

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

31
2ej

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

CANCER CERVICO UTERINO

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
MARIA DEL RAYO ESPINOSA VILLANUEVA

MEXICO, D.F.

1 9 8 6



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ASESORIA;

LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA.

LIC. MA. ANTONIETA LARIOS SALDAÑA.

I. MARCO TEORICO

1.1 Cérvix y útero

El cuello del útero se proyecta hacia la parte más alta de la pared anterior de la vagina, separando ligeramente sus paredes.

Como resultado de la proyección cervical hacia la parte anterior de la vagina, el útero se encuentra casi en ángulo recto con el eje de la vagina, en posición normal de anteversión; dado que una porción mayor de la pared posterior del cuello ingresa en la vagina (en relación con su pared anterior), el fondo de saco entre la pared vaginal y el cuello es más profundo por detrás que por delante.

El receso anterior del cuello se denomina fórnix anterior; el receso posterior se denomina fórnix posterior y los recesos laterales se conocen como fórnices laterales. Estos cuatro fórnices forman parte de un receso continuo que rodea al cuello.

El cuello uterino varía según las mujeres, en la mujer virgen es cónico, redondeado y de orificio circular; en la primípara se aplasta de adelante atrás, disminuye su consistencia y el orificio se alarga transversalmente y en la múltipara el cuello se hace más ancho, su consistencia disminuye más y el orificio alcanza 1.5 cm., está limitado por los dos lados.

El cuello uterino se forma, con la cúpula vaginal, fondo de saco anterior, posterior y lateral. De éstos, el posterior es más profundo y corresponde al saco de Douglas y el resto, el anterior profundo, a la vejiga. El útero o matriz es un órgano hueco situado en la parte media de la excavación pélvica entre la vagina y el recto, por arriba de la vagina y por abajo de las asas intestinales, tiene la forma de un cono truncado y aplanado por delante de base superior y vértice inferior.

El útero virgen es periforme y mide aproximadamente 7.5 centímetros de longitud, 5 centímetros de ancho y su porción mayor 2.5 centímetros de grosor.

Los ligamentos uterinos pares y simétricos son:

Los ligamentos anchos, redondos y uterosacros.

Las trompas uteras (tuba uterina, trompas de Falopio, oviductos) son un par de conductos, de 10 a 12 centímetros de longitud y 1 centímetro de diámetro, que se extiende lateralmente desde los cuernos (cornus) del útero.

Están diseñados para recibir los ovocitos que salen de los folículos ováricos y transportar el cigoto en división hacia la cavidad uterina.

Las trompas también transportan los espermatozoides hacia la ampolla de la trompa donde normalmente el ovocito espera temporalmente que ocurra la fertilización.

Cada trompa desemboca por su extremo proximal en el cuerpo del útero y por su extremo distal en la cavidad peritoneal cerca del ovario.

Con propósito descriptivo, la trompa uterina se divide en cuatro partes:

1. El infundíbulo es el extremo distal en forma de túnel de la trompa. El orificio abdominal de la trompa de aproximadamente 2 mm de diámetro, se encuentra en el fondo del infundíbulo y desemboca en la cavidad peritoneal cerca del ovario, los bordes del infundíbulo presentan numerosos pliegues denominados fimbrias.

Estas fimbrias se destruyen sobre la mayor parte de la superficie del ovario y una más grande denominada fimbria ovárica, se inserta en el polo superior del ovario.

Durante la ovulación (expulsión del ovocito desde el ovario hacia la cavidad peritoneal) esta fimbria atrapa el ovocito y las ciliias de su revestimiento mucoso lo llevan hacia el ovario abdominal de la trompa.

2. La ampolla de la trompa recibe el ovocito desde el infundíbulo y es en esta porción donde tiene lugar habitualmente la fertilización del ovario por el espermatozoide.

3. El istmo de la trompa es corto aproximadamente (2 a 5 centímetros) estrecho y de paredes gruesas: se une con el cuerpo del útero.
4. La porción uterina de la trompa (porción intramural, porción intersticial) es el segmento corto (aproximadamente 2 centímetros) que atraviesa la pared del útero. El orificio uterino de la trompa (un milímetro) es más pequeño que su orificio abdominal (2 milímetros) La luz de la trompa aumenta muy gradualmente de ancho desde el útero hacia el ovario.

Las trompas se encuentran en los bordes libres de los ligamentos anchos del útero, y están revestidos por peritoneo.

Los ovarios son cuerpos ovalados o de forma almendrada.

Su color blanco-rosáceo, su tamaño de aproximadamente 3 centímetros de longitud, 1.5 centímetros y 1 centímetro de espesor.

La ampolla de la trompa se curva sobre el extremo lateral del ovario de forma tal que el infundíbulo forma un "rulo" alrededor del ovario, el ovocito es atrapado y transportado hacia la ampolla de la trompa por acción de las cilias de la fimbria.^{1/}

1/ Quiroz, Gr.F.; Anatomía humana, p. 1980

1.2 El sistema hormonal femenino.

El sistema hormonal femenino incluye tres jerarquías diferentes de hormonas.

1. Los factores de liberación hipotalámica de factores de liberación de la hormona estimulante del folículo (FRF) y factor liberador de la hormona luteinizante (LRF).
2. Las hormonas prehipofisarias, hormona estimulante del folículo (FSH) y hormona luteinizante (LH) que secretan en respuesta al factor o factores liberadores procedentes del hipotálamo.
3. Las hormonas ováricas, estrógeno y progesterona, secretadas por los ovarios en respuesta a las dos hormonas de la prehipófisis.

Las diversas hormonas no secretan en cantidades y uniformes sino con ritmo muy diferente según las etapas del ciclo menstrual.

Aunque todavía no se han hecho mediciones precisas cabe admitir que los factores de liberación hipotalámico también presentan variaciones cíclicas.

Las hormonas ováricas, estrógeno y progesterona: Existen

dos tipos de hormonas sexuales femeninas: los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos provocan principalmente proliferación de células específicas en el cuerpo y son causa de crecimiento de la mayor parte de caracteres sexuales secundarios de la mujer; la progesterona se relaciona casi totalmente con la preparación sexual, primaria y secundaria.

La principal función de los estrógenos es provocar proliferación celular y crecimiento de los tejidos de los órganos sexuales y de otros tejidos relacionados con la reproducción.

Efecto sobre los órganos sexuales. Durante la infancia los estrógenos son secretados en muy pequeñas cantidades, pero después de la pubertad aumentan mucho por influencia de las hormonas gonadotrópicas hipofisarias, hasta 20 o más veces. Es entonces cuando los órganos sexuales femeninos pasan de ser infantiles a presentar las características de la vida adulta.

Las trompas de Falopio, el útero y la vagina aumentan de volumen; también se desarrollan los genitales externos, depositándose grasa en el monte de Venus y labios mayores con agrandamiento considerable de los labios menores. Además, el aumento de volumen de la vagina, los estrógenos modifican el epitelio vaginal que pasa de cúbico a estratificado, considerablemente más resistente a los traumatismos y las infecciones que el epitelio prepuberal.

Durante los primeros años que siguen a la pubertad, las dimensiones del útero aumentan al doble o al triple. Sin embargo, más importante todavía que el aumento del volumen son los cambios que ocurren en el endometrio por influencia de los estrógenos que provocan gran proliferación del endometrio con desarrollo de glándulas adecuadas que más tarde servirán para ayudar a la nutrición del huevo implantado. ^{2/}

1.3 Cáncer cérvico-uterino.

Generalidades:

La frecuencia del cáncer varía de acuerdo a factores ambientales como son situación geográfica y medio socioeconómico; el carcinoma de cuello uterino es un tema de gran trascendencia en nuestro país de acuerdo a la distribución mundial; este tipo de cáncer es más frecuente en los países de Venezuela, Barbados, México y Colombia, con una mortalidad de 20 a 26% de mujeres, algunas de las características de cáncer uterino se encuentran en las mujeres pertenecientes a un estrato socioeconómico pobre es más frecuente en mujeres de grupo sanguíneo A y menos frecuente después de la menopausia. Es más frecuente en mujeres casadas y el tercer factor es más fuerte mientras más joven sea la edad de iniciación en las relaciones sexuales. Es menos frecuente en judías y monjas. Es más frecuente en viudas, divorciadas y mujeres con múltiples compañeros sexuales.

∴/ Guÿton, A.; Tratado de fisiología médica, p. 644

La complicación más frecuente de cáncer cérvico-uterino, sobre todo en los casos ya avanzados son los urológicos, las masas neoplásicas pélvicas comprimen los ureteros y bloquean su drenaje vesical, producen hidroureter e hidronefrosis casi siempre acompañado de pielonefritis que son causa frecuente de muerte.

Otras complicaciones que pueden terminar con la vida de las enfermas son infecciones respiratorias, sepsis generalizadas o muerte quirúrgica.

De los factores condicionantes o predisponentes del cáncer se sospechan y estudian algunos como alteraciones cromosómicas de los ácidos nucleicos, herencia, factores variables y se conocen otros como irritantes continuos, exposición prolongada o repetida a agentes carcinógenos, lesiones benignas precancerosas y otros.

Factores que actúan en la aparición de cáncer:

El cáncer del cuello uterino está determinado sobre todo por factores extrínsecos quizá representados por agentes carcinogénicos relacionados con el contacto sexual influidos débilmente por factores intrínsecos del huésped.

La diseminación habitual del carcinoma del cuello uterino es la linfática, con depósitos en los ganglios regionales parametriales, paracervicales, hipogástricos, obturaciones, o ilíacos externos. Posteriormente se ex-

tiende a los ganglios sacros ilíacos, inguinales y preaórticos.

La metástasis hematológica son raras y aunque puedan encontrarse depósitos secundarios en hígado, pulmón y hasta cerebro, lo habitual es que el tumor no salga de la cavidad pélvica.

1.3.1 Tipos de cáncer.

El carcinoma de cuello uterino tiene dos formas de presentación que difiere en muchos aspectos, pero que en realidad son dos etapas del mismo proceso, el carcinoma in situ y el carcinoma invasor.

El carcinoma in situ también conocido como preinvasor, intraepitelial o grado 0 ocurre entre el cuarto decenio de la vida (30 a 40 años de edad) y se caracteriza por células neoplásicas que efectúan todo el espesor del epitelio cervical y pueden sustituir el epitelio glandular pero en ningún caso muestran ruptura de la membrana basal.

Macroscópicamente el cuello puede ser normal o mostrar lesión de aspecto inflamatorio. En la clínica la regla es que sea silencioso.

El carcinoma invasor que prevalece entre los 40 y 60 años de edad se define por la presencia de células neoplásicas más allá de la membrana basal epitelial de apariencias desde erosiones superficiales no sugerentes de su naturaleza, hasta grandes masas turgentes que sustituyen al cérvix y estructuras vecinas.

Generalmente dan manifestaciones al principio engañosas y después congruentes con su extensión y gravedad. Se señalan siete síntomas de sospecha de cáncer:

1. Hemorragia anormal
2. Tumoración
3. Ulceración crónica
4. Modificaciones de lesiones cutáneas benignas
5. Trastornos persistentes de la deglución y digestión
6. Modificaciones persistentes de la defecación y de micción
7. Disfonía y tos persistente.

A éstos se agregan síntomas generales como fiebre, pérdida de peso, anorexia y debilidad.

1.3.2 Clasificación por extensión del cáncer:

El principal argumento en favor de que el carcinoma in situ precede a su evolución, y el carcinoma invasor en su evolución del cuello uterino, es que el primero ocurre con mayor frecuencia diez años antes que el segundo; además, se han observado casos de carcinoma in situ no tratados que han resultado en neoplasias invasivas al cabo de algunos años. De todos modos, las diferencias señaladas justifican su separación.

Existen 4 formas histológicas de carcinoma invasor del cuello uterino: epidermoide, adenocarcinoma, carcinoide indiferenciado. Los carcino-

mas epidermoide e indiferenciados son las formas más frecuentes de neoplasias malignas del aparato genital femenino y constituyen del 90 al 95% de todos los tumores cervicales malignos.

1.4 Tumoraciones malignas.

1.4.1 Definiciones:

Un neoplasma o tumor es un trastorno del crecimiento caracterizado pro
bablemente por una proliferación excesiva de células sin relación aparen
te con las exigencias fisiológicas del organismo involucrado.

Numerosas variedades se originan en todos los tipos de los tejidos hu-
manos y los tumores muestran marcadas variaciones en su comporta-
miento biológico. Es pues, por lo tanto, difícil dar con una definición
simple de los tumores que puedan ser apropiada para todos Willis
definió el tumor como "masa normal de tejidos, cuyo crecimiento exce-
de y no está coordinado con el de los tejidos normales y persiste de la
misma forma excesiva después de la cesación del estímulo que provocó
el cambio. Esta definición ayuda a distinguir los tumores de las mal-
formaciones hiperplásicas.

Los tumores se dividen clásicamente en dos grupos principales: benignos y malignos. Los tumores benignos tienen un potencial de crecimien
to limitado, permanecen localizados y por lo general no producen ningún
efecto grave, en contraste los tumores malignos proliferan rápidamente

y se diseminan a través del organismo de manera que si no son tratados precozmente, finalmente causan la muerte.

Las características básicas de la malignidad es una anomalía en las células, que se manifiestan por un control reducido sobre el crecimiento y las funciones, llevando a graves efectos adversos sobre el huésped a través de un crecimiento invasor y de metástasis.

La proliferación celular de tumores malignos no es completamente autónoma como se creía antes, además de las dependencias del cáncer de su aporte sanguíneo, su crecimiento puede ser afectado por hormonas, drogas y los mecanismos inmunológicos del huésped.^{3/}

1.5 Clasificación de tumores

Los tumores se clasifican de acuerdo con el origen de la célula tipo:

Se reconocen dos tipos principales.

Los de origen epitelial y los de origen mesenquimático. Esta clasificación es particularmente valiosa, dado que el tipo celular es la característica constante más importante de un tumor.

Sin embargo, la identificación de la exacta célula de origen puede ser difícil en caso de tumores indiferenciados y también en neoplasmas que muestran áreas de metaplasia.

^{3/}Jalovson, O. Cancer Cérvico Uterino Hereditario Genética y Clínica 212 pp.

Se encuentran también dificultades para clasificar tumores que se originan de células cuyo origen preciso es difícil de determinar (tumores melánicos y ováricos), o células que normalmente no se encuentran presentes en el organismo adulto.

Por ejemplo, tumores de la placenta y tumores de origen embrionario.

1.5.1 Histología:

Los tumores se clasifican en bien diferenciados, moderada o pobremente diferenciados, de acuerdo con el grado de madurez celular.

Se dice que es indiferenciado o anaplásico cuando se ha perdido totalmente la identidad del tejido en que se originó el tumor. Más aún, ciertas características de conformación y función de las células tumorales se han utilizado con frecuencia en forma descriptiva, por ejemplo, papilas, folicular, mucinoso, etc. Los tumores se han clasificado de acuerdo con su conocido o anticipado comportamiento biológico.

1.5.2 Estructuras de lesiones similares a tumores y precursores de cáncer:

La hiperplasia epitelial atípica también conocida como displasia, es difícil de distinguir de una neoplasma y es posible que sea precancerosa.

Esta lesión se observa comunmente en la cavidad bucal y en el cuello uterino en asociación con inflamación crónica. Se presenta como una

mancha blancuzca, de ahí su término clínico de leucoplasia.

El carcinoma in situ es una lesión con una estructura y una citología de un carcinoma, pero no es invasor.

Esta lesión se produce en el cuello uterino en la epidermis, en el pulmón, en la próstata, carcinoma latente y carcinoma mamario, carcinoma lobular in situ.

El estudio del comportamiento biológico del carcinoma in situ del cuello del útero ha demostrado que un buen porcentaje de estas lesiones progresan por fin a un carcinoma invasor, el resto puede permanecer como tal o progresar.

El carcinoma in situ puede no producir una lesión macroscópica evidente pero el examen citológico o frotis de una lesión, por lo general establece el diagnóstico y permite un tratamiento precoz curativo.^{4/}

Benignos y malignos: en los tumores benignos las células neoplásicas se asemejan mucho a las de los tejidos de origen (bien diferenciadas) y crecen lentamente por expansión, resultando por lo general en lesiones bien encapsuladas. Por contraste, los tumores malignos están compuestos por células pobremente diferenciadas, caracterizadas por la capacidad de crecimiento progresivo e invasión de los tejidos vecinos.

4/ Ibidem. 222 pp.

Las células cancerosas entran por último en los vasos linfáticos y sanguíneos y a través de estas vías se diseminan a otras partes, donde producen crecimientos secundarios o metástasis.

Aunque la denominación clásica de tumores es benigna o maligna, es de gran importancia práctica, la distinción puede ser difícil en ciertos casos.

Además, existen tumores con comportamiento intermedio denominados por lo común como localmente malignos.

En este grupo predominan la invasión local, pero las metástasis a distancia ocurren rara vez, por ejemplo el carcinoma basocelular adenoma y fibrosarcoma bien diferenciados.

Más aún, el comportamiento biológico de determinados tumores pueden cambiar con el tiempo. En ocasiones un tumor benigno sufre una transformación maligna (por ejemplo, adenoma de colon) y muy rara vez un tumor maligno puede diferenciarse en un benigno (por ejemplo, un neuroblastoma que se cambia en un ganglioneuroma) o mostrar una regresión espontánea.^{5/}

5/ Ibidem. 234 pp.

1.6 Carcinoma invasor del cérvix uterino. Evidencia clínica.

Inicialmente esta invasión es incipiente, microscópica ya en forma de yemas celulares que se inician en el cordón o por cordones de células que siguen a los vasos linfáticos. El tumor destruye y desplaza a los tejidos vecinos hasta formar una excrecencia necrótica o una úlcera sangrante vista a la simple vista sin instrumentos especiales.

De manera que el carcinoma invasor puede ser microscópico o muy aparente.

Edad 20 a los 80 años mayor frecuencia entre los 40 a 59 años con predominio de 49 años.

Formación temprana es frecuente la ausencia de síntomas y si los hay son leucorrea, prurito, ardores vulvares, raras veces se acompaña de sangrado poscoito, flujo hemático.

Al progreso de la invasión aparece hemorragia vaginal, al principio intermitente después más frecuente y abundante.

Es el síntoma más característico y constante después dolor en ambas regiones lumbares irradiando al muslo por su cara posterolateral, este dolor es manifestación de invasión parametrial.

Cuando el tumor invade vagina aparecen síntomas de estados orgánicos que son: poliaquiuria, disuria, hematuria al final fístula vesicovaginal.

Segundo caso: la enferma refiere pujo y tenemos rectales, rectorragia y al final obstrucción rectal o fístula rectovaginal.

Fase final del cáncer cérvicouterino no tratado está constituido por anemia aguda, consecuencia de hemorragias vaginales persistentes y por insuficiencia renal ocasionada por la obstrucción ureteral bilateral con anuria y retención de productos azoados.

Metástasis poco frecuentes fuera de la pelvis son poco frecuentes en las enfermas no tratadas pero son comunes en los casos de recurrencia o persistencia después de tratamiento con radioterapia o cirugía.

Esto puede explicarse porque la cirugía y la radioterapia bloquean las vías linfáticas y las células tumorales son conducidas por vía hemática.

Los datos obtenidos mediante la exploración también están en relación con la etapa del padecimiento. Cuando el cáncer está avanzado existe severo ataque al estado general con manifestaciones de destrucción y anemia, facies dolorosas y en ocasiones se encuentran metastasis ganglionares en regiones inginales o en el hueso supraclavicular izquierdo más frecuente hay edemas, unión bilateral de los miembros inferiores, lo cual es provocado por el bloqueo del drenaje linfático y venoso por el tumor pélvico.

Formas macroscópicas del tumor:

Se describen tres formas de crecimiento tumoral, el más frecuente es el tipo exofítico constituido por proliferación del tejido en forma de coliflor, vegetante.

Friable que algunos casos puede adquirir un tamaño importante sin infiltrar las paredes vaginales.

Aparentemente algunos autores lo clasifican como de buen diagnóstico por la razón de que hay menos invasión de los tejidos.

Menos frecuente es el tipo ulcerado o endofítico que se manifiesta por una excavación y destrucción del cérvix, de fondo necrótico y sangrante, con bordes elevados y nodulares, esta forma de crecimiento produce una mayor destrucción celular y copiosa hemorragia.

El tipo menos frecuente es la variedad infiltrante, el cual se manifiesta por endurecimiento marcado del cérvix, el cual aumenta de tamaño y es nodular, pero con la lesión poco aparente de la mucosa cervical. En estos casos es muy común encontrar infiltración tumoral hacia el istmo del útero, lo que se revela por crecimiento de esta zona constituyendo el útero en barril, esta manera de infiltración agrava el pronóstico y obliga a un tratamiento más agresivo.

Hay otro tipo de crecimiento endocervical en sus etapas iniciales, no hay lesión aparente del exocérvix pero su presencia es por la citología vagi-

nal por la existencia de hemorragias regionales, por la dureza y ensanchamiento del cérvix, también hay invasión del istmo uterino y su pronóstico es semejante al del infiltrante, es frecuente que pase inadvertido el tumor por eso es importante la biopsia endocervical.^{6/}

1.6.1 Vías de diseminación:

1. Por continuidad hacia la vagina el endocérvix el miometrio hasta el istmo uterino, inclusive el cuerpo en pocas ocasiones.
2. Por contiguidad al tejido parametrial a los ligamentos vesicouterinos y uterosacros hasta llegar a los huesos pélvicos también a los tabiques vesico-rectovaginales pudiendo invadir estos órganos desde luego que en buena proporción esta invasión se hace siguiendo los troncos linfáticos.
3. Vía linfática hacia los ganglios pélvicos y paraaórticos, se consideran en dos grupos según la mayor o menor frecuencia en enfermas no tratadas.

Grupo primario:

- a. Ganglios parametriales situados en el espesor del parametrio.
Positivos en el 77% de las enfermas no tratadas.
- b. Para cervicales o ureterales en la vecindad de los vasos de este nombre y el nervio obturador en la forma obturatriz positivos en

27% de los casos.

- c. Obturadores situados en la vecindad de los vasos de estambre y el nervio obturador de la fosa obturatriz positiva en 27% de los casos.
- d. Hipogástrico que sigue a la vena hipogástrica (ilíaca interna) en su influencia con la vena ilíaca externa. Afectado en el 31% de los casos.
- e. Ilíacos externos situados a lo largo de estos vasos en su cara interna positivos en el 27% de los casos.
- f. Sacos situados en la pared anterior del saco en la zona de inserción de los ligamentos útero-sacros positivos en 23% de los casos.

Grupo secundario:

- a. Ilíacos comunes situados a lo largo de los vasos (ilíacos primarios) se encuentran en 31% de los casos.
- b. Inguinales incluyen los femorales profundos y superficiales, son invadidos en el 8% de los casos, cuando el tumor se extiende al cuerpo uterino.
- c. Paraaórticos situados en la pared anterior de la aorta y en su confluencia con la vena cava.^{7/}

1.7 Métodos diagnósticos y terapéuticos del cáncer cérvico-uterino.

Casi el 75% de los carcinomas cervicales son de células escamosas y el resto están compuestas por diversos tipos de adenocarcinomas, carcinomas y células de reserva subcolumnares y carcinomas adenoescamosos.

1.7.1 A. Carcinomas de células escamosas (epidermoides)

Estos carcinomas se clasifican según el tipo celular predominante de células grandes queratinizantes, de células grandes no queratinizantes y de células pequeñas no queratinizantes.

Otra clasificación más usual es la de grado de diferenciación celular (Warner, Corseaden).

Grado I:

Bien diferenciados: se observan puntos intracelulares y queratonialina citoplasmática bien diferenciadas. Las perlas epiteliales son una característica común en este tipo de tumor figuras mitóticas no numerosas (menos de dos mitosis por campo).

Grado II.

Moderadamente diferenciado: se encuentran variedades de los tres grupos en el tumor. Perlas epiteliales poco frecuentes, queratinización moderada, puntos intercelulares ocasionales y variación mo-

derada en el tamaño y forma de las células del tumor.

Grado III:

Desdiferenciados: éstos son cánceres mal diferenciados y presentan nichos y cordones de células pequeñas. Tienen citoplasma escamoso que rodean a los núcleos hipercromáticos, no hay perlas epiteliales, no hay puntos intercelulares y el tamaño y la forma celular varían.

La malignidad va de acuerdo al grado de diferenciación, siendo la variedad de células no diferenciadas la que da metástasis más tempranamente pero responde mejor inicialmente, al tratamiento de radioterapia. La afección del espacio vascular por estas células aumentan el riesgo de incluir a los ganglios linfáticos, lo cual agudizará el pronóstico.

1.7.2 Adenocarcinoma:

Esta se deriva de sus elementos glandulares. Se observan células secretorias columnares altas, lo que da disposición adenomatosa y poco extremada de sostén. Un adenocarcinoma poco común se deriva del conducto mesonéfrico (Wolff) que queda en el interior del cérvix.

El adenocarcinoma de cérvix se diagnostica cuando se encuentra en grado avanzado y está ulcerado. Las células son pequeñas, cuvoides

e irregulares, no deberá confundirse con cambios celulares que ocurren durante el embarazo.

1.7.3 Carcinoma invasivo: (la ulceración siempre implica necrosis)

Una decisión carcinomática, por lo general, tiene una forma firme y algo elevado, la base de la úlcera está endurecida, irregular y granulosa. Un cáncer primario que surge en cualquier otra parte del cuerpo puede afectar a la cérvix en forma secundaria.

La neoplasia maligna secundaria más frecuente de la cérvix es el carcinoma endometrial que afecta el cuello del útero. Rara vez se encuentra sarcoma, carcinosarcoma y melanomas en la cérvix.

1.7.4 Etapas clínicas:

Para evaluar la extensión de la enfermedad se ha adoptado la clasificación propuesta por la International Union Against Cancer que es la de tumor, ganglios, metástasis (TGM) que nos proporciona un medio para graduar el cáncer en cualquier localización anatómica.

1.7.5 Datos clínicos:

- a. Síntomas y signos: sangrado intermenstrual o una forma de leucorrea teñida de sangre purulenta, fétida y en ocasiones prurito, dolor pélvico unilateral e irradiado a la cabeza o al muslo, pérdida involuntaria de orina o de heces a través de la vejiga.

La invasión temprana del estroma no provoca síntomas (cáncer preclínico) pero a medida que avanza la enfermedad se manifiestan los datos físicos. El cáncer infiltrativo produce crecimiento, irregularidad, consistencia firme del cérvix y finalmente de los parametrios adyacentes. Por lo general aparece un desarrollo exolítico como sangrado friable con aspecto de coliflor en la parte cervical, que penetra a la vagina o la ulceración puede ser manifestación primaria de un carcinoma invasivo y en etapas iniciales puede confundirse con una ectopia cervical o una cervicitis al progresar la úlcera se vuelve necrótica, con bordes endurecidos, superficie friable y sangrante. Al final la infiltración extensa puede producir engrosamiento nodular de los ligamentos uterosacos y cardinales con la pérdida resultante de la movilidad y fijación del cérvix.

b. Datos radiográficos:

La linfangiografía pélvica muestra afección de los ganglios linfáticos pélvicos o periaórticos. La urografía excretora nos muestra obstrucción uretral terminal, lo que produce un hidrouréter, hidronefrosis y si ocurre obstrucción completa, habrá un riñón funcional.

c. Datos de laboratorio:

Las lesiones preclínicas por lo general se diagnostican por un examen o colposcopia. El Papapanicolau es el más usual

si éste resulta positivo implicará investigación más amplia del caso.

Debido a la presencia de células inflamatorias y la no descamación numerosa, son más frecuentes lo frotis falsos negativos.

En las neoplasias intraepiteliales hay deficiencia de aporte sanguíneo o la infección causan citolisis, por lo cual si se tiene signos y síntomas que sugieren la enfermedad, se investigará más a fondo y continuamente hasta que los estudios citológicos sean negativos.

La biopsia de las regiones sospechosas facilitan el diagnóstico, la prueba de Schiller consiste en tefir en solución acuosa de yodo la superficie de la cérvix normalmente toman un color caoba pardusco por el glucógeno que contienen las células epiteliales. Cuando hay una zona carcinógena el epitelio del cérvix no se tiñe, pues la célula no contiene glucógeno. Las cicatrices, erosiones, eversiones, glándulas quísticas de moco y las tres gibas de leucoplasia no maligna, también aparecen pálidas por la misma razón. Esta prueba se realiza haciendo una biopsia de la zona sospechosa. A veces pueden requerirse biopsias de cuatro cuadrantes de la cérvix para confirmar el diagnóstico. La colposcopia se realiza si la invasión es franca y produce ulceración, ésto se observa con el colposcopio. La superficie se ve amarillenta y con vasos sanguíneos numerosos

atípicos con formas caprichosas. El legrado leve del endocérvix nos puede evitar algunas veces el hacer una biopsia. El cáncer in situ es muy raro que de diseminación por metástasis: el carcinoma invasor a metástasis frecuente a los órganos adyacentes y a los ganglios linfáticos de la pelvis y menos a sitios distintos.

1.7.6 La biopsia en cono frío:

Esta sólo se utiliza cuando se encontró displasia grave o carcinoma in situ, o cuando no hay zonas sospechosas sobre la pared cervical que penetra en la vagina, ya que con la técnica de biopsia en zona fría se puede determinar la presencia o ausencia de la lesión. No debe utilizarse esta técnica en los casos en donde se observa macroscópicamente sugestivo el cáncer, ya que puede infectarse secundariamente.

1.7.7 Diagnóstico diferencial:

Muchas lesiones del cérvix pueden confundirse con cáncer, las entidades a descartar son: ectopía cervical, cervicitis, condiloma, tuberculosis cervical, ulceración secundaria a enfermedades venéreas, abortos, metástasis de un coriocarcinoma actinomicosos o la esquistosomiasis.

1.7.8 El examen citológico es definitivo:

Complicaciones: generalmente son relacionadas con necrosis del tumor, infección y metástasis. También existen complicaciones pertecientes al tratamiento de la enfermedad como la cirugía radical, la radioterapia, la quimioterapia, etc.

Prevención: como sabemos, la causa del cáncer cervical es desconocida, siendo muchos los factores carcinógenos aunado a la participación del intercambio sexual por lo que el reconocimiento por lo menos anual, de mujeres activamente sexuales y sobre todo las múltiplas nos darán un gran margen de prevención contra el cáncer, medidas como tratamiento adecuado de enfermedades inflamatorias del cérvix conjuntamente con una educación higiénica y sexual serán de gran beneficio.^{8/}

Quimioterapia:

El empleo de agentes quimioterapéuticos en el tratamiento del carcinoma cervical ha sido desalentador. Esto se debe a que la mayoría de las pacientes que pueden ser candidatas para este tipo de tratamiento tienen cáncer muy avanzado y que ya no responde a la cirugía radical, o a la radioterapia. A consecuencia del proceso neoplá

8/ Ibidem 250 pp.

sico o por tratamiento anterior, suele haber una disminución del aporte vascular pélvico. Además puede haber obstrucción uretral con disminución del funcionamiento renal o compromiso de la médula ósea por radioterapia. Ambas limitan el empleo eficaz de la quimioterapia.^{9/}

1.8 Tratamiento quirúrgico del cáncer cérvico uterino.

Medidas quirúrgicas:

- a. Carcinoma in situ: se trata mediante la extirpación completa de todo el epitelio afectado, incluyendo un amplio margen de tejido normal. La medida más eficaz es la histerectomía total, cuando no son importantes las funciones reproductoras. Se puede efectuar por vía vaginal o abdominal, preservando los ovarios. Puede haber recibido de la enfermedad por esto es importante el examen y pruebas periódicas a la enferma. Cuando se opte sólo por la extirpación total de epitelio enfermo, se deberán tomar las siguientes medidas:
 1. Examinar cuidadosamente por el patólogo, el tejido extirpado con el suficiente tejido normal.

^{9/} Ibidem 258 pp.

2. Cooperación de la enferma para exámenes periódicos cada 3 meses durante un año y luego cada 6 meses durante 5 años.
3. Los exámenes citológicos deben permanecer negativos.
4. El conducto cervical no debe estar estenosado, pues invade el muestreo celular.

En pacientes que han sido tratados con colposcopia y legrado endocervical se puede emplear terapia con rayos laser o cauterización electroquirúrgica (criocirugía) en carcinoma in situ en la exocérvix.

1.8.1 Carcinoma microinvasor.

Cuando el estudio histopatológico indica una dudosa invasión o si la penetración del estroma hasta una profundidad no mayor de 2 mm., y no encuentra confluencia del tumor o afección del espacio vascular, bastará con una histerectomía simple ampliada (sin disección ganglionar, ni uretral o visual externa). Cuando el tumor penetra más de los 2 mm., de profundidad, ni hay diseminación de más de 4 mm., o se encuentran células malignas en los espacios vasculares, el tratamiento anterior será inadecuado.

1.8.2 Carcinoma invasivo:

Son dos métodos los indicados: radioterapia y cirugía radical.

La radioterapia se usa más comunmente, ya que presenta menos complicaciones. Se utiliza en cánceres cervicales primarios y se usa como medida paliativa o curativa. Las enfermedades que presentan intolerancia a las radiaciones por problemas como salpingitis, adherencias intestinales, peritonitis previa, endometriosis, diverticulitis o cilitis ulcerativa, así como una mala respuesta del tumor a la radioterapia, son malos candidatos para este tratamiento y se tendrá que recurrir a la cirugía. La cirugía para el cáncer invasivo puede consistir en:

1. Histerectomía extensa sin disección de los ganglios linfáticos de la pelvis.

Esta se realiza en las lesiones invasoras mínimas etapa I y consiste en extirpación de útero, trompas, ovarios, la mayor parte de los parametrios y la parte alta de la vagina, disección de los ureteres desde las estructuras paracervicales para que los ligamentos que contienen el útero y la parte alta de la vagina pueden extirparse.

2. Histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos.

Se utiliza para el cáncer invasivo limitando a la cérvix etapas I y II. Debe ser efectuada por especialistas en cirugía radical y valorando perfectamente al paciente. Esta operación llamada de Wertheim, implica la disección en bloque de todos los ganglios linfáticos pélvicos, junto con el útero, las trompas, los ovarios, ureteres, vagina y ligamentos.

Obviamente este tratamiento quirúrgico se deberá valorar tomando en cuenta problemas o padecimientos como los que ya se mencionaron anteriormente y si no es candidato a este tratamiento se elegirá entonces la radioterapia o viceversa.

3. Exenteración pélvica:

Esta operación fue popularizada por Brunschwing como método para salvar a los enfermos con recurrencias después de radioterapias o histerectomías radical, para el carcinoma cervical. Consiste en extirpación de la vagina, recto, vejiga y quizás hasta la vulva, conyuntamiento con la histerectomía radical y disercción de los ganglios linfáticos de la pelvis.

Se requiere de la creación de un receptáculo urinario aparte de una asa intestinal aislada (por ejemplo el ileon) una colostomía sirve para el paso de las heces.

La extirpación del procedimiento se determina por la duración del desarrollo tumoral en la pelvis. Por el tipo de procedimiento se deberá preparar tanto física como psicológicamente a la enfermera para que ésta se recupere favorablemente.

Por la difícil valoración y evaluación de la enferma, para determinar si se le realiza esta operación, se considera un procedimiento definitivo en una situación clínica crítica.

1.8.3 Complicaciones de la cirugía radical:

La tasa de mortalidad operatoria en la histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos se ha reducido a menos de 1% a la complicación más común es a la formación de fístulas: ureter vaginal, vesículo vaginal y recto vaginal. Otras complicaciones; infecciones del sistema urinario, quistes linfáticos en el espacio retroperitoneal, hemorragia operatoria y obstrucción intestinal, desequilibrio hidroelectrolítico, pielonefritis, septicemia, retracción del estómago, etc. La tasa de mortalidad quirúrgica se ha reducido al 25% acerca de 2.5%.

1.9 Conceptos básicos de la radioterapia

Se han desarrollado numerosos métodos para la aplicación del radio en el tratamiento del cáncer cervical. El objetivo de todos los métodos es proporcionar una dosis cancericida de radiación a los tejidos.

dos afectados sin provocar daño irreparable a las estructuras normales circundantes.

Comunmente se usan dos métodos combinados para aplicar radiación a estos tejidos:

1. Radiación intracavitaria; habitualmente bajo la forma de radio (o isótopos radiactivos en cápsulas, y
2. Radiación exterior: generada por equipo de supervoltaje (60 acelerador lineal, betatrón) todas las etapas del cáncer pueden ser tratadas por este método, y hay menos contraindicaciones médicas para la radiación que para la cirugía radical.

La radiación intracavitaria desempeña un mayor papel en el tratamiento de la enfermedad en la cervix y en los parametrios adyacentes.

Los factores limitantes son la ley de los cuadros inversos y la mayor susceptibilidad de la vagina y de la mucosa rectal ante los factores ionizantes de la radiación en comparación con los tejidos cervicales. Por lo tanto, la radiación externa debe de ser añadida para eliminar a las células cancerosas que pudieran estar alejadas algunos centímetros más de la cervix. Los dos métodos deben ser empleados en forma tal que destruyan el cáncer sin causar daño irre-

parable a las estructuras normales circunvecinas, en especial la vagina y el recto. Por lo tanto, resulta importante saber la proporción relativa de una dosis de radiación que se aplicará al tumor y a los tejidos normales de la pelvis. Esto se llama decimetría y constituye una función de calidad y distribución en el tiempo y en el espacio.

Práctica de la radioterapia:

- a. En general el tratamiento radioterápico convencional consiste en la administración de 200 r al tumor, diariamente, de lunes a viernes (lo que hace un total de semanas de 1 000 radiaciones) hasta la dosis prescrita que generalmente es para los tumores malignos de 6 000 r con excepción de aquellos de notoria radiosensibilidad en los cuales la dosis es aproximadamente un 60 a 70% de ésta.
- b. Existen otros esquemas de fraccionamiento; queremos sólo señalar que mientras el fraccionamiento es menor, mayor dosis por cada tratamiento, el efecto biológico es más importante. También es comprensible que si la dosis total se administra en menor tiempo total, el efecto biológico también será mayor. El especialista se vale de estos factores de acuerdo con la ubicación del tumor de la tolerancia de los tejidos sanos y de las necesidades particulares de cada paciente para emplear distintos fraccio-

namientos. Existe hoy en día revisión completa de todo lo que es la ciencia del fraccionamiento en radioterapia.

- c. El personal paramédico y el médico general debe saber que todo paciente en tratamiento con radiaciones, sufrirá del denominado mal de rayos, el cual será más importante mientras mayor sea el segmento de cuerpo irradiado por una parte y depende también del área corporal irradiada, por ejemplo el área que peor tolera y en el cual se presenta un mal de rayos más intenso, es el abdomen superior, siguiéndole el abdomen inferior y luego el tórax. En las extremidades, por ejemplo, no existe mal de rayos, por lo cual se puede administrar grandes dosis de radiación en corto tiempo, sin que el paciente presente los síntomas característicos (vómitos, diarrea, astenia y anorexia). El tratamiento médico general hace posible la conclusión de un tratamiento radiante y bajo ningún concepto debe ser detenido si las condiciones generales del paciente lo permiten, pues el efecto biológico podría depender de una relación dosis-tiempo poco favorable.

La radioterapia podría clasificarse también en dos grandes grupos:

- a. Radioterapia curativa:

Se trata del tipo de radioterapia radical que se usa no combinada con otros elementos terapéuticos y que es curativa en un alto porcentaje

de casos, sobre todo los que se presentan precozmente. Ya mencionamos los convincentes ejemplos de radiocurabilidad, cáncer del cuello del útero, de primordial importancia en toda latinoamérica (St. I 90%) enfermedad de Hodgkin (St. I y II 90%), semincima (St. I, 90%) y cavidad oral (St. I y II, 70%). La posibilidad de tratamiento radical en tumores de partes blandas, prometen resultados alentadores. Los progresos en radiobiología nos han permitido conocer que la extirpación por el cirujano de centros anóxicos tumorales y la consiguiente reducción de la población celular hacen más fácil un tratamiento radioterápico radical inclusive en cáncer de mama, es posible a la luz de estos conocimientos hacer cirugía más conservadora, ya que en su combinación a la radioterapia administrada en forma adecuada logra iguales resultados curativos.

b. Radioterapia paliativa:

El deber del médico no es solo curar sino consolar. El radioterapeuta oncólogo, debe aliviar al paciente que tiene un cáncer avanzado e incurable, por lo cual su preparación en todo el terreno de la Oncología debe ser suficiente y adecuada. Quizá una de las mejores formas de eliminar el dolor en un paciente canceroso, es el uso de la radioterapia. También se puede disminuir o evitar una hemorragia o secreciones fétidas o purulentas. Una obstrucción bronquial o de vías aerodigestivas, un aumento de la presión intracraneana, una

ulceración y otras muchas manifestaciones del cáncer, pueden ser aliviadas con radiación utilizada en forma razonada.

Los técnicos de radioterapia no reciben en la actualidad ningún tipo de radiación cuando se usa ortovoltaje o supervoltaje (aceleradores). Esto es tan seguro que aún durante el embarazo una técnica de radioterapia con estos equipos puede continuar con su trabajo. No sucede así con las técnicas o técnicos en Medicina Nuclear o aquellos técnicos que están cercanos a los implantes radioactivos. La práctica de la radioterapia moderna permite buena visión del paciente a través de monitores y el contacto de la técnica con la máquina es solamente en aquellos momentos que no está produciendo radiación. La vieja creencia de que la radiación queda rebotando dentro del cuarto de tratamiento, es uno de los mitos que pertenecen a la historia de la radioterapia. Al dejar de funcionar la máquina, instantáneamente desaparece toda radiación de rebote.

Una situación distinta se plantea con el equipo de Cobalto 60. La pastilla Cobalto siempre está emitiendo radiación y por más fuerte que sea la protección del cabezal, siempre existe una posibilidad de que se emita radiación que aún cuando está dentro de la máxima dosis permisible atemoriza a una mujer embarazada y es preferible desplazarla a un ambiente sin radiaciones.

1.10 Hormonoterapia

La terapia hormonal, inicialmente aplicada al carcinoma mamario, ha sido sucesivamente utilizada en el tratamiento de algunas neoplasias que se indican como hormonodependientes.

Tales neoplasias son, además de las mamas, las del endometrio de la próstata y del riñón.

Las características que agrupan estas neoplasias son las de ser influenciadas en su desarrollo o crecimiento por la sustracción o adición exógena de hormonas.

Para poder determinar la hormonodependencia de un tumor no es suficiente con saber que se trata de uno de los tumores anteriormente mencionados, ya que de éstos, algunos responden al tratamiento hormonal y otros aún presentando las mismas características aparentes no responden.

Los tumores que responden a la terapia hormonal se clasifican como hormono-sensibles. Los tumores que no responden al tratamiento hormonal se clasifican como hormono-resistentes:

¿Por qué algunos tumores son más hormono-sensibles que otros?

¿Puede un tumor hormono-sensible transformarse en hormono-resistente y viceversa?

Basándose en las investigaciones que llevaron a aclarar el mecanismo de acción de las hormonas, se sabe que incubando células de carcinoma mamario con estradiol tritiado se pudo constatar que éste se fijaba en las células tumorales y que las abandonaba después de algunas horas.

Estos y otros estudios permitieron avanzar la hipótesis, luego demostrada, de la existencia de los receptores hormonales en estas células y en las de los tejidos hormono-sensibles.

Los receptores más frecuentes y que fueron los primeros en ser identificados son los receptores estrogénicos (RE) y se encuentran en el 55% de los tumores mamarios.

Sucesivamente fueron identificados los receptores progestínicos (RPg). Este último aspecto es de particular importancia.

Podemos notar que en todos los tejidos susceptibles de acción estrogénica, la síntesis de los RPg, depende de la acción de los mismos estrógenos y por lo tanto, de la efectiva actividad de los receptores respectivos.

Los receptores estrogénicos pueden estar presentes, más no por esto ser activos. Las dosis de los receptores de progesterona (RPg) pueden por lo tanto dar una previsión más exacta del grado de respuesta de un tumor a la terapia hormonal.

Por todo ésto se justifica la importancia clínica de la pesquisa y de las dosis de los RE. Completados por los RPg sea por lo que se refiere al intervalo libre, sea como elemento piloto para la terapia.

En efecto, una vez que el 30% de todas las pacientes afectadas de cáncer mamario recidivante o metastático, responden positivamente a la terapia hormonal (de adición o de ablación), sería útil poder individualizarlas con exactitud evitando así al restante 70% de los pacientes, los riesgos de una terapia inadecuada y al mismo tiempo inútil.

Los receptores hormonales:

En condiciones normales la célula mamaria está bajo la influencia de hormonas específicas, que en el cuadro fisiológico general del aparato sexual y reproductor controlan también su desenvolvimiento y función.

Como base a nuestros actuales conocimientos la célula mamaria normal se presenta, por lo tanto, dotada de dos tipos de receptores hormonales:

Receptores de las hormonas esteroideas localizados en el citoplasma.

Receptores de las hormonas polipeptídicas localizadas en la membrana.

Cuando la célula mamaria sufre transformaciones cancerosas puede conservar total o parcialmente la función de sus receptores hormonales.

Si la célula tumoral mantiene tales receptores y éstos son activos, o su desenvolvimiento y sus funciones son potencialmente susceptibles de ser reguladas por el ambiente hormonal como cualquier otra célula igual, estamos en presencia de un tipo de tumor cuyo crecimiento puede ser influenciado por la terapia endócrina.

El mecanismo de acción del receptor consiste en el transporte de la hormona en el interno, del núcleo donde ejerce su efecto estimulante de los procesos de síntesis y transcripción a nivel de los ácidos nucleicos y por lo tanto, en último análisis un efecto sobre la cinética de las células tumorales.

Más precisamente, la hormona esteroidea penetra prevalentemente por difusión pasiva en las células receptoras y se combina por medio de un enlace específico como una proteína receptora, constituida por dos subunidades. Formando de este modo el conjunto hormono-receptor.

Este proceso recibe el nombre de combinación reversible y puede ser esquematizado de esta forma:

Sucesivamente, en la fase denominada translocación, el conjunto hormono-receptor después de haber sufrido algunas modificaciones a través de un proceso termo-dependiente, se transfiere en el núcleo.

En fin, en la fase de fijación, el conjunto hormona-receptor, una vez que penetra y se concentra en el núcleo, se une a la cromatina, estimulando la transcripción de determinados genes y con ellos la síntesis del RNA.

El resultado es el aumento de la síntesis protéica y por lo tanto, el desarrollo y la proliferación celular.

El destino final del conjunto hormona-receptor una vez iniciados los procedimientos metabólicos característicos del estímulo hormonal, ahora está totalmente esclarecido.

1.11 Factores psicológicos a considerar en casos de cáncer cérvico uterino.

La enfermedad es un estado patológico del organismo, en donde la persona siente su propio valor, está directamente relacionado a lo que hace, a lo que percibe y como interactúa con otras personas.

Estos sentimientos no sólo se originan en el paciente sino también en la gente que lo rodea, que lo visualiza como una persona que tiene problemas en alguna forma.

Al diagnosticarle cáncer, el impacto que le produce es muy fuerte, ésto va seguido de ansiedad y depresión desde el momento en que siente que ha perdido el control sobre su organismo y que su vida está limitada.

Cuando consulta a un oncólogo o es referido a éste, presiente que tiene una enfermedad seria (cáncer); no es un mal sencillo y la forma de reaccionar del paciente está determinado y así influye en él sus rasgos de personalidad.

Cuando esta persona es sometida a una intervención quirúrgica se produce un daño psicológico y éste se hace mayor cuando afecta áreas visibles del organismo.

La poca capacidad que tenga el paciente cancerosos de vivir, a lo largo de su enfermedad y tratamiento, se va a reflejar en la buena relación enfermera-médico-paciente-familia, favoreciendo la confianza para que continúe viviendo.

Otro factor importante psicológicamente, en el paciente con cáncer, es la familia que desconoce cuánto se afecta el paciente y no le ayuda a resolver sus temores y ansiedades; asimismo, no lo anima y apoya en su tratamiento por lo que únicamente le demuestra estar ocupados para no relacionarse con él.

Por lo que en realidad, es necesario que la familia contribuya a la satisfacción de estas necesidades en una forma abierta y sincera que beneficie a la recuperación del familiar afectado por cáncer y que se involucren en todo lo que al paciente le concierne, evitando que éste se sienta desilusionado o tema ser abandonado.

Por lo que es fundamental que si un paciente es responsable de una familia, se le informe de la situación real de su estado para evitar problemas futuros; asimismo, se aconseja que esté presente la familia en el momento de dar el diagnóstico, ya que esto permite la comprensión y el apoyo para soportar los procedimientos terapéuticos utilizados en ellos. No hay duda de que es mucho más fácil atender a un paciente que conoce su enfermedad y está dispuesto a enfrentar los efectos colaterales de la terapia con la esperanza de mejorar su salud, por lo que es necesario mantener la comunicación abierta con el paciente, que permita satisfacer las necesidades del mismo en cuanto a su problema y con ello lograr una readaptación del medio físico, social de la persona afectada por este problema como es el cáncer.

Se debe considerar, ante todo, que los pacientes son seres humanos, no sólo cuerpos con procesos patológicos interesantes.

Cada uno tiene su propia identidad como un individuo, lo mismo que como miembro de la familia y una comunidad.

La identidad no cambia cuando se adquiere la identidad de antecedentes, estilo de vida, conjunto de valores, capacidades e intereses únicos; todos estos factores pueden influir para el significado que tiene su enfermedad, las preocupaciones, respuestas y necesidades del paciente son idénticas, sobre todo si la enfermera aprecia las posibles consecuencias que la enfermedad puede tener para el individuo y su familia.

Particularmente, la pérdida corporal de un órgano o parte del cuerpo, sea temporal o permanente, puede presentar muchos problemas al paciente, el cual teme experimentar dolor, mutilación, procedimientos terapéuticos o de cirugía.

Otro factor como la hospitalización, probablemente cause sentimientos de inseguridad, ya que el médico es extraño, carece de objetos y personas familiares y su norma de vida no es la acostumbrada.

La adaptación necesaria a las medidas terapéuticas para el cáncer de debe empezar desde el preoperatorio. Los enfermos sienten la necesidad de apoyo y tranquilidad.

En el caso de intervenciones quirúrgicas ginecoobstétricas, no es difícil que las mujeres experimenten los temores sobre si las otras personas en especial los cónyuges las aceptan.

La enfermera es más valiosa de lo que se cree para dar un apoyo moral a este tipo de pacientes, no alterando el problema al que se enfrenta el paciente y sugiriendo caminos a seguir durante el tiempo de vida que le queda animarla a que aproveche todos los medios que hay para pasarla lo mejor que esté a su alcance.

Quizá la necesidad psicosocial más afectada en el canceroso por los agentes quimioterápicos sea la de tener imagen corporal y concepto de sí mismo aceptables. Ejemplo: el enfermo puede sufrir alopesia con la pérdida de cabello, quizás no desee tener relación con los demás o, incluso, se rechace a sí mismo.

El papel de la enfermera puede ser muy útil al descartar el aspecto pasajero del problema y el hecho que volverá a crecerle el cabello. Para disminuir el problema se sugiere usar peluca, bufanda o turbante.

Cuando el paciente no está ingiriendo los alimentos que se le han llevado, procurar preguntarle el por qué de que no los ha tomado, según sea la contestación del paciente la enfermera se verá obligada a dar una explicación científica del por qué es necesario el ingerir alimentos y motivar al paciente a que los tome o hablar con el médico o dietista para poder lograr que éste tome sus alimentos.

En otro caso se le indicará al enfermo que se tomarán medidas para que por medios forzados se le de su alimentación, como son: por sonda forzada por medios endovenosos y haciendo conciencia de ésto, el paciente se esforzará por alimentarse y evitar complicaciones. ^{11/}

El problema más difícil al que se enfrenta una paciente con cáncer cérvico-uterino, es la depresión, que al describirlo puede adquirir carácter de depresión retardada, en donde las funciones de un paciente en todas las áreas son inferiores a las normales, pensamientos, sentimientos y acciones.

Los síntomas de los trastornos de los sentidos son extraordinarios: tristeza, desaliento, desesperación, culpabilidad, inutilidad, insuficiencia e inferioridad. Su autocastigo puede ser tan intenso que no se permita ningún placer o satisfacción, por insignificante que sea.

Todo puede parecerle negro y lóbrego, sentir desesperanza e invalidez, independientemente de lo cerca o lejos que pueda estar dicha percepción de la realidad. Siente que es un castigo merecido y pedir disculpas repetidamente por causar sufrimiento a otros o por estar aún vivo.

Cree que es una carga para su familia, un dogal en el cuello de su esposo, un estorbo para las enfermeras que cuidan de ella.

11/ Price, A.; Tratado de enfermería; 326 pp.

Cree que nadie lo aprecia porque no es adecuado ni merece el tiempo, el esfuerzo o la atención de otras personas. La hipoactividad de la persona deprimida refleja su estado de ánimo deprimido.

Todas sus acciones pueden ser lentas, puede estar tan deprimido que le sea difícil moverse, sentarse, estar de pie o yacer en su cama horas y horas, sin hacer nada, sin moverse, ni hablar. Parece preocupado o abatido, triste y solitario; la función de todos los sistemas corporales son lenta digestión, circulación, respiración, temperatura corporal y estar afectados. Puede comer, dormir y vestirse mal y necesitar ayuda en todas las actividades de la vida diaria. La satisfacción de sus necesidades físicas están a menudo, gravemente obstaculizadas por su incapacidad para cuidarse a sí mismo.

A pesar de su falta de actividad, la atención y ansiedad continuas, pueden causarle extrema fatiga y agotamiento.^{12/}

1.12 Manejo del dolor en pacientes con cáncer

El título de este trabajo representa un binomio que hace de la enfermedad cancerosa uno de los más crueles y terribles flagelos de la medicina actual.

^{12/} Irving, S.; Enfermería psiquiátrica; pp.138

Se ha podido controlar, en parte, cuando el diagnóstico es precoz, pero cuando los casos evolucionan, el futuro de estos pacientes si no se llevan bajo un concepto útil de tratamiento, es realmente terrible.

Muchos pacientes sufren de dolor por cáncer. Aunque las drogas y los procedimientos que tenemos en la actualidad son efectivos en el tratamiento de muchos tipos de dolor por cáncer, en realidad son insuficientes aplicados. En consecuencia, muchos pacientes pasan los últimos meses y semanas en su vida en un gran sufrimiento, sin confort y con una vida que podría considerarse realmente miserable, ya que el pronóstico de vida es, en general, limitado.

Se intenta enfocar varios aspectos del problema:

- a. La incidencia y la magnitud del dolor por cáncer.
- b. Los efectos fisiológicos y psicológicos del dolor por cáncer.
- c. Las fallas y deficiencias en el tratamiento de la etiología y los posibles mecanismos del dolor.
- e. Una evaluación de las diversas modalidades que se deben utilizar para el tratamiento del mismo.

Efectos fisiológicos y psicológicos del dolor por cáncer:

Un dolor persistente acompañado de sufrimiento, produce progresiva-

mente un deterioro físico, al ocasionar disturbaciones en el sueño y en el apetito, al mismo tiempo la mala utilización de la medicación.

Estos factores en conjunto, contribuyen a un aumento de la depresión y debilidad en nuestros pacientes. Al mismo tiempo, en muchos de estos pacientes con dolor crónico, la percepción del dolor y el límite para esa percepción y la tolerancia al mismo, disminuye, lo cual hace que el paciente posiblemente tenga una depresión de las endorfinas que son sustancias que se encuentran en el líquido cerebro espinal del paciente y que permite una mayor tolerancia del dolor, ya que actúan similarmente a la morfina.

Muchos pacientes con dolor crónico presentan alteraciones afectivas, severas, con cambios de conducta desarrollando ansiedad, depresión, cólera y una total inadecuación entre el medio y la vida que él lleva, haciéndose realmente incapaz de mantener el estatus emocional normal, creando un cuadro que influye en el medio familiar, en el medio social, en su medio de trabajo y en general en todas sus actividades, logrando realmente una sensación de mediatización emocional que proyecta en su medio, inadecuándolo para una vida útil y normal.

En los pacientes con cáncer esta situación se agrava de manera inconmesurable, ya que el paciente aumenta de una forma increíble esa sensación de inseguridad, de ansiedad, de depresión, con lo cual su vida resulta realmente miserable.

Es por eso que es muy importante desde el punto de vista de la tera pia global del paciente, el entender que todos los mecanismos que utilizamos en principio, para disminuir la percepción del dolor en los pacientes con cáncer avanzado, es un paso importante para la medicina oncológica y un paso importante para sobrellevar en estos pacientes el efecto devastador que representa para él la asociación de cáncer y dolor.

Deficiencia en el conocimiento del manejo del dolor en cáncer:

Realmente no existe suficiente literatura en lo publicado con relación al dolor en cáncer, para que el conocimiento de este tipo de terapia y del manejo lógico y útil de las drogas o de las técnicas para tratamiento del dolor de estos pacientes, pueda ser del conocimiento médico general.

Según la mayoría de estudios, los pacientes con dolor intratable por cáncer, realmente están en principio submedicados. Se utilizan las drogas en dosis insuficientes, por lo cual el tratamiento de estos enfermos no logra el efecto real de eliminar el dolor y siempre mantienen un estado continuo de subanalgesia que les agrava la sensación de depresión, de ansiedad, de cólera, de inseguridad, que sufren los enfermos.

Se escriben infinidad de artículos de tratamiento, de procedimiento de técnicas; sin embargo, las comunicaciones con relación al dolor son realmente escasas, de aquí el conocimiento de estas consideraciones terapéuticas, se ha limitado a muy pocos especialistas.

Es últimamente cuando se han consolidado las unidades para el manejo clínico del dolor como principal patología, cuando realmente se ha iniciado la proyección social del equipo multidisciplinario que debe en focar el problema del paciente con cáncer y dolor, para lograr un equipo que emplee satisfactoriamente las técnicas, los métodos y los medicamentos, y así hacer que estas medidas tengan el efecto conveniente y efectivo en los pacientes.

Etiología del dolor por cáncer:

Puede ser clasificada dentro de tres importantes categorías:

1. Dolor causado por el proceso oncológico.
2. Dolor causado como resultado de la terapia.
3. Dolor que se desarrolla coincidencialmente, pero relacionado con el cáncer.

El mayor porcentaje de dolor por cáncer se presenta prácticamente en el 75% de los casos por el proceso oncológico.

Dolor causado por el proceso oncológico:

a. Invasión ósea del tumor.

La invasión ósea del tumor, bien por él o por metástasis, es la causa más común de dolor en el paciente con cáncer. Se puede presentar como propio como sucede en el mieloma múltiple, o bien este dolor representa la aparición de una metástasis, como aparece en los pacientes de tumor de seno. El dolor puede aparecer en el sitio de la lesión, como en la metástasis de las costillas; o bien, puede aparecer en el sitio de la lesión, como aparece el dolor en el talón o la pantalla, en las metástasis del tumor de la cadera.

Este dolor, aún cuando es constante, es progresivo en severidad y posiblemente se debe a la estimulación de los nociceptores en el periestio y a la producción de prostaglandinas y disminución del punto del umbral de los nociceptores.

b. Compresión e infiltración de las vías nerviosas y los troncos nerviosos de los plexos.

La compresión por metástasis en las fracturas de los huesos presentes en las raíces nerviosas, resultan en radiculopatías o neuropatías que se acompañan con dolor proyectado a la distribución del nervio o estructura afectada.

La progresión de la compresión de las estructuras nerviosas puede llevar no solamente a lesión sensitiva, sino a lesión motora, provocando parestesias y parálisis.

Así, sucede en la infiltración del plexo braquial produciendo dolor en el hombro y en el brazo, asociados con parestesias en la distribución del plexo. Es factible que existan alteraciones neurofisiológicas por el estímulo mecánico directo por la infiltración de las raíces o de los troncos nerviosos, pero al mismo tiempo, la estimulación crónica puede disminuir el nivel de percepción de los nociceptores y daño de los anexos y de las membranas nerviosas, las cuales se hacen extremadamente sensitivas a la norepinefrina y a la presión.

Estos pacientes desarrollan síndromes similares a la causalgia y otras sintomatologías similares a la distrofia simpática refleja que puede ser tratada y mejorada en forma dramática por los bloqueos nerviosos simpáticos:

Síndromes dolorosos asociados con la terapia del cáncer:

El dolor se desarrolla como complicación de la terapia del cáncer, puede tener tres subgrupos:

El dolor que se desarrolla después de ciertas operaciones quirúrgicas.

El dolor posradiación.

El dolor que se desarrolla después de la quimioterapia.

Dolor posquirúrgico:

El dolor es generalmente debido a la lesión nerviosa producida durante el acto quirúrgico, los nervios pueden ser parcial o totalmente destruidos y el dolor aparece uno o dos meses después de la operación, y se caracteriza por ser un dolor constante en el área, con disminución de la sensibilidad y a veces con sensación de puyazos.

La disestesia en el área de la cicatriz y la hiperestesia en el área alrededor, son los síntomas prominentes. La región de los nervios regenerados, donde se producen neuronas, las cuales ocasionan progresivamente una presión dolorosa realmente importante. Al mismo tiempo la desmielinización de los nervios, provoca un aumento de la sensibilidad de los mismos a la noropinefrina y al tacto, de tal modo que pequeños movimientos y aún la ropa del paciente causan molestias.

Muchos pacientes desarrollan un hombro congelado, consecuente de la inmovilización, lo cual crea una atrofia difusa del brazo y ocasionalmente una verdadera distrofia simpática refleja.

Dolor posquimioterapia:

El dolor y la disestesia subsiguientes al tratamiento con alcaloides, similares a la bilastina, ocurre como una polineuropatía simétrica que se desarrolla generalmente con las dosis de drogas que realmente son útiles desde el punto de vista antineoplásico.

Las disestesias son comunmente localizadas en las manos y en los pies, caracterizadas por sensación de quemadura y exacerbadas por cualquier estímulo.

El pseudoreumatismo esteroideo ocurre luego de una medicación esteroidea, muchos pacientes desarrollan mialgias difusas y altralgias con dolor en los músculos y en las articulaciones; con tendencia a palpitation y sin observarse en ellos signos de inflamación.

La ventaja de estos síntomas regresan al disminuir la terapia.

Dolor posradiación:

Después de la radiación, especialmente en el plexo bronquial o en el plexo lumbosacral, aparecen fibrosis alrededor de los nervios y alrededor del tejido conectivo, que aparece como secundario a la radiación de esas estructuras. Este estado se hace progresivo y con un dolor que aparece en la parte del miembro superior especialmente. Este dolor se acompaña generalmente del hormigueo y parestesias en

las estructuras de los nervios afectados; aparece linfaedema en el brazo, alteraciones de la piel por radiación, endurecimiento de la fosa supraclavicular y de la fosa axilae, especialmente en las fibrosis del plexo braquial. Lo mismo ocurre en las fibrosis del plexo lumbosacro, produciendo asociación con una disminución progresiva de la movilidad y un gran linfaedema en el miembro inferior. Esta fibrosis es un proceso lento, produce una lesión de los nervios con aumento de la sensibilidad y ésta hace que el paciente sienta dolor, que muchas veces no responde a la interrupción de la vía nerviosa periférica.

Técnicas de tratamiento del dolor por cáncer:

El manejo del dolor por enfermedades malignas circula alrededor de tres importantes métodos:

La disminución o eliminación del tumor.

Técnicas para el alivio sintomático del dolor sin afectar el tumor.

Combinación de los anteriores.

Las medidas para eliminar o disminuir el tumor son las siguientes:

Quimioterapia

La terapia endócrina

La radiación

El uso de radioisótopos

La cirugía paliativa, la cual puede ser disminuyendo el tumor, haciendo una operación de bypass, o bien eliminar las glándulas endócrinas como la hipofisectomía, la ooforectomía, la castración, etc.

Cuando las medidas anteriores no son suficientes o no son efectivas, es necesario el control del dolor en forma sintomática sin afectar el tumor.

Esto incluye:

El uso de drogas sistémicas como analgésicos, no narcóticos, sedantes, ateráxicos, drogas sicotrópicas y narcóticos.

Bloqueos terapéuticos, los cuales pueden ser temporales con locales anestésicos o por períodos más prolongados con drogas neurolíticas.

Operaciones neuroquirúrgicas, las cuales pueden ser ablativas como las interrupciones de las vías nerviosas, o aumentativas como son la estimulación o la modulación del dolor por la estimulación nerviosa periférica, la estimulación de la columna

lumbar, o bien la estimulación del cerebro.

Los métodos psicológicos que incluyen la psicoterapia tradicional, la hipnosis, los feedbacks y otra serie de manejos tales como la rehabilitación y los programas de terapia física o de terapia ocupacional, los ejercicios y los soportes psiquiátricos y emocionales diferentes, por enfermeras o sacerdotes o personas realmente preparadas para tratar este tipo de pacientes.

De acuerdo a la evaluación del enfermo y a la necesidad de cada uno, se escoge el tipo de terapéutica que realmente necesita de cada uno de los enfermos, por lo que es muy difícil coordinar el programa para el paciente específico que estamos tratando.^{13/}

^{13/} Dessman, Anginoores; Carcinoma de Cervix 532 pp.

Historia Natural del Cáncer Cérvicouterino.

Concepto:

Son las alteraciones celulares a nivel del cérvix.

Factores del agente:

Deficiencia del sistema inmunológico

Viral: por herpes, virus

Infeciosos: sífilis, tricomonas.

Posible efecto carcinogénico del esmegma y esperma del hombre.

Anticonceptivos orales.

Factores del huésped:

Edad: predomina a partir de los 30 años

Sexo: afecta exclusivamente a la mujer

Se presenta más en mujeres casadas y grandes múltiparas.

Casamiento temprano, antes de los 20 años.

Malos hábitos higiénicos.

Antecedentes familiares.

Factores del ambiente:

Nivel socioeconómico bajo.

Hacinamiento y promiscuidad sexual.

Se da más en mujeres de color.

Período prepatogénico:

Prevención primaria:

Promoción de la salud:

Educación higiénica.

Educación sexual

Pláticas sobre el control natal

Protección específica:

Chequeo médico periódico

Detección y tratamiento de padecimientos

infecciosos virales.

Prevención secundaria:

Diagnóstico temprano:

Historia clínica completa

Examen físico completo

Exámenes de laboratorio y gabinete

Citología vaginal

Biopsia vaginal

Colposcopía

Tratamiento oportuno

Electrocauterización

Conización

Criocirugía

Laser

Prevención terciaria:

Limitación de la incapacidad:

Quimioterapia

Radioterapia

Cirugía radical

Rehabilitación:

Adaptación física, psicológica y social de la paciente
con histerectomía.

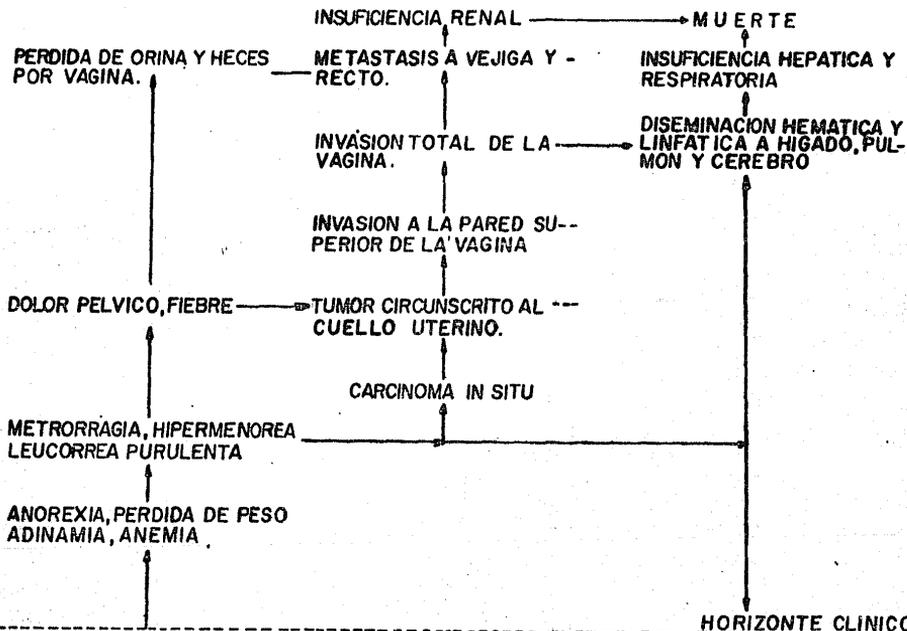
HISTORIA NATURAL DEL CANCER CERVICOUTERINO

CONCEPTO; SON LAS ALTERACIONES CELULARES A NIVEL DEL CERVIX.			
FACTORES DEL AGENTE			
1) DEFICIENCIA DEL SISTEMA INMUNOLOGICO. 2) VIRAL; POR HERPES VIRUS 3) INFECCIOSOS; SIFILIS, TRICOMONAS. 4) POSIBLE EFECTO CARCINOGENICO DEL -- ESMEGMA Y ESPERMA DEL HOMBRE. 5) ANTICONCEPTIVOS ORALES:		INSUFICIENTE PERDIDA DE ORINA Y HECEES --- METASTASIA POR VAGINA. --- RECTO. INVASION VAGINA. INVASION / PERIOR DE	
FACTORES DEL HUESPED			
1) EDAD; PREDOMINA A PARTIR DE LOS 30 AÑOS. 2) SEXO; AFECTA EXCLUSIVAMENTE A LA MUJER. 3) SE PRESENTA MAS EN MUJERES CASADAS -- Y GRANDES MULTIPARAS. 4) CASAMIENTO TEMPRANO (ANTES DE LOS 20 AÑOS) 5) MALOS HABITOS HIGIENICOS. 6) ANTECEDENTES FAMILIARES.		DOLOR PELVICO, FIEBRE --- TUMOR CIRCUNSCRITO CARCIN	
FACTORES DEL AMBIENTE			
1) NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO. 2) HACINAMIENTO Y PROMISCUIDAD SEXUAL. 3) SE DA MAS EN MUJERES DE COLOR.		METRORRAGIA, HIPERMENOREA LEUCORREA PURULENTA ANOREXIA, PERDIDA DE PESO ADINAMIA, ANEMIA.	

ESTIMULO DESENCADENANTE			
<i>PERIODO PRE - PATOGENICO</i>		<i>PERIODO P</i>	
<i>PREVENCION PRIMARIA</i>		<i>PREVENCION SECUNDARIA</i>	
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO TEMPRANO	TRATAMIENTO OPORTUNO
1) EDUCACION HIGIENICA 2) EDUCACION SEXUAL 3) PLATICAS SOBRE EL CONTROL NATAL.	1) CHEQUEO MEDICO PERIODICO 2) DETECCION Y TRATAMIENTO DE PADECIMIENTOS INFECCIOSOS Y VIRALES	1) HISTORIA CLINICA COMPLETA 2) EXAMEN FISICO COMPLETO 3) EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE 4) CITOLOGIA VAGINAL. 5) BIOPSIA VAGINAL. 6) COLPOSCOPIA	1) ELECTROCAUTERIZACION 2) CONIZACION 3) CRIOQUIRURGIA 4) LASER.

NCER CERVICOUTERINO

COMPLICACIONES A NIVEL DEL CERVIX.



ESTIMULO DESENCADENANTE

HORIZONTE CLINICO

PERIODO PATOGENICO

PREVENCION SECUNDARIA PREVENCION TERCIARIA

DIAGNOSTICO TEMPRANO	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DE LA INCAPACIDAD	REHABILITACION
1) HISTORIA CLINICA COMPLETA 2) EXAMEN FISICO COMPLETO 3) EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE 4) CITOLOGIA VAGINAL 5) BIOPSIA VAGINAL 6) COLPOSCOPIA	1) ELECTROCAUTERIZACION 2) CONIZACION 3) CRIOCIRUGIA 4) LASER.	1) QUIMIOTERAPIA 2) RADIOTERAPIA 3) CIRUGIA RADICAL	1) ADAPTACION FISICA, PSICOLOGICA Y SOCIA DE LA PACIENTE CON HISTERECTOMIA.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

1. Identificación

Problemas reales o potencia-
les.

Nombre: R.F.C.; Edad: años

Sexo: F.; Estado civil: Viuda

Escolaridad: 3 años ~~primaria~~

Ocupación: hogar; Religión:

católica; Nacionalidad: mexicana

Lugar de procedencia: Atlatláucan

Morelos; Persona responsable:

hijo mayor.

2. NIVEL Y CONDICIONES DE VIDA

Ambiente fisico.

Habitación:

Características físicas (iluminación,
ventilación, etc.), cuenta con buena
ventilación.

Propia, familiar, rentada, otros:

Propia.

Tipo de construcción: adobe

Número de habitaciones: 3.

Problemas reales o potenciales.

Animales domésticos: 2 perros.

3. Servicios sanitarios:

Agua (intradomiciliaria

Control de basura: muy irregular.

Existe problema de contagio de enfermedades transmisibles, por contaminación.

Eliminación de desechos: (drenaje, fosa séptica, letrina, otros): letrina

No existe problema

Iluminación: buena

No existe problema

Pavimentación: empedrado

No existe problema

4. Vías de comunicación:

Teléfono: caseta

No existe problema

Medios de transporte: camión,

taxi, etc.

No existe problema

Recursos para la salud: centro

de salud

No existe problema.

Problemas reales o potenciales.

Aseo, baño, tipo, frecuencia:

diario.

No existe problema

De manos: muy frecuente.

No existe problema

Cambio de ropa personal, parcial, total.

No existe problema.

5. Alimentación:

Desayuno: (hora y alimentos)

de las 7 a.m., huevos tortillas, frijoles, 1 taza de café, 1 pieza de pan.

No existe problema.

Comida (horario y alimentos):

sopa de pasta, con verduras, verdura, guisado, frijoles de 4 a 6 tortillas a las 15 horas.

No existe problema.

Cena (horario y alimento) a las 20

horas, una taza de café o te con una tortilla con sal.

No existe problema.

Alimentos que originen:

preferencia: carne de pollo

No existe problema.

Desagrada: carne de cerdo No existe problema

Intolerancia: no tiene No existe problema

Eliminación: (horario y características). Vesical: de acuerdo al volumen ingerido. No existe problema

Intestinal: por la mañana al levantarse, normal. No existe problema.

Descanso: diario No existe problema.

Sueño (horario y características):
Salirse al campo los fines de semana con la familia. No existe problema.

Estudia y/o trabaja: únicamente trabaja en el hogar. No existe problema.

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Aportación económica
Esposo	55 años	Campesino	----
Paciente	50 años	Hogar	
Hijo	30 años	Profesor	
Hija	24 años	Estudiante	

Parentesco	Edad	Ocupación	Aportación económica
Hija	23 años	estudiante	
Hijo	22 años	estudiante	ninguna
Hijo	20 años	estudiante	

Aportación total quincenal \$50,000.00

Dinámica familiar:

Hay interrelación en el grupo familiar, ya que la cliente está todo el día en el hogar. No hay problema

Dinámica social:

Refiere la paciente que se lleva bien con los vecinos No hay problema

Comportamiento: (conducta)

Comunicativa, amable, cooperativa, social. No hay problema

Problema actual:

Cáncer

Antecedentes personales patológicos comprensión y/o comentarios acerca de su problema: ella está consciente de su padecimiento y espera

sanar por la evolución que lleva.

No existe problema.

6. Exploración física:

Inspección:

Aspecto físico: palidez generalizada, mucosas orales resacas, se encuentra en una sola postura

No hay problema

Aspecto emocional: ella coopera

No hay problema

Palpación: abdomen depresible, voluminoso, no presenta molestias a la palpación.

No hay problema

Percusión: abdomen discretamente globoso.

No hay problema.

Auscultación: ruidos cardíacos normales.

No existe problema

Medición 1.55 de altura, peso 58 Kg.

No existe problema

Presión arterial: 120/70 pulsaciones.

70 respiración, 66 . Temperatura 36,5°.

7. Datos de laboratorio complementarios.

Fecha:

Tipos normales:

Química sanguínea normales:

Urea 25, Creatinina 1.5, sodio 130 a 140, cloro 100, potasio 4 a 5.

Hematología:

Hematocrito 42, hemoglobina 142, leucocitos 7.83.

Cifras del paciente:

Urea 24, creatinina 1.2, sodio 130, cloro 100, potasio 4.

Hematología:

Hematocrito 40, hemoglobina 14, leucocitos 6.7

Están dentro de los límites normales.

Problemas detectados.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente de apariencia tranquila de buen estado nutricional, quien recibe tratamiento de radioterapia por presentar Cáncer Cérvico Uterino. CaCu.

Paciente de 50 años, viuda.

La paciente colabora con su tratamiento por referir mejoría.

Al interrogatorio la paciente coopera con lo que se le pide, narra el inicio de su padecimiento. Explica que en el mes de febrero comenzó con amigdalitis e inflamación de los ganglios del cuello.

En el mes de marzo tiene un escurrimiento por vagina de mal olor y abundante color amarillo.

Dolor en región lumbar, sus mamas le duelen y el pezón hay una pigmentación negra haciendo crecer el mismo.

En estas fechas ha notado su baja de peso, no tiene sueño, por las noches el dolor ha aumentado. Refiere tristeza y también miedo de quedarse sola.

Problemas identificados:

Depresión emocional

Miedo a la soledad

Tristeza

Dolor en región abdominal

Anorexia

Cáncer cérvico uterino

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre: C.M.B.

Edad: 50 años

Sexo: femenino

Servicio: Oncología

Diagnóstico médico: Ca.Cu. IIB.

Diagnóstico de Enfermería: .

Se trata de paciente del sexo femenino con edad aparente a la cronológica, que se interna para tratamiento de aplicación de material radioactivo, intracavitario, se muestra nerviosa por desconocer el tipo de tratamiento a aplicar; ingresa deambulando.

Objetivos:

Describir las bases científicas sobre el cáncer cérvico uterino para poder proporcionar una atención profesional de Enfermería oportuna y eficaz a pacientes con dicho padecimiento.

Sustentar mediante este estudio de investigación clínica, obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

Detectar oportunamente las necesidades físicas, psicológicas y sociales en la paciente con cáncer cérvico-uterino.

Jerarquizar las necesidades detectadas, así como las acciones de Enfermería en base a las necesidades de la paciente con cáncer cérvico uterino.

Desarrollo del plan:

Problema: Desconoce la clase de tratamiento al cual va a ser sometida, tan sólo que se trata de radiación.

Necesidad de realizar la tricotomía de pubis a la paciente.

Manifestaciones clínicas del problema:

Nerviosismo, temor al tratamiento e inquietud.

Razón científica de las manifestaciones:

Al ser humano ante las situaciones extrañas y desconocidas, le provocan temor, mismo que se demuestra con nerviosismo e inquietud.

Acciones de Enfermería:

Durante el primer contacto verbal con la paciente, el personal de enfermería debe mostrarse amable y cortés, con la misma, para que ésta adquiera confianza, de tal manera que la paciente exteriorice

rice todo lo que tenga que decir, así como sus dudas, observando y escuchando con atención; de esta forma la enfermera conocerá y detectará las necesidades de la paciente y la enfermera podrá explicar e informar a la paciente en qué consiste su tratamiento y los procedimientos que se esperan realizar para el mismo.

Preparación de material y equipo para el procedimiento de tricotomía de pubis.

Preparación psicológica de la paciente para realizar dicho procedimiento y realización del mismo.

Razón científica de las acciones:

Cuando el paciente siente que está recibiendo una atención competente, la ansiedad del mismo disminuye.

Si el personal de enfermería es amable y escucha con atención, podrá ganar la confianza y simpatía, de tal manera que al sentir la presencia de alguien que le agrade, podrá ayudar a aliviar la angustia, temor e inquietud que la paciente experimenta.

Por lo general, las personas sienten menos ansiedad cuando conocen lo que les va a suceder.

Evaluación:

La paciente se observó más tranquila, posteriormente a la información recibida y a las acciones realizadas.

Problema: Desconocimiento y temor al aislamiento.

Temor para realizar sus necesidades fisiológicas.

Necesidad de posición en decúbito dorsal forzada,

Manifestaciones clínicas del problema:

Temor, nerviosismo e inquietud, además de que refiere que la posición debe ser cansada.

Razón científica de las manifestaciones:

Situaciones extrañas y desconocidas causan en el ser humano temor e inquietud.

La paciente se muestra inquieta debido a que estas unidades se encuentran al final del pasillo y la misma se siente relegada u olvidada.

Desconoce e ignora el cómo podrá realizar sus necesidades fisiológicas y refiere molestias para la instalación y retiro constante del cómodo.

Al conocer la paciente la posición en la que se debe de colocar y

permanecer, la misma refiere que debe ser muy cansada debido a que su tratamiento puede variar de tres a cinco días aproximadamente, dependiendo de la dosis de radiación que requiera.

Acciones de Enfermería:

El personal de Enfermería deberá informar del por qué se da aislamiento, así como los riesgos que corre cada uno de los miembros que laboran en esta unidad, al permanecer por mucho tiempo expuesta a este tipo de radiaciones, así como informarle del tiempo límite de visita familiar.

Informarle a la paciente que tiene instalada una sonda foley por la cual va a miccionar y así se podrán evitar movimientos innecesarios en la instalación y retiro de cómodo, movimientos que son molestos para ella.

Vigilar la permeabilidad de sonda foley.

Se procurará tener a la paciente en una forma cómoda, informándole que puede movilizar sus miembros inferiores haciendo flexión y extensión por un período no mayor de cinco minutos.

Procurar que la ropa de cama esté limpia y bien estirada.

Colocación de vendaje en miembros inferiores.

Cuantificación de diuresis.

Razón científica de las acciones:

Es más fácil aliviar un temor conocido que una ansiedad cuyo origen se desconoce.

La soledad agrava la ansiedad.

Al informar a la paciente del porque de las visitas tan breves, tan to del personal como de la visita familiar, la paciente es más com prensiva y se angustiara menos.

La paciente sentiría menos ansiedad sabiendo que no tendrá tanto problema para la eliminación vesical, es importante vigilar la permeabilidad de la sonda, ya que con cualquier movimiento ésta se puede obstruir doblándose y causarle problemas vesicales.

El ejercicio (a pesar de que es limitado), así como el vendaje, ayu dan a aliviar la tensión muscular y ayudará a una mejor circulación.

Evaluación:

La paciente refiere cansancio y dolor en la espalda al final del turno, debido a que la posición la cansa.

Problema: Necesidad de alimentación.

Temor para la defecación.

Necesita asco.

Manifestaciones clínicas del problema:

Las inherentes al mismo.

Razón científica de las manifestaciones:

En este tipo de pacientes la alimentación debe ser blanda y de pocos residuos para evitar las molestias de instalación y retiro frecuente del cómodo, movimientos que en muchas ocasiones son molestos por la posición en la que se encuentran.

El aseo en todo ser humano es de primordial importancia, ya que el organismo secreta, por medio de glándulas sebáceas y sudoríparas, secreciones que en cada ser guardan un olor característico.

Acciones de Enfermería:

La enfermera ordena (previa indicación médica y vigilancia), que la dieta proporcionada a la paciente sea la adecuada, así como acercarle sus alimentos y dejarla lo más cómoda posible para la ingestión de los líquidos; se le proporcionarán popotes, ya que por la posición en la que se encuentra le es problemática la ingestión de éstos.

Se procurará dejar cerca de la paciente o a una distancia accesible a la misma, una jarra con agua y vaso, así como sus artículos personales más indispensables, como un cómodo y un lebrillo.

Deberá realizarse aseo de genitales

Cambio de sábana clínica durante el turno.

Razón científica de las acciones:

Una de las funciones de enfermería es la de vigilar que la alimentación de la paciente sea óptima.

Si el alimento se le acerca en su mesa puente, cerca de la cama, la paciente a pesar de sus limitaciones podrá tomarla con más facilidad.

Para que la paciente se sienta más segura y no tema que al estar lejos del control de enfermería y ella necesitara el cómodo con urgencia, no pudiera ser escuchada y atendida con prontitud, se le proporcionará un cómodo que bien se le puede ubicar en un lugar donde no le estorbe y sea de fácil acceso a la paciente.

En este tipo de pacientes el aseo personal como baño, no puede ser permitido, ya que el personal de enfermería recibiría una dosis alta de radiaciones, por lo tanto se le proporcionará lebrillo para aseo de manos.

Debiera hacerse aseo de genitales, pero debido a las radiaciones que el personal de enfermería recibiría así como a la nula protección que se tiene contra las radiaciones, no se realiza dicho procedimiento.

Se procurará cambiar la sábana clínica durante el turno para que así la paciente esté cómoda y seca.

Evaluación:

La paciente se encuentra tranquila y somnolienta, y se muestra inapetente durante el turno.

Problema: Dolor, diarrea

Manifestaciones clínicas del problema:

Son resultado del funcionamiento orgánico y biológico.

Razón científica de las manifestaciones:

Los signos vitales son el resultado del funcionamiento orgánico y por medio de éstos se puede descubrir problemas durante el tratamiento.

El tratamiento que le es aplicado a este tipo de pacientes es prolongado y por lo tanto cansado, debido a la posición, con esto se acarrea dolor de espalda y molestias.

En este caso el dolor puede ser mínimo, pero como la paciente se encuentra molesta, su resistencia al dolor decrece por lo que se queja de mucho dolor.

Una complicación por radiación es la diarrea, ya que en este tipo de pacientes, previamente les aplican radiaciones externas en la bomba de cobalto, para así disminuir la tumoración y posteriormente son programadas para la aplicación de radium intracavitario.

Acciones de Enfermería:

- Toma de signos vitales
- Ministración de analgésicos
- Ministración de antidiarréicos
- Vigilar material radioactivo

Razón científica de las acciones:

Es necesaria la toma de signos vitales para valorar el estado del paciente, así como para descubrir o detectar problemas orgánicos.

La enfermera deberá vigilar la presencia de dolor y según indicaciones médicas se ministrará analgésico.

Previa indicación médica, se ministrará caolín y pectina que actúan como absorbente y protector, así como antidiarréico, su efecto consiste en aumentar la consistencia de las heces, sin reducir la pérdida de agua.

Evaluación:

La paciente refiere molestias por la diarrea y la posición, pero al final del turno tal parece que la diarrea ha disminuido.

Problema: Apoyo psicológico

Información sobre su próxima consulta

Información sobre los cuidados posteriores al retiro de material radioactivo.

Manifestaciones clínicas del problema:

Nerviosismo

Inquietud.

Razón científica de las manifestaciones:

Debido a que su tratamiento fue por cinco días, la paciente se encuentra cansada y desesperada.

La paciente se encuentra inquieta pues refiere cansancio y desea se le retire ya el material radioactivo.

Acciones de Enfermería:

La enfermera deberá conocer la hora de retiro del material radioac-

tivo, para así informar a la paciente y tratar de tranquilizarla, así como para informar a sus familiares que la paciente puede egresar posteriormente al retiro del material.

Se deberá informar a la paciente cual va a ser su papel, para cuando le retiren el radium (información que se da desde su ingreso a la unidad), así como informarle que puede bañarse inmediatamente después de retirarle el radium.

Informarle al familiar cuando y en qué lugar podrá concertar cita para la próxima consulta, así como informarles que la paciente podrá llevar una vida normal posterior a un período corto de reposo.

Razón científica de las acciones:

El hecho de que el paciente conozca la hora y el procedimiento a seguir para el retiro del radium, mitigará o disminuirá su nerviosismo y angustia.

Al informar al familiar sobre su próxima cita de la paciente, se evitarán malos entendidos, ya que si dicha información se da a la paciente, por su cansancio y nerviosismo la puede mal entender y no acudir a su cita.

Motivar a la paciente para que acuda periódicamente, hablándole de los beneficios a recibir como lo son su salud.

Al informar a la paciente que puede llevar una vida normal, ésta se sentirá mejor y podrá tener fe en un pronto restablecimiento.

Evaluación:

La paciente abandona su unidad por propio pie, pálida, se refiere asintomática y en mejores condiciones, abandona el hospital en compañía de un familiar.

CONCLUSIONES

En México, como en otros países en desarrollo, uno de los grandes problemas de salud lo constituye el Cáncer por su alta frecuencia y porque afecta a grupos de edad productiva en mujeres de 25 años a más edad.

En los diversos tipos de cáncer, el de la matriz ocupa desde hace varios años el primer lugar como causa de muerte.

A pesar del alto índice de mortalidad que ocasiona este tipo de cáncer es el más fácil de descubrir y de tratar con éxito, si se le descubre durante sus primeras etapas. La enfermedad se presenta con mayor frecuencia: mujeres mayores de 30 años de edad.

Que iniciaron su vida sexual a edad temprana que han tenido varias parejas, varios partos y padecido infecciones vaginales mal tratadas.

Para descubrir estas alteraciones se cuenta con el Papanicolau, que es una técnica sencilla, rápida, sin molestias para la paciente, con un alto grado de seguridad diagnóstica.

Los estudios complementarios en estas personas sospechosas permiten establecer el diagnóstico definitivo y aplicar el tratamiento adecuado y oportuno.

Añadiendo a ésto la frecuencia de Cáncer, también a factores ambientales, situación geográfica, características del clima y del suelo.

La alimentación, contaminación ambiental y social.

Medio socioeconómico y hábitos culturales.

Los progresos logrados para el diagnóstico temprano del Cáncer Cérvicouterino, corresponden por una parte a las campañas realizadas al respecto, utilizando todos los medios de difusión disponibles y, por otra parte, a los adelantos experimentados en los métodos de diagnóstico, su técnica y sus procedimientos, rastreo de sustancias radioactivas, ultrasonido, topográfico, inmunodiagnóstico.

Sugerencias:

Motivar a las mujeres en edad reproductiva a exámenes periódicos, para practicar las medidas de prevención el Papanicolau.

Consiste en tomar una muestra de exudado del cuello de la matriz con ayuda de un espejo vaginal, una laminilla y un par de abatelen guas.

Explicar en qué condiciones debe de presentarse la paciente:

1. Sin estar menstruando
2. Sin haber aplicado óvulos vaginales
3. Abstinencia de 24 horas.
4. Sin darse ducha vaginal.

BIBLIOGRAFIA

- BAENA Paz, Guillermina
Instrumentos de investigación; Ed. Editores Mexicanos Unidos, México, 1981, 134 pp.
- BEDOYS
Propedéutica ginecológica; Ed. Labor, México, 1970, 206 pp.
- BUNGE Mario Augusto
La investigación científica; Su estrategia y su filosofía; Ed. Barcelona: Ariel, 1975, 955 pp.
- COONILL, Motobbio
Tratado de ginecología y técnicas terapéuticas ginecológicas; Ed. Interamericana, México, 1970, 330 pp.
- CORTES, E. Sinks
Advianycanwitz neoplastic; Ed. Famitali, Carlos Erba, Caracas, Venezuela, 1971, 837 pp.
- DEVIGES, Sugetore
Diccionario médico; Ed. Interamericana, México, 1980, 400 pp.
- DISSMAN, Anginootres
Carcinoma de cérvix; Ed. Interamericana, México, 1980, 854 pp.
- GUYTON C., Arthur
Tratado de fisiología médica; Ed. Interamericana, 5a. ed. México. 1977, 1159 pp.
- GUNIS, J.J.
Metodología de cromosomas humanos, Ed. Labor, México, 1978, 585 pp.

- IRVING, S. Enfermería psiquiátrica; Ed. Interamericana, México, 1978, 301 pp.
- JALOVSONO Cáncer cérvicouterino hereditario; genética y clínica; Ed. Interamericana, México, 1980, 557 pp.
- JONES Obstetricia; Ed. Interamericana, México, 1978, 550 pp.
- KAN, Langman Embriología médica; Ed. Interamericana, México, 1970, 430 pp.
- LAGUNA, J. Bioquímica; Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1970, 700 pp.
- MONDRAGON Castro. Obstetricia básica ilustrada; Ed. Trillas, México, 1982, 800 pp.
- NORMAN, Rothweder Bases científicas de la enfermería; Ed. Prensa Médica Mexicana; México, 1980, 300 pp.
- PATAV, H. Identificación individual de cromosomas en el hombre; Ed. Suberman, México, 1980, 173 pp.
- PRICE, Alice Tratado de enfermería; 3a. ed. Ed. Interamericana, México, 1977, 587 pp.
- STANLEY, L. Robins Patología estructural y funciones; Ed. Interamericana, México, 1980; 736 pp.

- STEWART Taylor Obstetricia de Beck; Ed. Interamericana, México, 1981 557 pp.
- SOMOLLIRS, H. Tsos Compendio de Atlas de citodiagnóstico ginecológico; Ed. Labor, México, 1980, 450 pp.
- TORTORA, Anagostakos Principios de anatomía y fisiología; Ed. Huria, México 1977; 1967 pp.
- WBERDAMANA Histología y anatomía microscópica humana; Ed. Labor, México, 1970, 912 pp.
- WILLIAMS Obstetricia; Ed. Salvat Mexicana, México, 1980, 480 pp.
- HEMEROGRAFIA
- ANDERSON, M.D. Carcinoma del cuello uterino y ovario; Publicaciones médicas del Instituto de Tumores de Huston, Texas;
- ALVAREZ, R.R.D. Casos de muerte de cáncer de cuello uterino; Ed. Prensa Mexica Mexicana, México, 1977 54 pp.
- ASE, Herman, L.B. Una evaluación del tratamiento de cáncer realizada en la Universidad de Edimburgo, Escocia; dirigida por el Dr. Robert Nevv Hirtor, 1953, 842 pp.
- BREEN, J.L.Y., Newbecher Teratoma maligno del ovario ginecoobstetricia; Análisis de 17 casos obstétricos; México, 1983, 21 pp.

GLOSARIO DE TERMINOS

ANALGESICO	Sustancia que alivia el dolor, pérdida de los sentidos ó de las sensaciones.
AFECTIVIDAD	Facultad afectiva y tono sentimental, susceptibilidad emocional.
ANAPLASIA	Regresión de las células a una forma muy primitiva e indiferenciada.
ABLACION	Extirpación de una parte especialmente cortado, amputación.
ATIPICO	Irregularidad, no conforme con el tiempo, dícese especialmente de tumores cuyas células tienen.
AFLUJO	Afluencia de una cantidad mayor de sangre u otro líquido a un órgano o parte del cuerpo.
ATIPICO	Irregularidad, no conforme con el tiempo, dícese especialmente de tumores cuyas células tienen forma y disposición sin analogía en el organismo de fibras intermitentes cuyos accesos se encuentran de mane-

	ra irregular y de cepas microbianas de tipo no usual.
CARCINOGENESIS	Producción de cáncer
CITOMETAPLACIA	Alteración de la forma o función de las células.
CANCERIZACION	Adquisición o desarrollo de cualidades malignas, transformación de las células de un tejido sano en células neoplásicas.
CANCEROLOGIA	Suma de los conocimientos relativos al cáncer.
CARCINOMA	Tumor canceroso de origen epitelial con estromas conjuntivo abundante.
CIRUGIA	Rama de la medicina que trata las enfermedades mediante procedimientos operativos.
CERVICITIS	Inflamación del cuello uterino.
CARCINOLISIS	Destrucción o dilución de las células cancerosas.

CITOMORFISMO	Serie de cambios que sufren las células en los procesos de formación, desarrollo, crecimiento.
CITOLOGIA	Parte de la Histología que trata de las células, de su estructura y funciones.
CONDILOMA	Excrecencia semejante a una verruga.
CARCINOIDE	Tumor de aspecto carcinomatoso.
CITOLOGIA	Estudio de las células rama de la que investiga lo referente a la estructura, desarrollo y fenómeno biológico de la célula.
CANCER	Tumor maligno en general y especialmente el formado por células epiteliales.
ENDOMETRITIS	Inflación de la mucosa del cuerpo uterino.
ETIOLOGIA	Estudio de las causas de una enfermedad.
EXOGENO	Que toma origen fuera del organismo.
ENDOGENO	Que se desarrolla desde dentro.
FIBROSARCOMA	Fibroma mezclado de sarcoma, tumor compuesto de elementos fibrosos y sarcomatosos.

FIBROMA	Nombre genérico de las neoplasias compuestas esencial o principalmente de tejido fibroso.
FROTIS	Muestra para estudio microscópico preparada por extensión de las sustancias del tejido que se va a estudiar en una laminita de cristal.
HIPERPLASIA	Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos, hipertrofia numérica.
HIPERTROFIA	Desarrollo exagerado de los elementos anatómicos de una parte u órgano sin alteración de las estructuras de los mismos que dan por resultado el aumento de volumen y peso del órgano afectado.
HIPOTROFIA	Nutrición deficiente, retardo de desarrollo.
LIOMIOSARCOMA	Sarcoma que contiene anchas células fusiformes de tejido muscular liso.
MIELOMA	Turnor de la médula espinal u ósea, sarcoma de células gigantes.

MIOMETRIO	Porción muscular del útero.
MALIGNIDAD	Tendencia al progreso en cuanto a virulencia.
NEOPLASIA	Cualquier desarrollo tisular nuevo y anormal, necrosis.
PAPANICOLAU	Prueba citológica en la que se toman células uterinas para examen principalmente para investigar tumores malignos.
RADIACION	Tratamiento con rayos X radio u otra sustancia radioactiva.
SINTOMA	Prueba de una enfermedad o de una alteración del funcionamiento del cuerpo.
SIGNO	Síntoma objetivo que puede descubrirse por examen especial.
RADIOTERAPIA	Persona que comprende medidas diagnósticas o terapéuticas por medio de energía radiante.

TOPICO	Relativo a la aplicación local externa.
TUMOR	Masa anormal de tejido preexistente y que no tienen una función en la fisiología.
ULCERA	Solución de continuidad en la piel o mucosa con pérdida del tejido superficial.
UTERO	Organo muscular de las vías genitales femeninas, dentro del cual crece y se alimenta el feto.
VALORACION	Obtención y estudio de la información para identificar los problemas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Plan de visitas domiciliarias de Enfermería.

1. Datos de Enfermería.

- a. Nombre: R.F.C.
- b. Número de personas que integran la familia: 7
- c. Domicilio: Atlatlaucán, Morelos.
- d. Escolaridad de los miembros de la familia: un profesional, cuatro escolares.
- e. Nódulos al que están inscritos: ninguno.

2. Datos de la persona que visitará:

1. Nombre completo: R.F.C.
2. Edad: 40 años, sexo femenino, ocupación, el hogar.
3. Nódulo al que asiste: ninguno.
4. Medico que la atiende:
5. Problema de salud actual:
6. Tratamiento e indicaciones médicas: R.T. intrauterino
7. Fecha de la última vez que asistió a consulta en el hospital: 4 de julio de 1985.
8. Fecha de cita próxima: se controla como externa.

