. De los 75 a 180 gr. de heces excretados diariamente, 70% son agua, celulosa no digerida, proteínas y grasas, además de las bacterias. El individuo sano solo excreta una cantidad pequeña de residuos alimentarios.

En el colon se produce y se absorbe amoníaco, principalmente como resultado del desdoblamiento bacteriano de la urea, los gases del colon provienen principalmente del aire deglutido, y en su mayor parte son nitrógeno, existen también pequeñas cantidades de metano e hidrógeno debido a la putrefacción bacteriana; el movimiento y la expulsión de gases son los primeros síntomas de funcionamiento intestinal en el post-operatorio.

Los cambios en la actividad del colon son importantes para el diagnóstico de enfermedades susceptibles de tratamiento quirúrgico; cualquier alteración de la función intes

tinal que dure más de unas semanas debe ser investigado. (6)

Circulación del colon.- La circulación arterial del colon ascendente, ángulo hepático y colon transversal proviene de la arteria mesentérica superior por vía de las arterias ileocólica, cólica derecha y cólica media. Las arterias del colon izquierdo y parte alta del recto provienen de la arteria mesentérica inferior, por vía de las ramas cólica izquierda, sigmoidea y hemorroidal superior.

Casi siempre existe una red colateral amplia entre los vasos grandes vecinos, mediante un arco arterial marginal paralelo al trayecto del colon. La viabilidad del segmento largo del colon, como en el caso de un intento de sustitución de esófago, depende del estado de la circulación colateral y de la integridad funcional de dichos vasos marginales. Las dos arterias hemorroidales media e inferior riegan la porción del recto situado debajo de fondo de saco peritoneal. En general, las venas del colon tienen un trayecto paralelo al de las arterias. Los linfáticos se reparten entre los dos árboles vasculares. (7)

---

6) Basil C. Morson, op.cit., p.14.

7) J. Tortora, Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología, p. 768.

IRRIGACION SANGUINEA DEL COLON.

Arterias.- La irrigación sanguínea arterial del colon derecho (es decir, el ciego, colon ascendente, el ángulo hepático y el tercio o mitad derecho del colon transversal) se deriva de la arteria mesentérica superior a través de sus ramas ilio cólica, cólica derecha y cólica media.

La irrigación del colon izquierdo corre a cargo de la mesentérica inferior por medio de sus ramas cólica izquierda y sigmoidea. Al dirigirse las arterias cólicas principales al colon, se bifurcan y las ramas resultantes de vasos vecinos se unen para formar arcadas de 12.5 cm. del borde mesentérico del intestino.

Por medio de estas diversas arcadas, algunas largas y otras cortas, se forma una cadena continua de vasos comunicantes. Esta es la arteria marginal (llamada así por primera vez por SUDECK) y a partir de ella se distribuyen las ramas finales de la irrigación del colon, los vasarecti. La arteria marginal es responsable de poner en comunicación el área de irrigación de la arteria mesentérica superior con la de la arteria mesentérica inferior, conectando la rama descendente de la cólica media con la rama ascendente de la cólica izquierda por medio de la anastomosis larga de Riola

no. (8)

Venas.- Las venas del colon acompañan estrechamente las correspondientes arterias y requieren pocos comentarios.

Las del colon derecho se abren con la vena mesentérica superior, que se haya a la derecha de la arteria mesentérica superior y eventualmente se une a la vena esplénica para formar la vena porta detrás del cuello del páncreas.

Colon izquierdo.- Las venas drenan en vena mesentérica inferior que se haya a la izquierda de la arteria mesentérica inferior y continúa hacia arriba de 5 a 8 cm. por encima del origen de la última para terminar uniéndose a la vena esplénica.

Las venas del sistema porta carecen de válvulas y por tanto son especialmente susceptibles a la presión retrógrada.

Linfáticos.- Se dividen en intramurales y extramurales:

Intramurales. En toda la longitud del colon y recto existen plexos linfáticos continuos en las capas submucosa y subserosa de la pared intestinal, que están en comunica-

ción y drenan en los linfáticos extramurales, estos los constituyen las vías y ganglios linfáticos que acompañan los vasos sanguíneos cólicos, además se han dividido en cuatro grupos:

Epicólicos. Se hallan en el propio colon.

Paracólicos. Se encuentran a lo largo de la arteria marginal entre ésta y el colon.

Intermedios. Se hallan sobre los vasos cólicos principales y sus ramas; y los principales, sobre los vasos mesentéricos superior e inferior.

La linfa pasa a través de los ganglios paracólicos y atraviesa los ganglios sobre los vasos cólicos principales, para terminar en ganglios situados a lo largo de los vasos mesentéricos superior e inferior y de la aorta; pero a veces la linfa soslaya los ganglios paracólicos y otros más distantes, para unirse a los situados en los vasos principales. (9)

Inervación del colon.- El colon y el recto están inervados por el sistema nervioso autónomo, con componentes simpáticos y parasimpáticos. Los nervios siguen estrechamente

---

9) Ibidem, p. 778.

los vasos sanguíneos, y por tanto su curso hacia el colon derecho es diferente del que sigue hacia el colon izquierdo y el recto.

#### Colon derecho.

Inervación simpática.- Es originada en las células conectadas situadas en las columnas laterales izquierda y derecha de los seis últimos segmentos dorsales de la médula espinal, de las cuales salen fibras preganglionares hacia los correspondientes ramos comunicantes blancos a cada lado de los dos troncos simpáticos provistos de ganglios, pero abandonan estos troncos sin formar sinapsis ahí dentro y cursan por los nervios espláncnicos torácicos hacia el plexo celiaco y a través de ellos hacia el plexo pre aórtico y mesentérico superior; aquí se terminan por arborizaciones alrededor de las células excitadoras de los ganglios de ese plexo, desde los cuales se distribuyen fibras post ganglionares a lo largo de la arteria mesentérica superior y sus ramas para el intestino delgado y el colon derecho.

Inervación parasimpática.- Se supone que procede del vago derecho (posterior) a través de plexo celiaco. Desde allí las fibras se dirigen al plexo preaórtico y mesentérico superior y finalmente acompañan las ramas de la arteria mesentérica superior para el intestino delgado y el colon

derecho. (10)

Colon izquierdo.

Inervación simpática. Las fibras preganglionares empiezan en las células conectadoras de las columnas laterales de recha e izquierda de los tres primeros segmentos lumbares de médula espinal, y se unen a las cadenas simpáticas ganglionares lumbares, a cada lado, por intermedio de los ramos comunicantes blancos. Pero pasan a través de estas cadenas sin interrupción y las abandonan como nervios esplácnicos lumbares que se unen al plexo preaórtico.

Inervación parasimpática.- Derivada de ramitas conocidas por nerviso erectores o autónomos sacros, que brotan de los nervios sacros II, III y IV a cada lado al emerger los últimos por los agujeros sacros anteriores. Se dirigen hacia un lado, adelante y arriba, para reunirse con los plexos pélvicos de nervios simpáticos en las paredes laterales de la pelvis, desde donde se distribuyen las fibras por los órganos pélvicos. (11)

---

10) J. C. Goligher. op.cit., p.19.

11) Ibidem, p. 20.

## II. ETIOLOGIA DE CANCER DE COLON.

Los trastornos de los intestinos son causados por inflamación, obstrucción, trastornos de absorción, mortalidad y anormalidades anatómicas. Los dos síntomas principales de trastornos intestinales son alteraciones en la eliminación normal. Esto es diarrea y estreñimiento. (12)

El carcinoma de colon puede ser infiltrativo o exofítico y se produce con mayor frecuencia en el hombre de más de 50 años.

El cáncer de colon ocupa el segundo lugar de mortalidad de las distintas clases de cáncer.

El carcinoma no cuenta con una etiología bien definida, ya que múltiples son las causas que lo originan.

### a) Causas premalignas y malignas del cáncer de colon.

La gran extensión de este padecimiento originado por múltiples causas y factores enlista la siguiente etiología.

---

12) El Manual Merck. Diagnóstico y Terapéutica, p. 878.



### Causas Premalignas.

Los principales factores de riesgo del cáncer del colon son: Comienzo de la colitis en la infancia, participación de todo el colon, duración de la enfermedad por más de diez años.

La gran mayoría de los cánceres de colon y recto se originan de los novos.

**Vólvulos.**- Es una torcedura anormal de un segmento de intestino sobre sí mismo en relación con su eje longitudinal, se acompaña de alteraciones circulatorias con obstrucción parcial o completa de la luz intestinal, en ambos extremos del segmento, produciéndose una oclusión con asa cerrada. (13)

**Intuscepción (Invaginación)** de un segmento de intestino en otro.- Es una causa frecuente de obstrucción intestinal. Si la intuscepción, afecta al colon izquierdo, debe pensarse seriamente en exteriorizarlo (colostomía), por el peligro que plantea una anastomosis de intestino grueso; cuando las vísceras están edematosas y la región afectada no ha sido preparada quirúrgicamente, aumenta el riesgo de

---

13) Sabiston, David C. Tratado de Patología Quirúrgica, Vol. 1, p.1050.

cáncer de colon.

**Obstrucción del intestino grueso:** La causa más común de obstrucción del intestino grueso es el cáncer de colon. La obstrucción es causada por vólvulos, hernia, intususcepción y diverticulitis.

La obstrucción produce un índice de mortalidad de 30%, pero en casos de edad y duración del cuadro, su tipo y el foco que ocupa y si además existe estrangulación, la mortalidad aumenta considerablemente en un 60%. Puesto que la mayoría de los pacientes con obstrucción del intestino grueso sufren cáncer en él, todo tratamiento debe combinar el de la obstrucción con el del cáncer.

**Diverticulitis.**- Es la inflamación de uno o más divertículos que en ocasiones da lugar a obstrucción o perforación, potencialmente fatales y a formación de una fístula. La sintomatología es muy semejante a la del cáncer de colon, aunque no se excluye de un proceso maligno. La cirugía precoz reduce la mortalidad en un 3%.

**Linfogranuloma Venéreo crónico.**- Produce úlceras, proctitis, estrechamiento del recto, fístulas cutáneas y fístulas rectovaginales. En vista del claro peligro de aparición de adenocarcinomas en la zona rectosigmoidea, o de

cáncer epidermoide en los trayectos de las fístulas, este padecimiento se considera precanceroso. (14)

#### Causas Malignas.

Poliposis familiar múltiple.—Es una enfermedad hereditaria, caracterizada por la existencia de numerosos pólipos en el colon y recto; si no se trata, termina siempre en adenocarcinoma del intestino grueso; es raro que se observen lesiones antes de la pubertad. La poliposis se transmite como un rasgo mendeliano dominante independiente del sexo, con grado importante de penetración. Teóricamente, la mitad de los hijos de individuos portadores del gen, deben sufrir la enfermedad, y puede presentarse en cualquier edad pero, en promedio, se diagnostica entre los 20 y 30 años. El tratamiento es quirúrgico, extirpando cuanto antes el colon en vista del peligro que constituye la aparición del cáncer.

Síndrome de Gardner.— Este se hereda como una característica mendeliana dominante, incluye lesiones de tejido conectivo, lesiones dérmicas, tumores óseos y pólipos múltiples de tubo digestivo inferior, estos pacientes se encuentran en peligro considerable de sufrir cáncer del intestino grueso. Smith Bussey establece que todas las poli-

---

14) Sabiston David C. op.cit., p. 1052.

posis adenomatosas se deben al Síndrome de Gardner, con gra dos diferentes de manifestación y lesiones secundarias.

Adenoma vellosa.- Es una lesión peligrosa y engañosa, susceptible de volverse maligna. Sunderland y Binkley encontraron para el adenoma vellosa una frecuencia de 1.5% de to dos los tumores de el colon, éste se presenta con la misma frecuencia en hombres y mujeres, es raro en pacientes jóvenes.

El adenoma vellosa es una neoplasia blanda, aterciopelada y sésil, de color gris rojizo y con muchas proyecciones digitiformes, su tamaño varía y puede ocupar toda la circunferencia del intestino. Si se presenta en conjunto con el cáncer el pronóstico es malo. (15)

Colitis Ulcerativa. Enfermedad inflamatoria extensa de la mucosa que tapiza colon y recto, se caracteriza por diarrea sanguinolenta y remisiones y exacerbaciones sin causa aparente. Se ha propuesto con frecuencia la hipótesis de que la colitis ulcerativa es una enfermedad autoinmunitaria. Dependiendo de la naturaleza de la enfermedad es la sintomatología, es su etapa crónica se desencadena el cáncer, es decir, que no es inútil subrayar la frecuencia considerable

de cáncer cólico en los casos de colitis ulcerativa. El tratamiento es quirúrgico y se hace con rapidez la extirpación total de todo el colon y recto.

Además de la gran variedad de causas enunciada, existe la importancia máxima de la participación en el cáncer de colon de los múltiples adenomas, que pueden transformarse en carcinomas metastizantes. Y pueden ser pedunculados o sésiles, glandulares, vellosos.

Pólipo, es inespecífico y designa un tumor situado en el interior del colon o recto y pueden ser neoplásicos o de berse a fenómenos inflamatorios. En fin, pueden ser únicos o múltiples, pedunculados o sésiles. (16)

#### Degeneración maligna del adenoma.

No hay acuerdo acerca de la posible degeneración maligna de los adenomas. Pero existen estas pruebas:

1.- No es raro encontrar focos de células malignas en pólipos adenomatosos, este hallazgo recibe el nombre de carcinoma in situ, o bien atipismo y displasia focal. En ocasiones las células malignas invaden la muscularis mucosae.

2.- En casi 10% de los carcinoma de colon y recto, Morson encontró microscópicamente restos de adenomas benignos.

3.- Es indudable que el riesgo de aparición de un cáncer de colon es mayor en los pacientes que sufren pólipos adenomatosos del intestino, que en sujetos sanos.

4.- Al estudiar el cariotipo de pólipos adenomatosos y de cánceres de colon, se encontraron anomalías cromosómicas, similares en los tumores malignos y en benignos.

5.- Los estudios histoquímicos de varias enzimas oxidativas intracelulares, en adenomas y adenocarcinomas, parecen mostrar que existe una transformación del adenoma en carcinoma, pues hay transición enzimática del epitelio normal del colon al carcinomatoso.

6.- Los carcinomas incipientes del intestino muchas veces tienen aspecto de lesiones polipoideas.

7.- En algunos estudios, la frecuencia del cáncer "invasor" en los adenomas vellosos puede alcanzar 30%.

Estas observaciones, y algunas otras, nos permiten concluir que todos los pólipos adenomatosos sufren degenera---

ción maligna. Quizá el resto se origine "de novo" sin embargo, tal fenómeno en caso de ocurrir no ha sido probado clínica ni histológicamente, aunque ciertos estudios recientes parecen apoyarlos.

"Un pólipo maligno representa tan solo una etapa de una hiperplasia neoplásica progresiva de algunos túbulos epiteliales, que desembocan en un carcinoma franco". (17)

#### b) Signos y síntomas del padecimiento.

Los síntomas más comunes que puede producir un cáncer de colon o recto comprenden: alteraciones del hábito intestinal en forma de estreñimiento, diarrea o una combinación de ambos; expulsión de sangre o moco; dolor abdominal; dispepsia; distensión flatulenta; borborigmos audibles; una masa abdominal palpable y una afectación del estado general expresada por adelgazamiento y pérdida de fuerzas y por anemia. En cualquier caso particular los síntomas pueden variar desde ninguno hasta la mayoría de los mencionados. Y debido a esto existe una correlación bastante definida entre la sintomatología de la zona y el tipo de tumor, ya que los carcinomas con ciertas localizaciones son más propensos a producir síntomas que otros con localizaciones

distintas.

Considerando que el límite entre colon izquierdo y de recho corresponde a la parte distal del colon transversal, estas diferencias están relacionadas con el origen embriológico, riego sanguíneo, función contenidofecal, variedad de lesión más común, sintomatología clínica, estudios diagnósticos y tipo de tratamiento.

Carcinoma de colon derecho.- Síntomas.- Las lesiones malignas son generalmente grandes, excrecentes y ulceradas, y se proyectan en la luz del intestino. Suelen producir una anemia importante, debido a la gran superficie que sangra libremente. La triada clásica de las lesiones del lado derecho son: anemia, debilidad y una masa en el cuadrante inferior derecho. En muchas ocasiones la única manifestación puede ser un deterioro difuso del estado general con pérdida de peso y anemia. (18)

En otros casos se experimenta dolor abdominal constante e intenso en la región ilíaca o subcostal derecha o en el epigastrio, a menudo asociado con sensibilidad local, así como sensación de plenitud y eructación después de comer.

---

18) Saymourt, Schwartz. Patología Quirúrgica. p. 965.



Carcinoma de colon transversal o izquierdo. Síntomas.- Se encuentra estreñimiento, diarrea o alternancia de ambos, aparecen cambios de motricidad intestinal, síntomas de obstrucción y sangre macroscópica en las heces; la aparición de evacuaciones de pequeño calibre en forma de lapiz es de considerable importancia, ya que la disposición circunferencial de la lesión y el carácter sólido de las heces provocan los síntomas de obstrucción. La frecuencia de moco y sangrado en las heces aumenta cuando la lesión se aproxima al recto. El peristaltismo exagerado puede causar borborigmos sonoros y molestos, en ocasiones se presenta distensión flatulenta o verdadero dolor que se acentúa después de comer, aunque la expulsión de gases por recto tiende a aliviar el dolor y la sensación de plenitud; cuanto más evoluciona el padecimiento el paciente manifiesta los síntomas más marcados. (19)

c) La importancia de los métodos de diagnóstico.

Por las observaciones precedentes se puede observar que en un caso de cáncer del colon, la historia puede revelarse a veces incapaz de llevarnos a un diagnóstico, o de hecho inducirnos al error, en el sentido de que puede señalar más bien en la dirección de una lesión de estómago, del

---

19) Ibidem, pp.966-969.

duodeno, del árbol biliar o del apéndice o bien de otra afección más generalizada. Un cáncer de colon deberá tenerse sin duda presente como posible causa de una dispepsia atípica o de otros síntomas abdominales vagos en un paciente que ha rebasado la mediana edad. Esta interrogación parece obvia; pero por desgracia, tanto la historia como la exploración fisica son a menudo insuficientes, aún en los mejores hospitales. La inspección del ano y un cuidadoso tacto rectal son parte primordial en cualquier exploración física completa, a esta información recogida, hay que añadir la que suministra el aspecto de los excrementos sobre el guante. Si existe anemia u otra manifestación que haga sospechar sangrado y el examen superficial no lo confirma, habrá que acudir al examen de la laboratorio en busca de sangre oculta. En general, no se nota el sangrado de colon ascendente, puesto que la sangre se mezcla con las heces.

Los exámenes de laboratorio que se deben realizar en caso de alteración del colon, dependen del problema específico presentado. Durante la preparación para una intervención quirúrgica sobre colon, hay que completar la información general obtenida en el pre-operatorio, con algunos datos sobre sangre, corazón, aparato respiratorio y riñones. Es importante conocer la cantidad de electrolitos en pacientes con diarrea grave o gran obstrucción. (20)

En los que padecen una enfermedad metastática, se debe estudiar el estado funcional del órgano con metástasis.

Un nuevo y prometedor método de diagnóstico para el cáncer del colon es el antígeno de Gold o Antígeno carcino ambrionario (ACE).

Se trata de un antígeno específico del tumor que se encuentra en el adenocarcinoma del epitelio digestivo, es idéntico a un antígeno de los órganos digestivos del embrión y del feto durante los seis primeros meses de gestación. En pacientes con cáncer del aparato digestivo, pueden detectarse antígenos circulantes mediante técnicas radioinmunológicas. Desafortunadamente, la falta de especificidad y sensibilidad del examen no ha permitido usar el antígeno para descubrir carcinomas ocultos, pero ha resultado útil para detectar recurrencias en pacientes a los que se han extirpado cánceres de colon. (21)

d) Los principales estudios de laboratorio y RX

El diagnóstico de las enfermedades del recto y el colon dependen de una valoración cuidadosa de la información derivada de una o más de las fuentes siguientes: Una histo--

---

21) Ibidem, pp. 3-4.

ria clínica bien tomada; una exploración rectal completa; un examen clínico abdominal y general, exploraciones radiológicas convenientes; enema de bario, etc.

**Historia Clínica.**- Es evidente que la información adquirida por la historia clínica es de suma importancia, por que se valora los principales antecedentes importantes en padecimiento, así como el perfil del paciente (recursos para la salud, alimentación), antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares patológicos y, padecimiento actual, el cual es necesario relacionarlo con escrupulosidad y precisión, puede ser necesario hacer una gran cantidad de preguntas con el fin de evitar una excesiva pérdida de tiempo y una confusa circunlocución, para esto es aconsejable romper las reglas de la toma de la historia clínica y preguntar al paciente una serie de cuestiones acerca del síntomas específicos y su duración. (22)

**Examen General y abdominal.**- Un examen general puede revelar hechos de valor respecto del diagnóstico. Se observarán el estado físico general así como el de nutrición, con anotación de cualquier pérdida de peso. El aspecto de las membranas mucosas proporcionará una cierta indicación sobre la existencia de anemia.

---

22) Merck, Sharp, op.cit. p. 900.

Si el abdomen está distendido fuera de la proporción con la constitución y obesidad del paciente, podrá ser debido a la obstrucción intestinal crónica o bien la presencia de líquido, secundariamente a la metástasis peritoneal. En general la percusión distinguirá una cosa de la otra al demostrar matidez en los flancos o un timpanismo generalizado máximo quizá en los flancos, en una obstrucción crónica de colon. A la palpación se puede percibir una masa abdominal en la línea del colon. Existen mayores probabilidades de encontrarlo en el lado derecho, debido al carácter más voluminoso de los tumores del lado derecho. Cualquier masa percibida en el lado izquierdo, especialmente en la región del colon iliaco será debida a escibalos impactados en el colon por encima de un cáncer impalpable del colon sigmoides. Una palpación detenida de los ángulos esplénicos y hepáticos requiere una palpación bimanual enérgica de las regiones lumbares. Deberá ser explorado el hígado, y cualquier anomalía deberá ser anotada. En casos de dolor o tumefacción debe procederse también a la palpación de los ganglios linfáticos inguinales, buscando un infarto o induración. Finalmente, es una buena medida palpar rápidamente las regiones axilares y supraclaviculares con el fin de establecer el estado de los ganglios en estas posiciones; excepcionalmente aparecen metástasis en estos ganglios en relación con un cáncer intestinal avanzado. (23)

---

23) Ibidem, p. 901.

Tacto rectal.- Si en algún caso, el examen general y abdominal no logran revelar una anomalía significativa para un diagnóstico, deberá procederse al empleo correcto de estas exploraciones: tacto rectal, sigmoidoscopia y examen radiológico por enema opaco.

El tacto rectal es indispensable para detectar las principales características, como son: situación del tumor o lesión, movilidad, extensión de la diseminación (diseminación submucosa, diseminación extrarrectal). Y finalmente cuando se retira el dedo se observa si este sale manchado de sangre. Esta sangre, en general bastante oscura y de carácter venoso, con un olor peculiarmente fétido y ofensivo, confirma la existencia de cáncer, o cuando no se ha palpado ninguna lesión, refuerza la probabilidad de que se haya fuera del alcance del dedo. (24)

Sigmoidoscopia.- La sigmoidoscopia es el método de diagnóstico más importante en las enfermedades del colon, pues el 75% de todos los cánceres de este órgano están al alcance del sigmoidoscopio.

El sigmoidoscopio ordinario es un tubo de 25 cm. con una fuente luminosa, una lente ocular y accesorios de aspi-

ración, biopsia, electrodesecación y raspado de la mucosa. El rectoscopio es más corto (8 cm), pero de diámetro mayor; es útil para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones anales y perianales, tales como hemorroides y fisuras.

Preparación del paciente para la sigmoidoscopia: Debe estar en ayunas la mañana del examen. La porción distal del colon se lava con dos enemas sucesivas, que no causen irritación, empleando de referencia equipo desechable, el paciente se coloca en posición genupectoral, una inspección cuidadosa del ano y el tacto rectal deben anteceder la introducción del instrumento. Con el obturador puesto, se introduce suavemente el sigmoidoscopio en el recto, y se pasa en su totalidad bajo control directo de la vista. La introducción de los primeros 15 cm. sólo produce molestias ligeras, pero pronto se encuentra una angulación del intestino y las maniobras deben ser suaves y cuidadosas. (25)

Se observan las lesiones durante la introducción del sigmoidoscopio, pero su examen detallado se realiza al sacarlo. Una vez que se ha introducido completamente el sigmoidoscopio (a veces recurriendo a la insuflación), se retira lentamente con movimientos de rotación que permiten

examinar la totalidad de la mucosa; las lesiones pequeñas pueden permanecer ocultas bajo una válvula de Houston o en el ámpula posterior rectal si el endoscopista no es muy cuidadoso.

En general se deben tomar biopsias de todas las lesiones observadas. Las enfermedades difusas, como la colitis por radiación o la colitis ulcerosa pueden ser identificadas macroscópicamente y mediante biopsia. Si se sospecha una enfermedad infecciosa, como la colitis amebiana, se hacen frotis de la mucosa, para buscar trofozoitos y cultivos. (26)

Colonoscopia.- Los instrumentos fibróscopicos cuya longitud varía de 85 a 200 cm., permiten el examen de todo el colon; este procedimiento requiere de preparación cuidadosa de todo el intestino, pero ha resultado muy útil para evaluar y tratar las lesiones que escapan al alcance del sigmoidoscopio corriente.

Se recomienda colonoscopia en los casos siguientes:

- 1) Anomalías en radiografía por bario (defectos de llenado, estrechez cólica segmentaria y pólipos);
- 2) Hemorragia gastro intestinal crónica;
- 3) Anomalías al anastomosis des---



pués de cirugía cólica; 4) En pacientes específicos que sufren enfermedad intestinal inflamatoria crónica. La colonoscopia permite obtener la biopsia diagnóstica de lesiones proximales. (27)

En el caso de pólipos pedunculados puede practicarse la extirpación para biopsia o tratamiento definitivo, lo que evita en algunos casos la laparotomía y resección.

Estudios radiológicos.- El siguiente examen de gran valor para el diagnóstico de las enfermedades de colon es la radiografía.

Antes del enema baritado es preciso realizar un tacto rectal y una sigmoidoscopia; así se obtiene más información en menos tiempo y con mínimas alteraciones de la mucosa normal. Se recomienda el colon por enema en casi todos los posibles padecimientos del colon, excepto si hay perforación. Algunos cirujanos recomiendan este método cuando hay obstrucción, cuando la placa simple basta para el diagnóstico. Hay que advertir al radiólogo del peligro de una perforación si se sospecha una inflamación del colon, también se debe saber si existe obstrucción parcial o total del colon. Podría ser muy difícil extraer el bario después del examen

si se introduce a presión hasta pasar la obstrucción, Si los estudios con bario señalan la presencia de un pólipo, debe hacerse colonoscopia. En caso de una lesión obstructiva la enema baritada puede ayudar a localizar la situación exacta y la extensión de la obstrucción. Las obstrucciones parciales permite establecer si existen lesiones en otros niveles. Las placas simples del abdomen pueden mostrarnos obstrucción de colon en asa ciega, cuando la válvula ileocecal impide el flujo retrógado, o en su caso de vólvulo, que se acompaña de una gran dilatación y una característica distribución del aire. Los exámenes con medio de contraste pueden mostrar fistulas y su localización. (28)

La angiografía.- Selectiva ha sido útil para localizar sitios de hemorragia en el colon e identificar lesiones vasculares del intestino. La técnica requiere de cateterismo selectivo de las arterias mesentéricas superior e inferior. En algunos casos, el goteo intraarterial de vaso presina o adrenalina ha cohibido el sangrado en pacientes que de otro modo hubieran requerido cirugía de urgencia para corregir la hemorragia masiva. El gammagrama del hígado puede dar información valiosa sobre las posibles metástasis de este órgano. (29)

---

28) D. Krupp, op.cit., p. 404.

29) Ibidem, p. 405.

Otros métodos de diagnóstico.- Antes de la intervención, se recomiendan otros exámenes para reducir otros peligros que amenazan vísceras vecinas. Siempre existe el riesgo de lesionar el duodeno retroperitoneal cuando se interviene sobre colon ascendente.

Debe tomarse una serie gastroduodenal, salvo en presencia de obstrucción del intestino grueso. La resección del colon ascendente o descendente obliga a aproximarse tanto al uréter que conviene estudiar previamente su situación, y cualquier anomalía de su trayecto, mediante pielografía escretoria o ascendente, una alteración de colon podría haber desplazado al uréter.

La colocación previa de sondas ureterales ayuda a la localización del conducto durante la cirugía. Para descubrir el sangrado por tubo digestivo se aplica una inyección intravenosa de isótopos y medición ulterior de radioactividad en las heces, lo que puede llegar a ser muy valioso para descubrir a tiempo ciertas lesiones. (30)

e) Tratamiento Médico Quirúrgico.

El único tratamiento aceptable para el cáncer de colon es el quirúrgico, lo más pronto posible después de establecido el diagnóstico. Si la lesión causa obstrucción, puede ser necesario aliviar ésta antes de realizar una operación definitiva, según la localización de la lesión y otros factores que se examinan más adelante.

El extirpar una lesión primaria no está necesariamente contraindicado por la presencia de metástasis, puesto que existen razones de peso para dicha extirpación aunque no se pueda realizar un procedimiento curativo; se elimina o disminuye la posibilidad de obstrucción, sangrado, perforación, fistulas, infección y eliminación continua de materias fétidas por el recto, que acompaña tan frecuentemente las lesiones colónicas. Si la lesión se ha extendido fuera de los límites del colon y se ha invadido estructuras adyacentes con frecuencia es posible y deseable extirpar estos tejidos con la lesión primaria en el colon, antes de dejar atrás algún tumor.

Algunos médicos recomiendan quimioterapia en caso de cáncer de colon inoperable, recurrente o metastático; se ha utilizado con mayor frecuencia el 5- fluorouracilo, a

veces con excelentes resultados. Pero este proceder no se ha generalizado, sobre todo porque no existe un fármaco ideal.

La inmunoterapia es el sistema más nuevo para el tratamiento de cáncer. Cuando se desarrolle la técnica de producción de inmunidad y se acumule más experiencia, será posible aplicar la inmunoterapia a un mayor número de pacientes. (31)

La extirpación quirúrgica definitiva debe tener en cuenta por lo menos seis factores en cuanto a la disminución del tumor:

1o. Diseminación intramural. Cualquier extirpación curativa se debe realizar dejando un margen suficiente de cada lado de la lesión para que el órgano quede libre de tumor.

2o. Metástasis linfática.- La amplitud necesaria de la operación varía según la dirección y extensión de la diseminación linfática. Las primeras metástasis ocurren en los ganglios pericólicos, el trastorno se extiende a la cadena de ganglios en estrecha asociación con los vasos sanguíneos que riegan el segmento afectado de colon. La resección adecuada deberá incluir la extirpación amplia de los conductos

---

31) Sabiston, David C. op.cit., p. 1076.

linfáticos proximales. La presencia de metástasis linfáticas reduce el 50% el pronóstico de supervivencia a los cinco años.

30. Diseminación venosa.- La importancia de esta vía de diseminación quedó demostrada al encontrar células tumorales en sangre venosa procedente de los segmentos de colon afectados, principalmente durante la manipulación de estas áreas. Esto condujo a Turnbull a aconsejar la ligadura precoz de las venas de un segmento de colon antes de cualquier otra maniobra. Sin embargo, la importancia de la existencia de células tumorales en sangre venosa no es clara.

No se ha establecido relación directa entre la existencia de células tumorales en sangre porta y la supervivencia. (32)

40. Implantación de la anastomosis.- Nuestros estudios en el laboratorio y en el hospital y muchos otros, han mostrado claramente que este fenómeno explicaba gran número de recaídas y no recibía la atención que merece. El resumen de los datos experimentales muestra que son relativamente pocas las técnicas que permiten evitar esta forma de propagación.

---

32) Ibidem, p. 1077.

50. Extensión directa.- Los tumores del colon pueden atravesar la serosa e invadir cualquier órgano en contacto con el colon, por ejemplo, la próstata. En la mayoría de los casos el órgano afectado y puede ser extirpado junto con la lesión primaria; por lo tanto, la invasión de otro órgano no es necesariamente una contraindicación para la intervención.

60. La diseminación transperitoneal. Suele significar enfermedad generalizada, muchas veces una lesión inoperable.

Como se ha mencionado anteriormente el tratamiento del cáncer del colon es ante todo quirúrgico, aunque podrá utilizarse una combinación de cirugía y radioterapia. Según el lugar del tumor y el tiempo en el que el tratamiento se inicia, podrá ser posible eliminar completamente el tejido maligno de la sección afectada del intestino y restablecer la continuidad normal del tracto uniendo los segmentos restantes. Si este tratamiento no es posible, debido al tamaño y a la difusión del tumor o al estado general del paciente, deberá efectuarse una colostomía temporal o permanente, para aliviar la obstrucción; y se efectúa cirugía más radical para eliminar el desarrollo maligno y restablecer la continuidad del intestino, una vez que el estado físico del paciente haya mejorado. (33)

---

33) Ibidem, p. 1078.

## Colostomía.

La colostomía es una abertura del colon que desempeña algunas funciones del ano, o todas ellas. Puesto que la colostomía puede ser parte del tratamiento quirúrgico, es preciso conocer los tipos de colostomía que se realizan, y sus indicaciones. 1) Puede subsistir el ano como abertura distal del tubo digestivo. 2) Puede desviar las materias fecales de algún fenómeno patológico más alejado. 3) Permite lograr descompresión en caso de obstrucción. En general las colostomías se llevan a cabo en la pared abdominal anterior. El tipo de colostomía que utiliza el cirujano depende del fin perseguido. (34)

1.- Colostomía permanente. Se lleva a cabo para subsistir el ano cuando es preciso extirpar éste, junto con el recto. Idealmente, una colostomía permanente debe ser única (para facilitar la higiene), para fines de riego. Se logran mejor estos objetivos con una colostomía terminal de colon izquierdo a la altura de fosa iliaca izquierda.

2.- Colostomías temporales. Estas constituyen medidas provisionales en espera de restaurar la continuidad del colon después de resolver el problema agudo que obligó a rea-

---

34) D. Krupp, op.cit., p. 420.



lizar la colostomía. Idealmente una colostomía temporal debe ser fácil de realizar, permitir la resección definitiva sin que se altere la colostomía, y permitir una restauración fácil y segura de la continuidad del intestino. Se logran estos objetivos con una colostomía en asa derecha transversa cuando el problema patológico asienta el sigmoides. (35)

Los términos colostomía en asa, colostomía con exteriorización, colostomía con resección y colostomía de MIKULICZ, son prácticamente sinónimos. Se lleva al exterior una asa de colon haciendo pasar las porciones proximal y distal por la misma incisión. Este tipo de colostomía es rápida y muy útil cuando se desea descompresión de un colon obstruido junto con exteriorización de una carcinoma perforado de sigmoides.

Una colostomía terminal es la que tiene un solo orificio, únicamente se exterioriza la porción proximal del colon.

En una colostomía de HATMANN se extirpa lesión del colon, el extremo proximal se exterioriza formando una colostomía terminal, y el extremo distal se sutura y se deja en el abdomen. Este método tiene la ventaja de eliminar la le-

sión, pero dificulta la restauración de la continuidad del intestino.

Una colostomía de doble orificio o colostomía de DEVINE es el método más eficaz para desviar completamente el flujo de las heces de una lesión distal. Ambas porciones del colon se exteriorizan a través de dos incisiones separadas de la piel. El orificio proximal es una colostomía terminal; el orificio distal se llama fístula mucosa. Esta colostomía asegura una desviación completa y temporal de las heces, pero la restauración de la continuidad intestinal es más difícil.

Una cecostomía puede consistir en la exteriorización del ciego o en la colocación de una sonda en su interior. En un tiempo la cecostomía con entubación se usó ampliamente para descomprimir obstrucciones del colon. (35)

Una colostomía de un solo orificio cumple con esta exigencia. En casos de urgencia la supervivencia del paciente debe ser la preocupación principal. Por consiguiente debe hacerse una colostomía sencilla, que permita la extirpación posterior de la lesión, el restablecimiento de la continuidad del intestino o ambas cosas. Por ejemplo, en un cáncer

---

36) S. Smith Dorothy, op.cit. p.709.

que obstruya el sigmoides sin metástasis al hígado, una colostomía transversa del lado derecho permite una adecuada y rápida descompresión; posteriormente el cirujano puede extirpar el colon descendente sin alterar la colostomía y restablecer continuidad intestinal después de recuperado el paciente de resección. (37)

f) Aceptación del tratamiento quirúrgico.

Cada paciente requiere un plan de cuidado adaptado a sus necesidades individuales, que considera no solo la experiencia quirúrgica del paciente, sino también su preparación para su cirugía, recuperación y su aprendizaje para vivir.

Puede proporcionarse al paciente instrucciones acerca de la cirugía y los principios generales del cuidado. Antes de la cirugía es necesario ayudar al paciente a alcanzar la etapa de recuperación en la que tenga un dominio y seguridad en sí mismo.

En ocasiones habrá que permitir al paciente expresar sus sentimientos acerca de la cirugía. No es raro que un paciente que parecía valiente antes de la operación, se haga

---

37) Ibidem, p. 710.

reprimido y retraído después de ésta. Por regla general, sin embargo, si las personas que lo atienden muestran paciencia y apoyo, el paciente no tarda en empezar a considerar normal su padecimiento y tratamiento, y desarrollará cierto interés en su atención. En ocasiones, un comentario causal pero correcto representa un apoyo para el paciente; los miembros del equipo de atención deberán establecer planes para proporcionar una mayor ayuda, en relación con la aceptación de tratamientos quirúrgicos.

Debido a que la cirugía implica pérdida y cambio en la imagen del cuerpo, los pacientes atraviesan un período de congoja, esto no debe acelerarse, se requiere tiempo y paciencia para ayudarlo en dicho momento. El paciente podrá experimentar un período de incredulidad, negación, irritación, desaliento o desesperación antes de acabar aceptando su situación.

Llegará el caso de pensar en el suicidio, la presencia de la enfermera y el médico, su interés y su ayuda son esenciales no solo para aceptar al paciente en su congoja, sino para ayudarlo a ver el progreso que se va a realizar. Las decisiones de quien enseñará al paciente, los distintos aspectos de su tratamiento, deben tomarse pronto y definitivamente, para que el paciente no sea dado de alta antes de

haber aceptado psicológicamente la cirugía que se le realizó y la necesidad del tratamiento posterior a la misma.

La atención de vigilancia ulterior después de el alta constituye un aspecto esencial del plan de atención, aún si el paciente ha demostrado, al parecer, su capacidad para llevar a cabo las actividades de su autoatención, el paciente y su familia han de intervenir activamente en su atención y cuidado posterior.

Para afirmar lo antes mencionado se especifican los pasos que seguir para una favorable aceptación del tratamiento.

Inicialmente habrá que tomar en cuenta la aceptación de la cirugía, siempre y cuando no sea urgente, así como las actitudes y reacciones pre y post operatorias. La duración de la enfermedad y la incapacidad ocasionada por la misma, tipo de vida e interrupción, la edad es un factor muy importante, capacidad para establecer nuevas relaciones sociales así como la capacidad de enfrentamientos a dificultades. (38)

g) Planeación de la asistencia en el tratamiento.

En muchos casos, el paciente médico quirúrgico ha buscado cuidado a causa de alguna afección física, y esta afección puede agravarse, por supuesto, por la tensión emocional, o a un ser causada por ella. Sin embargo, generalmente la atención del paciente, y el punto focal de su tratamiento, se encuentra en su padecimiento físico. Teniendo presente que la atención del paciente se concentra generalmente en su estado físico y que no se interesa primordialmente por buscar consejos personales, este hecho ayudará a establecer el tono para su relación con él. La capacidad para proporcionar apoyo y consejo emocional se acrecentará por el reconocimiento del punto de vista del paciente en cuanto al motivo para buscar el tratamiento.

El cuidado de los pacientes quirúrgicos requiere un alto grado de capacidad para considerar, tanto el cuidado físico del paciente como sus reacciones emocionales a la enfermedad y el tratamiento. Con frecuencia se combinan estos dos aspectos para bienestar del paciente.

Los pacientes de cirugía requieren mucho contacto físico, habrá que estar alerta a los movimientos anormales que presente.

Existe gran variedad entre los pacientes quirúrgicos, variedad de edad, de diagnóstico y grado de enfermedad, por nombrar sólo tres variantes. Algunos de estos pacientes se encontrarán completamente incapacitados; otros serán capaces de cuidarse a sí mismo. Por lo tanto, la asistencia de planeación en su tratamiento será diferente.

Además del mantenimiento de sus funciones normales, el paciente tiene necesidades específicas ocasionadas por su enfermedad. En este sentido, el médico es el responsable inmediato del diagnóstico y el tratamiento del paciente; sin embargo, nuevamente corresponde a la enfermera vigilar que los procedimientos terapéuticos se integren efectivamente dentro del plan de atención integral, esto significa que por indicaciones del médico, la enfermera realice procedimientos especiales de alimentación y mantenimiento del balance hídrico, como alimentación por sonda administración de líquidos por vía intravenosa. Además realizará o supervisará las modificaciones que deben hacerse a los métodos habituales de aseo y comodidad, para adaptarlos a la inmovilización del paciente o bien pondrá en práctica técnicas especiales de relaciones humanas cuando existan alteraciones psicológicas graves.

Independientemente del problema de salud del paciente,

la enfermera se dedicará a su atención integral, esto es, a satisfacer las necesidades normales y terapéuticas del paciente integrando los cuidados de enfermería, considerando que posee la inteligencia y preparación necesarias para actuar sin recibir indicaciones escritas del médico.

La planeación de la asistencia en el tratamiento varían según los problemas y necesidades particulares del paciente, pero podrán comprender los siguientes:

- Atender y animar al paciente para ayudarlo a satisfacer las necesidades básicas.

- Actividades curativas, esto es, aquellas para aliviar la enfermedad y sus síntomas.

- Asesorar al paciente y su familia en relación con sus problemas de salud.

- Proporcionar guía anticipada en relación con las tareas biopsicosociales de desarrollo.

- Instruir al paciente y su familia acerca del fomento de la salud, de la prevención de enfermedades y de la manera de tratar los problemas de salud.



- Arreglar y adaptar el medio ambiente del paciente para facilitar su bienestar,
- Intervenir en situación de crisis.
- Apreciar la reacción del paciente a su atención y ajustar el plan de atención de enfermería en consecuencia.
- Coordinar las actividades de atención proporcionadas.
- Transferir a los pacientes a servicios, cuando sea necesario.

#### h) Historia Natural del cáncer de colon.

**Concepto:** Es el crecimiento anormal celular que invade el tejido normal o se transporta a órganos distantes.

#### **Introducción.**

**Factores del agente.** En la actualidad se desconocen las verdaderas causas del cáncer de colon; dentro de las hereditarias tenemos:

Los pólipos, que son masas de tejido que nace en la mucosa y hace protrusión en la luz. Se considera la poliposis como una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia

de un gran número de pólipos, éstos con el paso del tiempo se convierten en cánceres debido a la degeneración maligna que sufren. Dentro de los factores hereditarios tenemos también el síndrome de Peutz - Jehers y el de Gardner - Turcot, al primero se le denomina también póliposis intestinal, o sean pólipos que contienen caracteres celulares del intestino delgado y que en ocasiones tienden a malignizarse tal vez debido a una determinación genética. El síndrome de Gardner - Turcot, también denominado poliposis cólica es una variante de la poliposis familiar, pero con la diferencia de que ésta se halla asociada a la presencia de quistes sebáceos o epidermoides, fibromas de piel y osteomas óseos, la gran mayoría de los pólipos con el paso del tiempo tienden a malignizarse.

Otro posible agente de origen inmunológico es el antígeno carcinoembrionario (CEA) El cual es un complejo de proteína - polizacárido el cual se ha descubierto en carcinomas de colon.

Dentro de los agentes de origen fisiológico tenemos que el organismo humano cuenta con oxidasas (oxidasas de función mixta OFM). Estas actúan sobre los componentes procarcinógenos de la dieta, rindiendo sustancias electrofilicas que alteran el ADN y determinan la transformación neo--

plásica de la célula. Los ácidos biliares promueven en modo los animales el desarrollo del cáncer de colon debido a la presencia de un agente metabolizado por el hígado, secretado por la bilis que al ser desdoblado por las bacterias de la flora anaeróbica producen un agente carcinógeno.

Dentro de los factores de origen alimentario tenemos: Los grandes consumos de carne animal, ya que esta carne debido a su grasa estimula el desarrollo de bacterias, particularmente los bacteroides las cuales poseen más actividad en cuanto a la degradación del colesterol para convertirlo en carcinógeno, aunque este último no es capaz de generar por sí solo un proceso neoplásico, sin embargo, prepara al epitelio haciéndolo más susceptible a la acción de las sustancias carcinógenas, a su vez actúa como agente permisivo influyendo en el metabolismo, solubilidad y excreta de estos estimula el desarrollo como ya dijimos de ciertos procesos neoplásicos. También el uso de dietas de bajo residuo o bien el uso de harinas sumamente refinadas las cuales pueden favorecer la presencia de estreñimiento, modificando la flora intestinal y alterando el contenido bacteriano.

Dentro de las causas varias tenemos las inflamaciones crónicas como la colitis en sus diversas formas, debido a la sensibilización que ejercen en el paciente; sobre todo la de origen bacteriano, debido a ésta actúa removiendo un

grupo destoxicador agregado al carcinógeno por el sistema hepático, inducen a la activación de ciertos procarcinógenos, siendo capaces de metabolizar ciertas sustancias endógenas y producir carcinógenos o sustancias capaces de estimular la síntesis de carcinógenos.

#### Factores del huésped:

El cáncer de colon por lo general se presenta después de los 40 años de edad pero sobre todo alrededor de los 70 años.

Este tipo de cáncer es más frecuente en las mujeres.

En sujetos donde existen malos hábitos higiénico-dietéticos, como el consumo de golosinas o pastelillos los cuales contienen una cantidad elevada de harina refinada, a su vez la falta de alimentos los cuales son ricos en residuos, lo cual aumentaría el tránsito intestinal, lo que evitaría la presencia de estreñimiento, a su vez las personas que no mantienen una defecación normal, el estreñimiento predispone al cáncer del intestino al permitir una exposición prolongada de la mucosa a carcinógenos externos existentes en la evacuación, ya que es en el recto donde permanecen más tiempo las heces, esto permite un contacto más prolongado del carcinógeno con el epitelio y la mucosa del recto.

Factores del ambiente.- Este tipo de padecimiento se presenta en cualquier clase social, aunque se piensa en las altas, debido al alto ingreso, lo que favorece la adquisición de productos más refinados así como carne, los cuales son considerados como factores predisponentes, a diferencia de las clases bajas donde las dietas contienen más residuos debido a la presencia de verduras verdes.

Se presenta más en grandes concentraciones humanas o sea en las ciudades, debido a varias causas como los malos hábitos alimentarios y al estrés en que se vive en estas ciudades.

Por lo anterior, las comunidades demasiado industrializadas son aquellas más afectadas por este tipo de cáncer, como lo son la inglesa y la norteamericana debido al exceso de esteroides, a diferencia de sociedades indias o japonesas las cuales son bajas en esteroides.

Periodo Pre - Patogénico.

Prevención Primaria:

- 1) Campaña de alfabetización.
- 2) Educación dietética.
- 3) Campañas pro - planificación familiar.

4) Consejo genético.

Período Patogénico.

Prevención secundaria:

Diagnóstico temprano.

- 1) Historia clínica completa.
- 2) Examen físico completo.
- 3) Estudios radiológicos.
- 4) Inmunofluorescencia.
- 5) Rectosigmoendoscopia.
- 6) Biopsia o citología.
- 7) Estudios de motilidad intestinal.

Tratamiento oportuno:

- 1) Cirugía (Resección)
- 2) Tratamiento dietético.
- 3) Electrocauterización.
- 4) Inmunoterapia.
- 5) Quimioterapia.
- 6) Radioterapia.

Prevención Terciaria:

Limitación del daño.

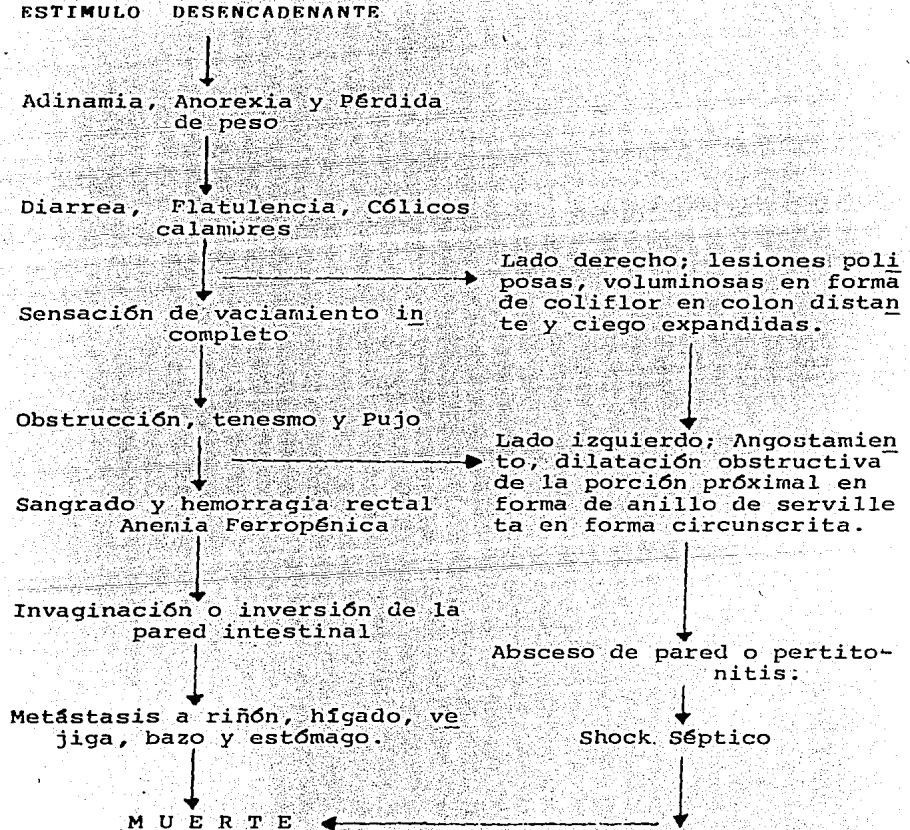
- 1) Cirugía (Colostomía)
- 2) Tratamiento dietético.
- 3) Psicoterapia.

#### 4) Prevención y tratamiento de complicaciones.

##### Rehabilitación:

Adaptación física, psicológica, familiar, social y laboral del paciente con daño permanente o bien incapacidad.

CURSO DEL CANCER DE COLON





III. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA DE UNA PACIENTE  
CON CANCER EN COLON.

A) HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

1. DATOS DE IDENTIFICACION.

Nombre: J. M. C. Servicio: Tumor  
res Mixtos. No. de Cama: 426 Oncología. Fecha de Ingre  
so: 10. de Diciembre de 1985. Edad: 79 años. Sexo: Fe  
menino. Estado civil: Casada. Escolaridad: Primaria  
completa. Ocupación: Hogar. Religión: Católica. Nacio  
nalidad: Mexicana. Lugar de procedencia: Tenango del  
Valle, Estado de México.

2. AMBIENTE FISICO.

Habitación: Casa propia con todos los servicios, son  
suficiente iluminación y ventilación, bien construida  
(tabique y concreto) en total cuatro habitaciones.  
Servicios sanitarios: Agua intradomiciliaria, drenaje,  
sanitario en servicio, control de basura cada tercer  
día pasa el carro recolector. Pavimentación y asfalto,  
iluminación con luz mercurial. Vías de comunicación:  
cuenta con teléfonos públicos cercanos. Los medios de

transporte son camiones de la Ruta 100, metro, peseros, aunque prefiere su auto particular. Recursos para la salud: cuenta con médico particular, centro de salud, e I.M.S.S.

#### HABITOS HIGIENICOS.

Baño de regadera cada tercer día con cambio de ropa total, aseo bucal después de cada alimento (prótesis completa).

Alimentación: Desayuno 9 de la mañana, café con leche, pan y jugos (suficiente en calorías y proteínas). Comida.- 2 de la tarde, sopa o consomé, carne asada o verduras, frutas, jugos, pan (suficiente en calorías y proteínas). Cena.- 8 de la noche, solamente té, café o leche.

Alimentos que originan desagrado: la carne de puerco y el huevo.

Alimentos preferentes: frutas, verduras y jugos.

Intolerancias: Calabazas y frutas en almibar.

Eliminación vesical: de 3 a 4 veces en cantidad y características normales. Intestinal: anteriormente de 2 a 3 veces normal. Hace tres meses que presenta cuadros de constipación alternados con evacuaciones líquidas.

Descanso.- Es relativo no tiene horario, por la asistencia médica. Sueño.- Suficiente para su edad de 10

de la noche a 6 de la mañana, a veces tranquilo y en ocasiones por molestias es irregular.

Diversiones.- Son relativas y mínimas desde su padecimiento.

#### COMPOSICION FAMILIAR.

Esposo 85 años Pensionado Mínima participación económica. Hijo 51 años. Ing. electricista Colabora con 100,000 mensual.

Paciente 79 años hogar.

Dinámica social.- Sólo reuniones familiares y no con mucha frecuencia. En cuanto a su conducta.- Es sociable, agradable, aunque en momentos depresiva y acongojada. Rutina cotidiana.- Mínimos quehaceres domésticos, por la asistencia constante al médico.

### 3. PROBLEMA ACTUAL.

Padecimiento de 5 años de evolución caracterizado por aparición de tumor en cuadrante inferior derecho; desde hace tres meses presenta aumento de volumen de la ya mencionada tumoración, acompañada de dolor, pérdida de peso, de 15 krg. en 10 meses y cuadros de constipación alternados con evacuaciones líquidas con sangrados.

Antecedentes personales patológicos.

Niega antecedentes transfusionales y quirúrgicos, frac

tura de tobillo izquierdo hace 27 años, diabétes melli tus desde hace 20 años controlada con hiperglucemian--tes orales.

Antecedentes familiares patológicos.

Padre muerto por infarto al miocardio. Madre muerta por hidropesia. Tres hermanos muertos por complicaciones de diabetes, un hermano muerto por cáncer de estómago, es-  
poso vivo con dos infartos al miocardio en control,  
hijo vivo aparentemente sano.

Comprensión y/o comentario acerca del padecimiento.

Paciente femenina de 79 años de edad que presenta ante-  
cedentes familiares no favorables para su padecimiento  
actual.

Participación del paciente y la familia en el diagnós-  
tico tratamiento y rehabilitación.- En cuanto a la par-  
ticipación de la paciente es variable según su estado  
de ánimo, sus familiares muestran preocupación al cono-  
cer el Dx; pero están dispuestos a colaborar en lo que  
sea necesario para el progreso de la salud de la pacien-  
te.

#### 4. EXPLORACION FISICA.

Inspección.- Aspecto físico.-Femenina de 79 años de  
edad aparente a la cronológica, consciente, tranquila,  
sin facies de dolor pero sí de enfermo crónico, colabo

ra en el interrogatorio, palidez general. Su estado emocional es variable, pero predomina la ansiedad y la depresión aunque a veces es optimista.

Palpación.- Abdomen a espensas de panículo adiposo; se palpa tumoración redonda de aproximadamente 8 por 12 cms. en cuadrante inferior derecho, doloroso a la palpación profunda y tolerable a la superficial; no ganglios inguinales.

Percusión.- Presencia de ruidos peristálticos no hepatomegalia. Auscultación.- Cuello corto cilíndrico si adenopatías, mamas propias de su edad. Tórax con movimientos normales, ambos campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos frecuencia e intensidad normal, extremidades completas simétricas y funcionales.

Somatometría.- Peso 57 kgr. Talla 1.50 m.

Peso actual 57 kgs. Pulso 80x' Resp. 20x' Temp. 36°C.

Peso habitual 74 kgr. P/A 130/80

## 5. DATOS COMPLEMENTARIOS.

Exámenes de laboratorio.

Fecha	Tipo	Cifras Normales	Cifras Paciente	Observaciones
6/XI/85	Glicemia		205 mg%	
	E.G.O.	1,003-1,035	densidad 1,015	
		6	Ph 5	

Fecha	Tipo	Cifras Normales	Cifras paciente	Observaciones
		Neg.	Gluc.	
		Neg.	acetona +	
		Neg.	Hb	
		Menos de	Sedimentos	
		10 leuc.x campo	Leucocitos 4	
		Neg,	Bilirrubina -	
4/XII/85	Electrolitos.	99-110 m Eq.	Cloro mEq	
		3.8-5.1 "	Potasio 43 mEq	
		132-144 "	Sodio 140 mEq	
	Q.S.	70-110 mg.	Glucosa 220 mg.	Aumentada
		16-35 mg.	Urea 25 mg.	
		015-1.5 mg.	Creatinina 1.2 mg.	
10-XII-85	B.H.	13.5-17 mg.	Hb 14.2	
		40 - 52	Hematocrito 44	
		32 - 36	Gmhc 32	
		5,000000 - 10,000000	Leucocitos 8.200	
11-XII-85	Electrolitos	99-110 mEq.	Cloro 98 mEq	Disminuido
		132-144 mEq	Sodio 145 mEq	
		3.8-5.1	Potasio 43 mEq	
13-XII-85	Glicemia		Glucosa 158 mg.	
20-XII-85	"		Glucosa 138 mg.	
	Q.S.		Glucosa 142 mg.	Aumentada
			Urea 30 mg.	
			Creatinina 1.2 mg.	
20-XII-85	Bilirrubinas		Proteinas totales 73 g.	
		8-40u	Trasaminasa g. Oxala 19 u	

Fecha	Tipo	Cifras Normales	Cifras paciente	Observaciones
		5-35u	Transam.g.pirivica	10u
		1-4u	Fostatasa Alcalina	1.7u
4-II-86	E.G.O.	1,003-1,035	Densidad	1009
		6	Ph	6
		Neg.	Proteinas	
		"	Glucosa	-
		"	Hb	
		Menos de 10 Leuc.x campo	Bilirrubina	-
		Neg.		
6-III-86	Glicemia		Glucosa	150 mg.

## EXAMENES DE GABINETE.

TIPO	OBSERVACIONES
Oct. 85 Colon por enema	Presenta irregularidad en el llenado del ciego.
14-Nov.85 la Colonoscopia	Se observa algunos cuellos diverticulares, y en ciego, una lesión tumoral polipoide que ocupa, no menos del 50 a 60% de la luz intestinal sin lograr distinguir su longitud.
26 Nov.85 2a.Colonoscopia	Con motivo de biopsia previa negativa a la malignidad, se realiza nuevamente estudio; identificando tumor fungante que ocupa la mayor parte de la luz cecal de donde se toma biopsia.
Enero 86. Ap y Lateral de Tórax.	Normal, con discreta hipoventilación de ambas bases con retención de secreciones, no hay otros cambios.
Colon por enema	Cambios post-quirúrgicos en relación con hemicolectomía derecha; en colon residual no hay datos de actitud tumo



TIPO	OBSERVACIONES
Nov.85 Gamagrama Hepatoesplénico.	<p>ral. Se observa enfermedad diverticular.</p> <p>Se observa glándula hepática normal, la concentración del radiofármaco en el interior de la glándula es irregular sin evidencias de lesión ocupante de espacio. Bazo no valorable.</p>

#### 7. PROBLEMAS DETECTADOS.

Tumoración en fosa iliaca derecha.

Dolor abdominal.

Alteraciones intestinales.

Pérdida de peso.

Anorexia.

Náuseas

Vómito.

Depresión.

Tristeza.

Diabetes mellitus.

## 8. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente femenina de 79 años, que presenta tumoración en fosa iliaca derecha, dolorosa a la palpación profunda no así a la superficial; diabética desde hace 20 años, controlada con hiperglucemiantes orales, refiere dolor abdominal, alteraciones intestinales, pérdida de peso, anorexia, vómito, náuseas. En cuanto a su aspecto emocional, manifiesta depresión y tristeza.

## B) Diagnóstico de enfermería.

Paciente femenina de 79 años de edad de nivel socioeconómico medio. Hábitos higiénicos y alimentarios de regular calidad, habitación en favorables condiciones de iluminación, ventilación y construcción. Como antecedentes familiares patológicos, padre muerto por infarto al miocardio, madre muerta por hidropesía, tres hermanos muertos por complicación de diabetes mellitus, hermano muerto por cáncer de estómago, esposo vivo con dos infartos al miocardio en control, hijo vivo aparentemente sano.

Antecedentes personales patológicos, niega antecedentes transfusionales y quirúrgicos, traumáticos; fractura de tobillo izquierdo hace 27 años, diabetes mellitus desde hace 20 años controlada con hiperglucemiantes.

Padecimiento actual. Lo inicia desde hace cinco años al notar la presencia de tumoración en el cuadrante inferior derecho. Fue valorada por ginecología programándola para estudio, al cual no asistió.

Desde hace tres meses refiere que el tumor ha crecido acompañándose de dolor, pérdida de peso hasta 15 kgr. en 10 meses, y cuadros de constipación alternándose con diarrea y

sangrado. Existe además anorexia, astenia y adinamia, náuseas y vómitos.

A la exploración, abdomen distendido, existe peristalsis de lucha, se palpa en fosa iliaca derecha una masa aumentada de consistencia no desplazable. Estudios de colonoscopia sospecha de pólipo mixto vellosos y adenomatoso. Postquirúrgico, Cáncer de ciego.

## 1. JERARQUIZACION DE PROBLEMAS Y NECESIDADES"

PROBLEMA	NECESIDAD
Tumoración en fosa iliaca derecha.	En estudio para conocer su origen.
Dolor Abdominal	Alivio (Administración de analgésicos).
Alteraciones intestinales	En estudio para conocer el origen y corregir.
Pérdida de peso.	Dieta balanceada
Anorexia	Alimentación
Náuseas	Limitación
Vómito	Prevención de vómito.
Depresión	Comprensión y seguridad.
Tristeza	Cariño y afecto.
Inquietud	Tranquilidad.
Inadaptación	Adaptación.

## FORMULACION DE HIPOTESIS

Tumoración en fosa iliaca derecha	La obstrucción mecánica se produce por anomalías congénitas, procesos inflamatorios, tumores y adherencias.
Dolor Abdominal.	La sensación del dolor indica lesión o peligro del organismo.

Alteraciones intestinales.	El desequilibrio entre la estimulación simpática y la parasimpática aumentan el tono del colon.
Pérdida de peso.	La deficiencia proteica y calórica produce pérdida de peso, debilidad y fatiga.
Anorexia.	La falta de apetito se puede producir por depresiones emocionales ciertas enfermedades, principalmente gastrointestinales.
Náuseas	Sensación física en la que hay malestar gástrico.
Vómito	El centro del vómito se localiza en el bulbo raquídeo.
Depresión	La depresión se demuestra o se refleja en estados subjetivos de sentimientos, en comportamiento generado a partir de emociones y en cambios adaptativos.
Tristeza	Las emociones están relacionadas con los acontecimientos diarios.

**Inquietud**

La expresión de un sentimiento o de una emoción se logra a través de una gran variedad de reacciones del comportamiento.

**Inadaptación.**

Los mecanismos de adaptación generalmente no se seleccionan conscientemente, pero ocurre como resultado de la experiencia y desarrollo.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

80.

NOMBRE DEL PACIENTE: J. M. C.  
 EDAD: 79 AÑOS  
 SEXO: FEMENINO

FECHA DE INGRESO: 1-XII-85  
 SERVICIO: TUMORES MIXTOS (ONCOLOGIA)  
 CAMA: 421

DIAGNOSTICO MEDICO: PROBABLE CANCER DE CIEGO  
 OBJETIVO DEL PLAN: Planear y realizar las actividades;  
 que ayudarán al paciente a adquirir  
 o conservar su estado físico y psicosocial.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:  
 Paciente femenino de 79 años  
 que presenta tumoración en fosa  
 iliaca derecha, dolorosa a la  
 palpación profunda; no así en la  
 superficial.  
 Diabética desde hace 20 años.

PROBLEMA	MANIFESTACION PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	NECESIDADES	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA	EVALUACION
Tumor en fosa iliaca derecha	Dolor	El dolor se percibe en la superficie corporal, aunque existen nervios cutáneos para la percepción del dolor.	Alivio	Administración de analgésicos proporcionarle tranquilidad.	Los analgésicos son sustancias medicamentosas que tienen como efecto disminuir el dolor.	Se le administra dipirona 1 gr. l. m. y el dolor disminuye, más no totalmente.
	Costipación	El paso de las heces a través de colon y de la defecación pueden bloquearse por compresión del colon o crecimientos anormales.	Corregir las alteraciones intestinales.	Observar al paciente en busca de signos y síntomas de obstrucción intestinal.	Las obstrucciones dentro del conducto gastrointestinal pueden causar problemas de digestión y absorción.	
	Diarrea	El aumento de la motilidad del aparato gastrointestinal, trae como consecuencia trastornos en las digestión y absorción de los nutrientes porque no permite que haya suficiente tiempo para que		Evaluar las evacuaciones y reportar de acuerdo con la frecuencia, cantidad y características importantes.	La absorción de los productos terminales de la digestión dependen no solo de la motilidad del conducto.	



	<p>estos procesos se lleven a cabo de una manera adecuada.</p> <p>Las disfunciones son causadas por una insuficiencia de factores nutricionales necesarios para la salud y el bienestar.</p>				
Pérdida de peso.		Corregir su peso ideal	Proporcionar una dieta suficiente en cantidad como en calidad.	Las lesiones del organismo que requieran reparación o reposición de tejido (cirugía) aumentan las necesidades nutricionales del individuo.	Se proporciona dieta; pero no la acepta por falta de apetito y náuseas.
Anorexia.	<p>Manifestación que se caracteriza por la falta de apetito. Se puede producir por estado depresivo, emocional y ciertas enfermedades que involucran el aparato gastro intestinal.</p>	Alimentación	<p>Insistir en la ingesta de alimentos.</p> <p>Asistencia durante la dieta.</p>	<p>En el hipotálamo existen centros del hambre y de la saciedad.</p> <p>Hay centros más altos en la corteza cerebral que están relacionadas con el centro del apetito y con la selección tanto de la cantidad como de la calidad del alimento.</p>	<p>Rehusa de la ingesta de la dieta por sentir malestar nauseoso.</p>
Náuseas	<p>Sensación física en la que hay malestares gástricos y estimulación mecánica de la faringeo laríngea, puede haber hipersalivación.</p>	Limitación	<p>Limitar el ingreso de alimentos.</p> <p>Evitar movimientos bruscos que pueden provocar náuseas.</p>	<p>Para evitar las náuseas es necesario que se eliminen los residuos alimenticios que se encuentran en el conducto gastrointestinal.</p>	<p>Por indicación médica se inicia el ayuno.</p>
Vómito	<p>Los músculos de la pared abdominal se contraen. el esfínter cardíaco y el esfínter se relajan. Y las contracciones energéticas de los músculos abdominales provocan la eyección del contenido gástrico.</p>	Prevención del vómito.	<p>Administración de antieméticos evaluar la cantidad y características del vómito.</p> <p>Prevenir la aspiración. Proporcionar higiene bucal.</p>	<p>El vómito provoca la pérdida de líquidos y electrolitos. También es auxiliar como diagnóstico.</p>	<p>El ayuno limita la sensación de náuseas y el vómito.</p>

	<p>En general se debe tomar biopsia de todas las lesiones observadas.</p>		<p>Administración de enemas evacuantes por turno.</p>	<p>La introducción de una sonda rectal para dilatar el esfínter anal, ayuda a expulsar los residuos fecales. Los enemas evacuantes se administran con objeto de vaciar el intestino.</p>	<p>Procedimiento con la paciente en decúbito dorsal y previa aplicación de diazepam 10 mg. IM y administración oral de butilhidrocina, se pasó por vía anal el Colonoscopio Olympus hasta una distancia de 80 cm. con lo que mediante maniobras de inserción y retracción, se alcanzó el ciego; localizando una lesión tumoral, que ocupa no menos de 50 al 60% de la luz intestinal; sin lograr definir su longitud; se tomó biopsia de la masa en ciego. El estudio se realizó sin complicaciones. (Resultado de los estudios de colonoscopia) Adenocarcinoma de ciego.</p>
<p>Programación de cirugía.</p>	<p>La preparación inmediata para cirugía suele comenzar la tarde anterior al día programado para la operación.</p>	<p>Preparar para cirugía.</p>	<p>Administración de medicamentos (neomicina 1 gr. v.o. c/8 hs. antes del estudio)</p> <p>(Eritromicina 1 gr. v.o. c/8 hrs.)</p>	<p>Antibiótico de acción bacterostática activo sobre bacterias gram negativo y estreptococos. Por vía oral en un gran antiséptico intestinal debido a que apenas se absorbe. Por su acción tóxica no se administró por vía parenteral.</p> <p>La eritromicina es un antibiótico bacterostático (detención del desarrollo de las bacterias vivas o muertas) se emplea casi exclusivamente en las infecciones por cocos gram positivo.</p> <p>La finalidad de preparar la piel es lograr asepsia, esto es, eliminar lo mejor posible los microorganismos, y con ello disminuir durante la cirugía la posibilidad de que pase a la herida desde la superficie cutánea.</p>	<p>Las acciones de enfermería pre-operatorias, fueron favorables para el paciente.</p>

	Depresión	La inseguridad puede dispersar por proyección de los sentimientos hacia el medio ambiente.	Seguridad.	Brindar la orientación acerca de su padecimiento. Proporcionar un medio ambiente agradable.	El equilibrio psicológico está influido por y relacionado de manera compleja con la función cognocitiva incluyendo las opiniones de creencias y las actitudes.	Se logró disminuir la depresión y se evitó llegar al estado de stress.
	Tristeza.	Todo individuo sano o enfermo desea ser acompañado y tomado en cuenta.	Cariño Afecto.	Brindarle relaciones satisfactorias, tanto del equipo interdisciplinario de salud como familiar.	Las actitudes y acciones de los demás que indiquen que el individuo es digno de atención y ayuda contribuyen a que se sienta atendido y cuidado.	La relación enfermera-paciente es favorable.
Diabetes Mellitus	Hiperglicemia	La concentración normal de glucosa en sangre es de 70 a 10 mg. x 100 ml. de sangre. En la diabetes Mellitus el metabolismo de los carbohidratos se encuentra deprimido porque el transporte de glucosa de la sangre a las células se encuentra obstaculizado, y la concentración de la glucosa en la sangre se eleva.	Disminuir la cifra de glucosa.	Control estricto glucoetunurias con esquema de cruces ++0 ++4 +++8 ++++=12U  Administración de insulina rápida cristalina de acuerdo con el esquema de las glucoetunurias.	Las glucoetunurias son estudios que se realizan con tiras reactivas para cuantificar la glucosa en orina.  La insulina acelera el metabolismo de la glucosa, disminuye la concentración de glucosa en sangre y aumenta el almacenamiento de glucógeno en los tejidos corporales.	La cuantificación de glucosa con orina es esencial para un esquema de insulina.  La administración de insulina ayuda a corregir la hiperglicemia.  Posterior a la preparación adecuada se procedió al estudio de colonoscopia.
	Estudios pre-operatorios. Colonoscopia.	Los instrumentos fibroscópicos cuya longitud varía de 85 a 200 cm. permite el examen de todo el colon. Este procedimiento requiere de una preparación cuidadosa del intestino.	Preparación para el estudio.	Vigilar ayuno.	La limitación de los alimentos ayuda a la eliminación de residuos alimenticios.	

	<p>Instalación de venoclisis.</p>	<p>Tener una vía permeable para la administración de soluciones y medicamentos preoperatorios y transoperatorios, es de vital importancia.</p>
	<p>Preparación intestinal.- Enema Evacuante, 22 Hs. y 6 A.M.</p>	<p>Las causas del empleo son bastantes evidentes; si el paciente se someterá a cirugía gastrointestinal, es necesario limpiar el colon de heces.</p>
	<p>(Administración de Neomicina 1 gr v.o. c/8 Hs.) Eritromicina 1 g. v.o. 13-14 y 22 Hs.</p>	<p>Los antibióticos de acción bacteriostática, son un gran antiséptico intestinal.</p>
<p>Medicación Preoperatoria.</p>	<p>Medicación preoperatoria (Diazepam 10 mg. v.o. 22 hs.)</p>	<p>La medicación de un relajante muscular favorece al paciente para tranquilizarse.</p>
	<p>5 mg. de atropina 1 M. y 1/2 hs. antes de bajar a quirófano.</p>	<p>La atropina con el narcótico se utilizan para llevar al mínimo la producción de secreciones del aparato respiratorio; y en esta forma evitar complicaciones respiratorias.</p>

	<p>Miedo.</p> <p>El miedo es una experiencia emocional incómoda y generalmente se evita, acompaña al peligro o daño al organismo, especialmente cuando se percibe a sí mismo como incapaz de evitar o eliminar la amenaza.</p>	<p>Tranquilidad.</p>	<p>Apoyo psicológico. Brindarle seguridad.</p>	<p>La enfermera debe incrementar su comprensión acerca de los procesos emocionales y de su relación con la salud y el bienestar.</p>	<p>La comunicación estrecha favoreció a tranquilizarla y a disminuir el miedo.</p>
	<p>Llanto</p> <p>Generalmente es una forma afectiva del comportamiento para aliviar la tensión o expresar una emoción que no puede expresarse de otra manera.</p>	<p>Liberar la tensión por su próxima cirugía.</p>	<p>Permitir que desahogue su llanto.</p>	<p>Las emociones están relacionadas con los acontecimientos diarios. La enfermera deberá estar en condiciones emocionales firmes, para permitir el llanto del paciente, porque este puede contribuir a aliviar su tensión.</p>	<p>El permitir que llorara desahogadamente; limitó su tensión y adquirió seguridad en sí misma.</p>
<p>Hemicolectomía Derecha</p>	<p>Dolor en herida quirúrgica.</p> <p>Los receptores para el dolor, son terminaciones nerviosas libres. Están ampliamente distribuidas en las capas superficiales de la piel y algunos tejidos internos.</p>	<p>Disminuir el dolor. Alivio.</p>	<p>Administración de analgésicos (dipironea 1 gr. 1 V c/6 hrs.)</p> <p>Vigilar estado de conciencia.</p> <p>Proporcionarle un medio ambiente agradable.</p>	<p>Los analgésicos actúan en los nervios sensitivos, inhibiendo el dolor. Los analgésicos deben administrarse tal como son indicados y de acuerdo con las necesidades del paciente.</p> <p>Reducir los estímulos ambientales perturbadores, como luces brillantes, ruidos, visitantes, es útil para disminuir el dolor agudo.</p>	<p>El dolor de la herida disminuye a la administración de analgésicos.</p> <p>En el preoperatorio inmediato, su estado general es favorable. Signos vitales estables, tranquila y consciente.</p>

Vómito.	Trastorno que frecuentemente aparece en las primeras 24 hs. post-quirúrgicas por efectos de la anestesia. Los músculos de la pared abdominal se contraen, provocando eyección violenta del contenido gástrico.	Evitar el vómito y el malestar general.	Instalación de sonda nasogástrica.	Las técnicas y procedimientos se deben llevar a cabo, con todas las precauciones necesarias para prevenir lesiones físicas, químicas, traumáticas e infecciosas.	El vómito se controló con la instalación de sonda nasogástrica; y pudo cuantificarse el drenaje gástrico exacto.
Oliguria	Los pacientes sometidos a cirugía de abdomen, en especial de la región baja y en órganos pélvicos suelen tener dificultad para orinar en el postoperatorio temprano. El traumatismo operatorio en la región cercana a la vejiga puede disminuir temporalmente la sensación de urgencia de la micción.	Dificultad para orinar.	Instalación de sonda foley a derivación.  Registrar cantidad y características de orina.  Glucocetunurias con esquema.	Todos los procedimientos de enfermería que incluyen la uretra, vejiga, los uréteres y los riñones se deben llevar a cabo con técnicas asépticas.  Cuando un paciente tiene una sonda que drena algún líquido del organismo, debe cuantificarse el líquido drenado y reportarlo de manera adecuada.	La sonda nasogástrica estuvo instalada durante 7 días y se retiró para iniciar líquidos claros a tolerancia.  La oliguria cedió así como los malestares para miccionar.  La diuresis fue aceptable sin mayor compromiso. La sonda foley se retiró al 6o. día postoperatorio.
Equilibrio Hídrico.	Después de una cirugía mayor; suele administrarse líquidos por vía intravenosa para restituir los líquidos y	Malestar en la región donde está instalada la veoclisis.	Ministración de soluciones parenterales.	La enseñanza para la promoción del equilibrio líquido debe tener como base la administración exacta de solución, la velocidad del flujo y la	Las soluciones parenterales fueron administradas como indicaba el médico, y suficientes para evitar deshidratación; útiles para la administración de insulina.

			electrolitos perdidos.			hora en que debe administrarse.	
					Valorar si aparece infiltración de la zona de administración.	La piel y las mucosas sanas e intactas, con las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.	Se infiltró la solución por mal posición del brazo. Se reinstaló nuevamente y sin problemas; se retira hasta el 7o. día postquirúrgico.
					Ministración de medicamentos (carbenicilina 5 gr. 1 V/ 6 Hs.)	Los antibióticos de amplio grado de espectro de acción, actúan en gérmenes gram positivo (esta filococos no resistentes) gram negativos y especialmente pseudomonas, E. coli Enterobacterias.	Los antibióticos administrados en 6 dosis evitaron complicaciones infecciosas.
Hiperglicemia	La diabetes es un padecimiento crónico común; producido ya sea por hiposecreción de insulina o por la ineficacia de la insulina que se secreta; el metabolismo de los carbohidratos se encuentran alterados.	Administración de Hiperglucemiantes.		Glucocetonurias por turno. Con esquema.	Las glucocetonurias son exámenes de orina que se realizan con tiras reactivas. Su importancia es valorar la cuantificación de glucosa en sangre.	La hiperglucemia fue controlada por medio de las glucocetonurias y dextroxtis con su respectivo esquema así como glicemias de control por turno.	
				Administración de insulina rápida cristalina de acuerdo con el esquema de las glucocetonurias ++=0 ++=4 +++=8 ++++=12 U.	Es importante que se sigan al pie de las órdenes médicas relacionadas con la administración de insulina u otros hiperglucemiantes para evitar una hipoglucemia con diabético. Cualquier signo de alarma, notificarlo de inmediato.	Con base en los resultados de laboratorio se administran unidades de insulina hasta obtener resultados positivos para la paciente; la última glicemia dió un resultado 158 mg.	

<p>Secreciones de herida quirúrgica.</p>	<p>Quando un paciente tiene una área debilitada en la musculatura abdominal (herida quirúrgica) y además tiene instaladas canalizaciones (penrose), es esencial la vigilancia estricta en busca de síntomas de infección.</p>	<p>Temor a que se le infecte la herida.</p>	<p>Curación de herida quirúrgica.</p>	<p>La herida quirúrgica debe mantenerse limpia, seca y libre de secreciones que puedan contener microorganismos.</p>	<p>Los cambios de apósito y curación de la herida evitarán infecciones. Retirar puntos a los 15 días.</p>
		<p>Las secreciones de la canalización le irritó la piel.</p>	<p>Valorar proceso de cicatrización.</p>	<p>La piel puede ser seca, húmeda, áspera o delicada, según la naturaleza y la cantidad de epidermis queratinada; y la cantidad y naturaleza de las secreciones de las glándulas cutáneas.</p>	<p>Herida quirúrgica en condiciones favorables, proceso de cicatrización sin problema.</p>
<p>Baja de peso.</p>	<p>Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente.</p>	<p>Sed.</p>	<p>Proteger la piel con solución de benjuf.</p>	<p>Las acciones de enfermería deben orientarse a ayudar al paciente a obtener o recuperar una piel y unas mucosas intactas.</p>	<p>Los dos primeros días post-quirúrgicos, las canalizaciones fueron abundantes, posteriormente exudado serosanguinolento escaso se retira penrose al 50. día post-quirúrgico sin problemas para la paciente.</p>
		<p>Hambre</p>	<p>Reportar cantidad características de la secreción.</p>	<p>Las secreciones serohemáticas sin mal olor; su respuesta positiva para la evolución favorable de la cirugía.</p>	<p>Los dos primeros días post-quirúrgicos, las canalizaciones fueron abundantes, posteriormente exudado serosanguinolento escaso se retira penrose al 50. día post-quirúrgico sin problemas para la paciente.</p>
			<p>Proporcionar dieta líquida a tolerancia.</p>	<p>Los líquidos claros son útiles para ayudar e iniciar los movimientos peristálticos.</p>	<p>Acepta líquidos sin náuseas o vómito al 80. día post-quirúrgico canaliza gases, peristaltis presente sin molestias.</p>
			<p>Dieta asistida.</p>	<p>La dieta es una parte importante en el tratamiento de la diabetes Mellitus</p>	<p>Tolera la vía oral.</p>



(para diabético  
1500 cal.

y tiene que propor-  
cionar como requeri-  
mientos mínimos, ca-  
lorías adecuadas y  
todas las sustancias  
nutritivas, constan-  
cia aproximada de  
las calorías tota-  
les y de las propor-  
ciones de carbohi-  
dratos, proteínas  
y grasas.

al 9o. día  
- Dieta para diabético  
sin complicación al-  
guna.

- Herida quirúrgica en  
buenas condiciones,  
signos vitales esta-  
bles, canaliza gases  
evacuá sin problema.  
Está en condiciones  
de ser egresado.

## CONCLUSIONES.

La psicología del canceroso es la de una persona que se enfrenta a una lucha fundamental con seguridad y valor personal. La enfermera está en una posición muy ventajosa para ayudarlo a vencer la depresión, la ansiedad y recuperar la función normal.

En el desarrollo del tema se hace un análisis de los factores que intervienen en el padecimiento de cáncer de colon.

Se inicia describiendo las generalidades del colon que consisten en: Anatomía, fisiología, circulación, irrigación sanguínea, inervación.

Se enuncia brevemente las múltiples causas que dan origen a éste dividiéndose en causas pre malignas y malignas. En relación a la paciente la causa de su padecimiento, fue la edad; ya que el cáncer de colon es una enfermedad principalmente del anciano, con más frecuencia en el hombre que en la mujer.

En cuanto a los signos y síntomas son variables, según se localice la lesión; la paciente presentó los signos y signos

tomas francos de cáncer de ciego (tumoración en la fosa ilíaca derecha, alteraciones intestinales, anorexia, náuseas, vómito, pérdidas de peso).

Los métodos de diagnóstico son la base fundamental para un tratamiento oportuno. Existen estudios de laboratorio y RX que requieren de una preparación adecuada (colonoscopia, enema de bario, angiografía). Se le realizó a la paciente dos colonoscopias (la primera sin toma de biopsia, se diagnosticó adeno carcinoma de ciego), (la segunda con preparación adecuada y toma de biopsia se define como diagnóstico de cáncer de ciego). El tratamiento quirúrgico es aceptable para el padecimiento, se realizó lo más pronto posible después de establecido un diagnóstico definitivo. En cuanto a la aceptación del tratamiento quirúrgico la participación de la enfermera es primordial en estos pacientes; deberá ayudarlo a vencer la depresión, la ansiedad y recuperar la función normal. Hubo una estrecha comunicación enfermera - paciente.

La planeación de la asistencia en el tratamiento, varía según los problemas y necesidades particulares del paciente.

Se analizó también la historia natural del cáncer de

colon. Posteriormente se muestra a través de un esquema la estructura y dinámica de la historia natural de la enfermedad; dejando ver la interrelación del huésped. La historia clínica de enfermería se obtuvo por interrogación directa e indirecta, lo que facilitó la detección y jerarquización de problemas y necesidades de la paciente.

Se integra un plan de atención de enfermería como esquema de acción de un modelo de enseñanza integrada, que permitió partir de un grado de complejidad creciente de conocimientos y de lo general a lo particular.

En relación con la paciente, que ingresó el 10. de diciembre de 1985 por presentar tumoración en fosa iliaca derecha se le programó para cirugía el día 3 de diciembre de 1985, fecha en que se le realizó hemicolectomía derecha; el hallazgo fue tumoración sólida irregular de 20 x 15 cm. localizada en ciego. Evolucionó sin complicaciones y fue dada de alta el 13 de diciembre de 1985; siendo citada para retirarle los puntos ocho días después.

La eficiencia de las acciones de enfermería que se realizaron con la paciente, dependió del orden que se siguió para ello.

Al realizar el estudio clínico se incrementaron los conocimientos, ya que éste requiere de una amplia investigación bibliográfica combinada con una investigación clínica aplicada al paciente. Esto además es de suma importancia para comprender el tema analizado.

Se enfocaron no únicamente el aspecto físico, sino también los aspectos emocionales y sociales, los cuales son esenciales en todo tratamiento, teniendo en cuenta que el hombre es un ser biopsicosocial.

El tratamiento elegido fue acertado para la paciente, ya que su convalecencia cursó sin mayor problema, se le proporcionó apoyo emocional y orientación acerca de su padecimiento; habiendo grandes logros enfermera-paciente.

## SUGERENCIAS.

En el campo de la oncología se estima, en términos generales, que el paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico y participar en todas las discusiones relativas a su tratamiento.

La forma en que el paciente acepta su información suele depender de la filosofía de la vida y sus criterios de vida y muerte. La mejor medida puede ser la consolución espiritual.

Una vez establecido el diagnóstico de cáncer, la manera eficaz y cómoda de aceptar el mal es vivir plenamente para el presente, hacer proyectos para el futuro es vivir cada día.

El tratamiento quirúrgico interrumpe la vida del paciente, por esto es importante ayudarlo a adaptarse a cambios en su forma de vida.

El cáncer y el tratamiento oncológico puede causar una gran alteración en el proceso de adaptación del paciente, que resulte en depresión hasta que él halle nuevos métodos de enfrentarse y resolver los cambios en su forma de vida.

La adaptación necesaria debe iniciar desde el pre-operatorio, para que el paciente participe en el plan de tratamiento, de modo que, en cierto sentido, tome participación en forma real en todo lo que se hace por él y para él. Los pacientes sienten la necesidad de apoyo y tranquilidad para tener confianza en la habilidad del cirujano y el medio hospitalario. En resumen, tomando en consideración, todos estos aspectos, podemos considerar que el conocimiento del proceso atención enfermería permite derivar acciones preventivas que favorecen la proyección de enfermería a la familia y comunidad, así como la atención a las necesidades del individuo como parte importante de la sociedad a la que pertenece.

Habiendo analizado los aspectos antes mencionados; sin perder de vista los recursos y las necesidades de salud, es necesario que:

- Que los integrantes del equipo de salud consideremos las características y necesidades de las etapas del desarrollo de un padecimiento, para proporcionar una mejor atención.
- Que la difusión de los recursos existentes, para elevar el nivel de salud, sea más accesible para que esta se aproveche.
- Que la enfermera actual no enfoque su atención solamente al aspecto curativo, ni descuide al preventivo, to-

mando en cuenta a la familia y comunidad.

- Valorar más la utilización de la comunidad, como campo de experiencia para enfatizar las conductas preventivas.
- Que se promuevan programas de educación familiar, para que cada miembro identifique el rol que le corresponde y participe activamente en la conservación de la salud individual y familiar.
- Que los bienes y servicios se repartan equitativamente para la solución de los padecimientos propios del anciano.
- Tomando en cuenta como parámetros los indicadores de morbi-mortalidad existentes se comprende por qué el individuo, familia y comunidad son el centro de atención de enfermería, para lograr la salud individual y colectiva.
- El anciano es un elemento indispensable del buen funcionamiento de la sociedad y tiene derecho a lograr un nivel de salud aceptable sin distinción de raza, credo político y participación social.
- La salud del paciente, depende de las relaciones objetivas de éste con el medio ambiente que lo rodea.



## B I B L I O G R A F I A

- Baena Paz, Guillermina. Instrumentos de Investigación Científica. 7a. ed., México, Edit. Unidos Mexicanos 1981, 134 pp.
- Baena Paz, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de Investigación. México, Edit. Unidos Mexicanos 1981, 124 pp.
- Basil C. Morson. Enfermedades del Colon y Recto. Barcelona, Edit. Jims 1972, 395 pp.
- Brunner Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. 4a. ed. México. Edit. Interamericana, 1984, 835 pp.
- Carreño Huerta, Fernando. La Investigación Bibliográfica. 2a. ed. Barcelona, Edit. Grijalbo, 1975. 61 pp.
- Cristoper Sabiston, David. Tratado de Patología Quirúrgica. 11a. ed., México, Edit. Interamericana 1981 Vol. 1, 1336 pp.
- Diccionario Médico. 2a. ed. Barcelona, Edit. Salvat Editores 1978, 632 pp.
- Dorothy W. Smith. Enfermería Médico Quirúrgica. 4a. ed., México, Edit. Interamericana 1978, 1096 pp.

- El Manual Merk. Diagnóstico y Terapéutica. 6a. ed. E.U.A., Edit. Merk Sharp, 1978. 2298 pp.
- Goth Andrez. Farmacología Médica. 8a. ed. México, Edit. Interamericana 1977, 632 pp.
- Guyton, C. Arthur. Fisiología Humana. 4a. ed. México Edit. Interamericana 1975, 446 pp.
- Harrison, et.al. Medicina Interna. 5a. ed. México, Edit. La Prensa Médica Mexicana 1981, 2499 pp.
- J.C., Goligher. Anatomía Quirúrgica y Fisiología del Colon y Recto. 3a. ed., Barcelona, Edit. Salvat Editores, 1978, 960 pp.
- Krupp - Chatton. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 14a. ed., México, Edit. El Manual Moderno, S. A. 1979, 1304 pp.
- Krupp D., Marcus. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 2a. ed., México, Edit. El Manual Moderno, S. A. 1985, 1204 pp.
- Martínez G., Humberto Las Técnicas de la Investigación Documental. México, Edit. Universidad Autónoma Metropolitana, 1979, 114 pp.

- Marriner, An. El Proceso Atención de Enfermería (Enfoque Científico) 2a. ed. México 1983, Edit. El Manual Moderno, pp.325.
- N. Roper/W.W. Logan / A.J. Proceso Atención de Enfermería (Modelo de aplicación), México 1983, Edit. Interamericana, pp. 121.
- Mildred A., Mason Enfermería Médico Quirúrgica 3a. ed., México, Edit. Interamericana 1976, 512 pp.
- Oberfield, Richar Clínicas Médicas de Norteamérica (Procesos Malignos), México, Edit. Interamericana, 1975, 504 pp.
- Pardinas, Felipe. Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. 11a. ed. México, Edit. Editores, S.A. 188 pp.
- Normark - Rohweder. Bases Científicas de la Enfermería 2a. ed. México, Edit. La Prensa Médica Mexicana, S. A., 1979, 712 pp.
- Seymour, Schawartz. Patología Quirúrgica, 2a. ed., México, Edit. Fournier, 1976, 1862 pp.
- S. Todd James. Clínicas Médicas de Norteamérica (Unidad de Cuidados Intensivos) México, Edit. Interamericana, 1971, 1377 pp.

Tortora - Anagnostakos.

Principios de Anatomía y Fisiología. México, Edit. Harla, 1975,  
628 pp.

## G L O S A R I O

Adenocarcinoma	Epitelioma cilíndrico que forma tumores pseudoglandulares que recuerdan las glándulas mucosas
Anorexia	Falta de apetito
Antígeno	Sustancia que introducida en el organismo provoca la formación de anticuerpos.
Apical	Relativo a una punta o vértice.
Broborigmas	Ruido intestinal producido por la mezcla de gases y líquidos.
Bifurcación	División en dos ramas.
Carcinoma	Tumor maligno constituido por células epiteliales polimorfas con tendencia infiltrativa hacia los tejidos próximos y metástasis.

Colon	Porción del intestino grueso comprendida entre el ciego y el recto.
Colostomía	Ano artificial o contra natural.
Cresta	Proyección o reborde especialmente eminencia ósea estrecha y alargada.
Dispepsia	Digestión difícil y laboriosa de carácter crónico.
Diabetes Mellitus	Trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono caracterizado por hiperglucemia, glucosuria, sed intensa y adelgazamiento.
Electrocauterización	Cauterización mediante un alambre de platino calentado por el paso de una corriente eléctrica.
Epiploica	(Arteria) rama de la gastroepiploica; se distribuye por el omento.

Escfbiles	Masa de materia fecal dura y seca - en el intestino.
Esplénica	(Arteria) rama del tronco celiaco. Se distribuye por el bazo, pancreas, curvatura mayor y parte izquierda - del estómago y por el omento.
Frénico	(Nervio) mixto, rama del plexo cervical.
Glucosa	Existe en un gran número de frutas, en la miel y en la orina diabética.
Hemicolectomía	Colectomía parcial.
Hiperplasia	Hipergénesis, multiplicación anormal de los elementos histicos; hipertrofia numérica.
Inmunoterapia	Tratamiento de las enfermedades infecciosas por la producción de <u>inm</u> unidad; seroterapia.
Metástasis	Aparición de uno o más focos morbosos secundarios a otro primitivo, -

con o sin desaparición de éste, en regiones o partes no contiguas al foco primitivo.

**Quimioterapia**

Tratamiento por sustancias químicas especialmente el fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos por microorganismos determinados sin dañar los tejidos orgánicos.

**Radioterapia**

Tratamiento de las enfermedades por toda clase de rayos, especialmente los roentgenológicos.

**Sésiles**

Inserto por una base extensa, no pediculado.