



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

CANCER CERVICO UTERINO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE INVESTIGACION

U. N. A. M.

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 CRISTINA JUAREZ VERA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION

1

I. MARCO TEORICO

4

1.1 Anatomía y fisiología

4

1.2 Concepto de Cáncer

11

1.3 Frecuencia

11

1.4 Etiología

20

1.5 Fisiopatología

22

1.6 Tipos anatomopatológicos

26

1.7 Diagnóstico del Cáncer Cervical

27

1.8 Clasificación clínica del Cáncer Cervical

31

1.9 Tratamiento

35

1.10 Complicaciones

45

1.11 Pronóstico

47

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

55

2.1 Datos de identificación

55

2.2 Nivel y condiciones de vida

55

2.3 Problema o padecimiento actual

58

2.4 Exploración física

59

2.5 Datos complementarios

61

2.6 Diagnóstico de Enfermería

63

	Pág.
III. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	64
3.1 Desarrollo del plan	65
RESUMEN Y CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	
GLOSARIO DE TERMINOS	

LISTA DE CUADROS

	Pág.
1. Defunción, Tasa y orden de importancia por causa principal de muerte de 35 a 44 años. 1981	14
2. Defunción, Tasa y orden de importancia por causa principal de muerte de 46 a 54 años. 1981	15
3. Defunción, Tasa y orden de importancia por causa principal de muerte de 55 a 64 años. 1981	16
4. Causa de mortalidad hospitalaria y orden de importancia por diagnóstico principal de muerte, IMSS. 1983.	17
5. Causa de mortalidad hospitalaria y orden de importancia, según institución por diagnóstico principal de muerte. 1983	18
6. Causa de morbilidad hospitalaria y orden de importancia por diagnóstico principal de egreso. Según Institución. 1983.	23
7. Clasificación clínica del Cáncer Cérvico Uterino	33

	Pág.
8. Clasificación por grupos según Papanicolau	34
9. Drogas usadas en Quimioterapia del Cáncer	42

INTRODUCCION

Por su gran incidencia y mortalidad, el cáncer del cérvix es una patología de importancia dentro de las afecciones de la mujer adulta, por la dificultad que representa el tratamiento y su detección oportuna.

A diferencia del cáncer mamario, que presenta una incidencia incluye mayor y una mortalidad significativamente menor por el fácil acceso diagnóstico, el oportuno tratamiento y rehabilitación; el cáncer epidermoide del cuello uterino tiene un desarrollo lento, asintomático, en sus primeros estadios y sólo sintomático en etapas avanzadas, cuando las metástasis se han presentado y la situación clínica es crítica para la paciente al grado de considerarse pronóstico desfavorable para la vida.

No obstante los esfuerzos de las instituciones que integran el sector salud por prevenir esta patología, diagnosticarla a tiempo a través de un examen periódico y un estudio de Papanicolau para recibir el tratamiento adecuado en el momento oportuno y del compromiso que adquiere enfermería con su participación en esta tarea como algo prioritario; debemos estar atentos y capacitados para dar tratamiento a pacientes con esta enfermedad, que solicitan atención en fases avanzadas, para respaldar la decisión del ginecólogo especializado en oncología.

Se ha elaborado un plan de trabajo de enfermería que, apoyado en el método científico, tenga certeza y organización para poder así ofrecer a la paciente una mayor oportunidad de sobrevida, una esperanza también de rehabilitación o un deceso digno.

Objetivo general del estudio:

Realizar el estudio de un caso clínico con Cáncer Cérvico Uterino para aplicar acciones de enfermería concretas, tendientes a mejorar el estado de desequilibrio biopsicosocial de la paciente, llevando como sustento el método científico.

Se elaboró una investigación documental sobre la enfermedad Carcinomatosa Epidermoide del Cuello Uterino, para obtener una referencia precisa de esta patología y estar en condiciones de detectar signos, síntomas y necesidades en una paciente a través de la elaboración de la Historia Clínica (observación, interrogatorio, exploración) para integrar un Diagnóstico de Enfermería.

Posteriormente a la fase de recolección de datos se procedió al ordenamiento, la jerarquización de la problemática detectada. Se analizaron los datos y planearon acciones sistematizadas tendientes a resolver la situación morbosa en la paciente para finalmente evaluar la efectividad o no de la terapéutica de enfermería establecida y de esta manera replanear alguna otra de acuerdo con la evolución y la situación clínica de la paciente en el marco hospitalario.

Finalmente, se realizó una evaluación general del trabajo, aplicado con la intención de considerar fallas y aciertos en la metodología, exponer interferencias y pendientes del caso.

I. MARCO TEORICO

1.1 Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

El escenario donde tienen lugar los interesantes eventos de la reproducción en la mujer es el aparato genital femenino, formado por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, la vagina y los genitales externos.

Los ovarios:

Se le describen dos caras, dos extremidades y dos bordes. Su extremidad interna da inserción al ligamento ovárico y la externa se conecta con una de las franjas del pabellón de la trompa de Falopio. La superficie del órgano está protegida por una capa de células columnares que forman el epitelio germinal. En el epitelio germinal están los folículos de Graff que en la niña son vesículas de $\frac{1}{4}$ de mm pero a partir de la pubertad y hasta la menopausia se maduran los óvulos y se producen hormonas.

La segunda capa es la cortical, constituida por tejido conjuntivo de células fusiformes.

La tercera capa es la medular que contiene numerosos vasos y nervios.

Los folículos de Graaf tienen tres capas. Una externa de tejido fibroso. Una capa media y una capa interna granulosa donde está el óvulo. La granulosa forma el cúmulo oophorus.

Vasos y nervios del ovario: las arterias son ramas de la uteroovárica que hay en el ligamento ancho. Las venas acompañan a las arterias y los nervios provienen del simpático.

Las funciones de los ovarios son:

La ovogénesis (maduración de los óvulos).

La producción de hormonas (estrón y progesterona).

Trompas de Falopio:

Son dos órganos de aproximadamente 12 centímetros de longitud que se extienden desde el ovario hasta el útero y presentan el aspecto de una corneta. Se localizan entre los pliegues del ligamento ancho que es una formación del peritoneo.

Se les distinguen tres partes: una interior en contacto con el útero; una media o cuerpo y el pabellón de la trompa, que nos recuerda a una corola con franjas dentelladas. Una de estas franjas forma un canal por donde viaja el óvulo maduro hacia el lugar de la cita fecundizante, el cuerpo de la trompa.

Las trompas de Falopio tienen tres capas: la externa, la forma el peritoneo; la media es una túnica muscular doble y la interna es una mucosa con numerosos y muy marcados pliegues longitudinales y tiene un epitelio cilíndrico con pestañas vibrátiles.

Utero:

Es un órgano musculoso que tiene la forma de una pera con la porción superior ancha y la inferior u hocico de tenca abajo.

El útero mide de largo 15 centímetros pero durante el embarazo suele aumentar su tamaño hasta los 60 centímetros de longitud.

En el pospartum se achica y durante la menopausia se atrofia.^{1/}

Para su estudio se le distinguen tres partes: el fondo que es ancho y superior; el cuerpo y el cuello del útero. Se mantienen en su lugar por los siguientes ligamentos:

- a. Los ligamentos anchos que van a las paredes laterales de la pelvis englobando a las trompas y ovarios y dividiendo a la cavidad pélvica en dos secciones, una anterior y otra posterior.

^{1/} López García, Norberto; Anatomía, fisiología e higiene; p. 309.

- b. Los ligamentos uterosacros que van a la parte lateral e inferior del sacro rodeando al recto.
- c. Los ligamentos redondos que son dos conductos que van al conducto inguinal y se pierden en los labios mayores.

Atrás tiene al recto, el cual está separado por el fondo de saco de Douglas que es una formación del peritoneo. Y adelante a la vejiga, de la cual está separada por el fondo de saco vesicouterino. El fondo del útero está dos centímetros abajo del pubis (borde superior de la sínfisis).

La cavidad uterina es pequeña y eso es debido a lo grueso de la pared muscular del útero y es el sitio (sobre todo el fondo) donde habitualmente se desarrolla el producto. La cavidad del cuello, por el contrario, es larga y fusiforme.

El útero tiene tres capas: la externa que es derivada del peritoneo; la tónica media o muscular que tiene fibras circulares longitudinales y verticales que se entrecruzan en todos sentidos y la tercera capa es la mucosa que cubre toda la superficie interior del útero.

Arterias: la uterina, rama de la hipogástrica y la ovárica rama de la aorta. Los nervios son: simpático y parasimpático.

Funciones del útero:

- a. Recibe al óvulo y si éste ha sido fecundado, lo retiene por espacio de 280 días y luego lo expulsa durante el parto.
- b. La menstruación.

La vagina:

La vagina es un conducto de naturaleza musculomembranosa que se encuentra localizada por detrás de la vejiga, adelante del recto y abajo del útero y se dirige de atrás adelante hasta llegar a la vulva.

De sus paredes, la posterior es más larga (9 centímetros) que la anterior (8 centímetros). En su parte superior la vagina se inserta en el cuello del útero, formando los fondos de saco anterior, posterior y laterales del cuello.^{2/}

En la vagina encontramos tres capas: una interna mucosa, con una serie de surcos transversales (los surcos de la vagina) que en el momento del parto aumentan el tamaño del órgano. La capa media, es muscular y se engruesa durante el embarazo. Por último, la túnica externa es de tejido conjuntivo y delgada.

^{2/} López García, Norberto; op.cit. p. 310.

Organos genitales femeninos externos:

Los genitales externos son los órganos que se conocen con el nombre de vulva. La vulva está formada por los siguientes órganos: el monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el vestíbulo, el himen y las glándulas de Bartholin.

La vulva es la parte visible de los genitales femeninos.

El Monte de Venus:

Es una eminencia celuloadiposa que se encuentra localizada enfrente del pubis y que habitualmente se cubre de vello en la pubertad.

El clítoris:

Es un órgano impar y medio formado de tejido eréctil, homólogo del pene en el sexo femenino. Se localiza en la parte anterior y superior de la vulva. Está casi completamente oculta por el prepucio.

Labios mayores:

Este nombre reciben unos pliegues cutáneos aplanados transversalmente que se extienden desde el monte de venus hasta unos 2.5 centímetros del ano. Tienen vasos, nervios y glándulas.

Labios menores:

Son dos pliegues aplanados transversalmente y formados por un epitelio escamoso estratificado y con muchas glándulas sebáceas. Se localizan por dentro de los labios mayores y por delante sus extremos se unen para formar el capuchón del clítoris. Miden aproximadamente 4 centímetros de longitud.^{3/}

Vestibulo vaginal:

Así se llama un espacio triangular que está limitado hacia adelante por el clítoris y a los lados por los labios menores. En el vestíbulo encontramos el orificio uretral y el vaginal. Este último está cerrado en las vírgenes por un tabique de naturaleza membranosa que se llama himen. El himen frecuentemente es muy elástico a tal grado que el paso del niño durante el parto, a veces, no llega a destruirlo. En otras ocasiones el himen cierra totalmente el orificio y entonces se llama imperforado y necesita intervenir se quirúrgicamente.

Glándulas de Bartholin:

Son dos glándulas ovoides y esféricas que desembocan en el vestíbulo en un surco que hay en los límites de la vagina y los labios

^{3/} López García, Norberto; op.cit., p. 311.

menores. El líquido secretado por estas glándulas sirve para lubricar los genitales.

El perineo es el piso de la pelvis en su parte externa y va desde el pubis hasta el ano. En la mujer el perineo está perforado por la vagina; durante el parto puede desgarrarse y traer consecuencias. Por detrás de la vagina existe un tabique, el triángulo vaginalorectal, formado por el perineo y que también se llama cuerpo perineal.^{4/}

1.2 Concepto de Cáncer

Es el cambio que experimentan determinadas células del cuerpo en su estructura y aspecto. Empezan a multiplicarse y dan origen a una colonia de células cancerosas. Se multiplican rápidamente e invaden y destruyen tejidos normales circundantes mediante presión, compitiendo con las células sanas por elementos nutritivos de oxígeno.^{5/}

1.3 Frecuencia

En los países de Norteamérica las estadísticas indican que en años recientes el cáncer ha causado un número creciente de muertes.

^{4/} López García, Norberto; op.cit., p. 313.

^{5/} Smith, Germain; Enfermería médico quirúrgica, p. 226.

Factores que probablemente han influido en el incremento son: reducción de muertes por otras enfermedades como neumonía, difteria y escarlatina; mayor número de personas que llegan a una edad avanzada, lo cual aumenta la susceptibilidad al cáncer; y creciente riesgo de contraer ciertos cánceres debido a la mayor exposición a carcinógenos específicos (como fumar).

Las estadísticas también muestran cambios importantes en la frecuencia de la enfermedad de los dos sexos. El índice de mortalidad fue aproximadamente igual para hombres que para mujeres en 1945, pero desde entonces se ha producido una notable diferencia; el índice para las mujeres ha mostrado una reducción que se debe principalmente a una menor frecuencia de cáncer uterino y gástrico. El índice en los varones se ha elevado y se atribuye sobre todo el aumento del cáncer del pulmón y la próstata.

Otras importantes tendencias manifestadas son los cambios en la ocurrencia de ciertos tipos de cáncer. El cáncer gástrico y el uterino han mostrado una disminución, pero los índices de mortalidad por leucemia y cáncer del aparato respiratorio, el sistema urinario y las mamas han aumentado.

Tales cambios en la frecuencia pueden proporcionar indicios sobre factores predisponentes y causas en relación con el medio ambiente, ocupación, hábitos y costumbres sanitarias y pueden indicar

también el valor de programas preventivos y de diagnóstico temprano. Por ejemplo, la reducción de cáncer uterino puede correlacionarse con la creciente práctica de un frotis vaginal de Papanicolaou anual.

La frecuencia del cáncer varía con la edad. Se produce en la lactancia y niños, así como en adultos, pero aumenta con la edad. Entre las edades de cinco a quince años hay una menor frecuencia, pero desde los quince en adelante hay aumento continuo.

Es imposible precisar el porcentaje de muerte por cáncer del cuello, ya que hasta años recientes se la ha separado del cáncer uterino en la lista de causas oficiales de muerte. Sin embargo, a continuación se presentan datos obtenidos con respecto a defunción, mortalidad y morbilidad hospitalarias durante los años de 1981-1983.

CUADRO No. 1

DEFUNCION, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA POR CAUSA
PRINCIPAL DE MUERTE DE 35 A 44 AÑOS

1 9 8 1

Código	Causa	Orden de importancia	Número de defunciones	Tasa
120	Tumor maligno del cuello del útero	16	397	6.45

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informá-
tica; Información Estadística Sector Salud y
Seguridad Social; Cuaderno No. 4, México, 1981,
p. 23.

CUADRO No. 2
DEFUNCION, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA POR CAUSA
PRINCIPAL DE MUERTE DE 46 A 54 AÑOS

1 9 8 1

Código	Causa	Orden de importancia	Número de defunciones	Tasa
120	Tumor maligno	14	670	15.70
	Del cuello			
	Del útero			

NOTA: La tasa se calculó por cada 100 000 habitantes.

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 3

DEFUNCION, TASA Y ORDEN DE IMPORTANCIA POR CAUSA

PRINCIPAL DE MUERTE DE 55 a 64 AÑOS

1 9 8 1

Código	Causa	Orden de importancia	Número de defunciones	Tasa
120	Tumor maligno	17	534	19.19
	Del cuello			
	Del útero			

NOTA: La tasa se calculó por cada 100 000 habitantes.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 4

CAUSA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA Y ORDEN DE IMPORTANCIA
POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE MUERTE, IMSS

1 9 8 3

Causa	Código	Orden de importancia	Número
Tumor			
maligno	180	19	583
Del cuello			
Del útero			

NOTA: la tasa se calculó por cada 100 000 habitantes.

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 5

CAUSA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA Y ORDEN DE IMPORTANCIA, SEGUN INSTITUCION POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE MUERTE
1 9. 8 3

	Código	Orden de importancia	Número
ISSSTE	180	22	(no se cuantifica)
SDN	180	14	27
SM	180	13	1

NOTA: la tasa se calculó por cada 100 000 habitantes.

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CUADRO No. 6

CAUSA DE MORBILIDAD HOSPITALARIA Y ORDEN DE IMPORTAN-
CIA POR DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE EGRESO. SEGUN INSTITU
CION. 1 9 8 3

Causa	Tumores malignos;		
	Código	Orden de importancia	Número
ISSSTE	140-208	9	5541
SDN	140-208	7	6453
SM	140-208	15	205
DDF	140-208	15	1036

NOTA: la tasa se calculó por cada 100 000 habitantes.

FUENTE: misma del Cuadro No. 1.

1.4 Etiología

Los factores ambientales y socioeconómicos influyen considerablemente en la frecuencia de ciertos tipos de cáncer. El cáncer del cuello del útero es más frecuente en el grupo socioeconómico bajo. Se han hecho muchos esfuerzos para estudiar los diferentes factores económicos y sociológicos que pueden contribuir a la frecuencia variable del cáncer cervical. Se ha observado que el cáncer cervical es relativamente raro en la mujer judía. La baja frecuencia de cáncer cervical en la mujer judía ha hecho sospechar que el coito con un varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como influencia casual, quizá a base de poca higiene del pene y se sospecha de la importancia que pudiera tener el esmegma. Por otra parte, durante la última década los estudios realizados han demostrado la importancia de la relación entre el coito y el matrimonio a edades tempranas, con respecto al cáncer cervical. En este momento parece ser que el virus de Herpes simple, tipo 2, está claramente relacionado con el cáncer del cuello del útero. Los datos epidemiológicos, implican una exposición temprana, con acompañeros diversos, como causa etiológica importante, ha hecho sospechar que pudiera intervenir un agente infeccioso. En uno u otro momento se ha culpado al parásito tricomona, tan frecuente. ^{6/}

6/ Novack R., Edmund; Tratado de ginecología, pp. 240-242.

La irritación crónica de una área y la destrucción y reparación repetidas de los tejidos, se considera que son factores contribuyentes a la aparición de neoplasias malignas. Por ejemplo, la frecuencia del cáncer del labio es mayor en los fumadores de pipa; análogamente el cáncer del cuello del útero es más frecuente en mujeres con laceraciones cervicales no reparadas.

Otros factores contribuyentes o predisponentes son características intrínsecas del individuo como herencia, resistencia o susceptibilidad de huésped, sexo y equilibrio hormonal.

Se considera que factores genéticos son la causa de predisposición a contraer cáncer. Algunas personas pueden tener una susceptibilidad real al cáncer debido a su constitución genética o general; otros pueden poseer adecuados mecanismos de resistencia o defensa que impiden o terminan el crecimiento desordenado característico de las células o que las aislan manteniéndolas localizadas. La concentración de ciertas hormonas influyen en el cambio de ciertas células normales a malignas y su crecimiento posterior. Se dice que tales cánceres dependen de hormonas y manifiestan cambios en la actividad proliferativa cuando se altera la concentración de hormonas. Por ejemplo, el estrógeno favorece el crecimiento de algunos cánceres de mama, mientras que los andrógenos tienden a suprimir su progreso. Por el contrario, los an-

drógenos se asocian con el crecimiento de cáncer de la próstata y reduciendo su secreción por castración o contrarrestándoles con la administración de hormonas femeninas, puede suprimirse el crecimiento.

Si la hormona es el principal incitante en cáncer mantenidos por hormonas o simplemente produce una susceptibilidad tisular a un factor primario no se conoce.^{7/}

Existen aún factores o circunstancias no identificadas que deberán funcionar para hacer una relación etiológica más precisa.

1.5 Fisiopatología.

Las manifestaciones y efectos del cáncer dependen de la localización del neoplasma, su etapa y si hay afecciones secundarias como ulceración, hemorragia, infección y metástasis. El cáncer es una lesión que ocupa espacio. Puede obstruir un conducto; comprimir vasos sanguíneos; ejercer presión sobre nervios regionales, causando dolor o aún parálisis; o puede producir disfunción al invadir y sustituir el tejido normal.

Al crecer la lesión, hay una irrigación insuficiente y nutrición inadecuada para mantenerla y mantener el tejido normal. Se produ-

^{7/} Watson E., Jeannette; Enfermería médico quirúrgica, pp. 71-72.

ce necrosis de una porción de tejido normal, con posterior ulceración. Los vasos pueden ser erosionados provocando hemorragia y anemia crónicas. Frecuentemente hay marcada pérdida de peso y fuerzas cuando las células en rápido crecimiento compiten con las células normales por los nutrientes y producen trastornos en los procesos metabólicos y fisiológicos normales de todo el organismo.

La desfiguración y la infección pueden ser graves problemas si son afectados tejidos superficiales. Los tumores se refieren a nuevos desarrollos de tejido que persiste y crece independientemente de sus estructuras circundantes, sin las restricciones normales del desarrollo del organismo y carecen de objeto fisiológico. ^{8/}

Primeros estadios:

En sus fases más tempranas el Cáncer Cervical se presenta la mayoría de las veces como una pequeña lesión que se observa a nivel del orificio externo o próximo a él, es decir, en la unión de los dos tipos de epitelio cervical. Aparece como una pequeña zona endurecida y granulosa que se muestra al dedo que palpa como un ligero saliente en relación con la superficie vecina. Al

8/ Watson E., Jeannette; op.cit., p. 73.

examen con el espejo vaginal, la superficie en cuestión se presenta granulosa, ligeramente prominente, sangrando al primer contacto. A veces la superficie puede hallarse cubierta en esta temprana fase por excrecencias finamente papilares. Las porciones vecinas del cuello pueden ser normales. Pero es más frecuente que sean asiento de una afección crónica inflamatoria y presentan algún tipo de desgarro a causa de un parto anterior. De hecho, como en el carcinoma intraepitelial, suele resultar imposible distinguir por simple inspección, el cáncer invasor inicial de lesiones benignas como erosiones y eversionses.

Estadio moderadamente avanzado: desde su asiento primitivo, el cáncer se propaga hasta que abarca la mayor parte o la totalidad de uno de los labios del cuello o porciones de ambos. A medida que avanza, muestra una de sus dos características principales. Puede privar la tendencia papilar, creciendo la neoformación sobre la superficie principalmente; de aquí que la lesión tome la forma de coliflor, constituyendo la variedad evertida o exoftítica. Por otra parte, quizá no se produzca formación superficial, o ésta tenga lugar en pequeña medida, extendiéndose la lesión en los tejidos cervicales y produciendo una induración muy firme, a veces pétreas aunque prácticamente siempre hay alguna ulceración. Este tipo se denomina invertido o endoftítico.

Estadio avanzado: en sus últimas fases, el desarrollo del proceso canceroso provoca una destrucción cada vez mayor del cuello, al que reemplaza entonces una cavidad excavada y ulcerada, de paredes ásperas y friables; de aquí que de no hacerse un examen extremadamente delicado, se produzca una hemorragia franca. Las paredes vaginales próximas al cuello son resistentes y se hallan induradas a consecuencia de la infiltración no sólo como resultado de la extensión del cáncer, sino como consecuencia de infiltración inflamatoria, secundaria a la lesión ulcerosa séptica del cuello.

Metástasis a distancia:

En fases avanzadas de la enfermedad puede ocurrir invasión metastásica de prácticamente cualquier órgano, habiéndose descrito casos de metástasis en hígado, pulmón, cerebro y otras regiones. Desde hace años se sabe que pueden descubrirse células tumorales en torrente vascular, especialmente después de cualquier traumatismo que sufra el tumor. En todo caso, el descubrimiento de células malignas en sangre no implica necesariamente que se producirán metástasis clínicas. Por lo tanto, tiene poco valor pronóstico en pacientes con tratamiento o sin él. Tiene que admitirse cierto grado de resistencia o sensibilidad de huésped para que las células circulantes puedan crecer y formar un foco metastásico; de

todas manera, parece que una bacteriemia de células tumorales transitoria no es rara en muchas enfermedades tumorales.^{9/}

1.6 Tipos anatomopatológicos

Hay dos tipos principales de Cáncer Cervical, que nacen respectivamente de las dos clases de epitelio que recubren el cuello. Se recordará que el epitelio que tapiza la superficie externa a vaginal de la porción vaginal del cuello pertenece a la variedad pavimentosa estratificada, que se continúa con el epitelio pavimentoso estratificado de la vagina. De él nace el carcinoma de células pavimentosas o epidermoide. El carcinoma de células cilíndricas, por lo contrario, tiene su punto de origen en el epitelio cilíndrico del conducto cervical, que al crecer toma aspecto glandular; de aquí que se denomine adenocarcinoma del cuello. De las dos variedades, la primera es mucho más común que la segunda, ambas tienen malignidad que el carcinoma del cuerpo del útero. Es difícil decidir cual de los dos tipos de carcinoma cervical es más maligno; no obstante, el adenocarcinoma, por originarse con frecuencia insidiosamente en el interior del conducto, tiene quizá un pronóstico más desfavorable.^{10/}

9/ Novak R., Edmund; op.cit., pp. 243-245

10/ Ibidem., p. 242.

1.7 Diagnóstico del Cáncer Cervical

Citología exfoliativa: el desarrollo de un método citológico preciso para estudiar mujeres asintomáticas con cuello de aspecto completamente normal nos ha permitido en muchos casos el diagnóstico de Cáncer temprano largo tiempo antes que hubiera síntomas o anomalías patológicas manifiestas. Si no puede efectuarse un frotis sistemático en todas las pacientes, ciertamente debe llevarse a cabo en la mujer de más de 30 años que ha tenido hijos, en busca de cáncer; se trata de un método barato y consideramos que este gasto puede ser el mejor que pueda hacer una mujer.

Prueba de Schiller. Se basa en que el epitelio canceroso no contiene glucógeno y, por lo tanto, no toma el yodo como el epitelio normal del cuello o de la vagina que son ricos en glucógeno. Así pues, la aplicación de una solución de yodo (gram o lugol) puede mostrar epitelio normal de color caoba mientras que las zonas cancerosas quedan sin tefir y netamente limitadas.

Coldoscopia; el colposcopio es un instrumento gracias al cual puede observarse el cuello en plena luz con aumento de 10 a 40 X. La técnica de examen es rápida; requiere prácticamente el mismo tiempo que la inspección del cuello a simple vista. Después

de obtener muestras para la citología puede limpiarse el cuello con un hisopo de algodón, enfocarse al colposcopio y estudiar cuidadosamente todo el cuello, primero con iluminación normal, luego con filtro verde para mejorar la visualidad de las imágenes vasculares. El cuello se limpia después con una solución de ácido acético al 3%, que permite una mejor visualización del epitelio cilíndrico y la unión planocilíndrica.^{11/}

Biopsia:

Esta es la extirpación de una pequeña sección de tejido sospechoso para tinción y examen microscópico en el laboratorio, con objeto de determinar si hay células con características malignas.

Según el lugar, la muestra de tejido puede obtenerse por excisión, con un sacabocados hueco especial o pinzas de mordida, por aspiración o por raspado de una superficie. Antes del examen, generalmente la muestra se hace firme por inmersión en una sustancia química como formalina. A veces se congela una muestra de tejido tan pronto como se obtiene, para un examen rápido. Este método de sección congelada se usa durante una operación cuando es necesario un informe inmediato para determinar la extensión de la cirugía.

^{11/} Novak R., Edmund; op.cit., pp. 262-264

Si la muestra indica un neoplasma maligno, se hace cirugía más radical. Los patólogos con frecuencia califican los neoplasmas malignos según el grado de diferenciación han invadido vasos linfáticos o sanguíneos en la muestra de tejido. Generalmente cuanto más primitivas son las células (anaplasia), tanto más rápido es el crecimiento y diseminación del neoplasma.

Clase I indica que las células neoplásicas tienen un grado mayor de diferenciación y una semejanza más estrecha a las células normales. En la clase IV las células muestran poca diferenciación y son marcadamente atípicas. Las clases II y III son intermedias de la I y IV. Debe uno guardarse de tener cualquier decisión definitiva sobre el pronóstico, basándose sólo en la clase de un cáncer.

El factor importante es, si el cáncer está aún localizado; un cáncer clasificado como de clase IV puede ser curado si se trata tempranamente, por lo contrario, uno de clase I puede ser mortal si se ha demorado el tratamiento, porque con toda probabilidad se habrán producido metástasis.

Examen radiológico: las partes internas del cuerpo pueden examinarse por rayos X para averiguar su forma y densidad.

Puede que haya que administrar alguna sustancia radiopaca antes del examen para proporcionar un medio de contraste. Por ejem-

plo, el paciente puede recibir bario por la boca si se le ha de examinar el esófago o el intestino; para examen de riñón y ureter se administra intravenosamente un colorante radiopaco.

Isótopos radioactivos. En el diagnóstico de ciertos cánceres se usan también isótopos y compuestos radioactivos. Según el tejido que se investiga, se da un isótopo o un compuesto radioactivo marcado específico; se sabe que algunos tejidos absorben y concentran ciertas sustancias químicas. Si se administra una sustancia radiactiva, pueden usarse instrumentos especiales para descubrir y registrar la localización, distribución y concentración de la sustancia en el cuerpo. Este proceso de descubrir radiación dentro del cuerpo se conoce como centelleo. El centelleo puede usarse para descubrir lesiones cancerosas primarias y secundarias.

Ejemplos de algunas sustancias químicas radioactivas usadas en el diagnóstico: 131 -yodo en enfermedades de la tiroides; 131 yodo rosa de bengala en enfermedades hepáticas; albúmina de suero radioyodada (RISA) en enfermedades cerebrales y para seguir el rastro de la circulación en el pulmón.

Conización del cuello uterino. Existen dos tipos de conización: conización en caliente que se efectúa con el electrocauterio y que deja el tejido hecho carbón, inadecuado para examen anatomopato-

lógico; y conización en frío, la cual se efectúa simplemente con una hoja de bisturí. En el quince por ciento aproximadamente de las pacientes la unión plana cilíndrica no resulta visible, porque se halla en el conducto cervical.

En estas circunstancias, o cuando por cualquier otro motivo no puede lograrse una buena visión colposcópica del cuello, una conización diagnóstica en frío resulta útil y necesaria. La conización sirve no sólo para establecer un diagnóstico de cáncer in situ; a veces por la posibilidad de invasión, ya que debe tenerse muy presente que el carcinoma in situ puede existir en la periferia de un carcinoma verdaderamente invasor.^{12/}

1.8 Clasificación clínica del Cáncer Cervical

Es evidente que para la valoración estadística del resultado del tratamiento se hace indispensable tener una norma que nos indique la fase clínica de la enfermedad. Ninguno de los sistemas de clasificación propuestos es perfecto. El Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología, celebrado en Nueva York en mayo de 1951, dió un sólido paso al segregar al carcinoma in situ e integrar con él un grupo especial (etapa 0). Esta clasificación internacional ha

^{12/} Watson E., Jeannette; op.cit., p. 73.

sido avalada por tantos autores y tan ampliamente adoptada que es la clasificación empleada en el informe anual de los resultados del tratamiento en el Carcinoma del Utero, publicado bajo los auspicios de la International Federation of Gynecology and Obstetrics 1973.

Una diferenciación entre la clasificación clínica y el estudio de Papanicolau, es que en la primera dicha clasificación se enfoca al área afectada y en el segundo se describen las características celulares.

CUADRO No. 7

CLASIFICACION CLINICA DEL CANCER CERVICO UTERINO

- Etapa O. Carcinoma in situ conocido también como Carcinoma Preinvasor, Intraepitelial o similar.
- Etapa I. El carcinoma se halla estrictamente limitado al cuello (la extensión al cuerpo del útero, no deberá tomarse en cuenta).
- Etapa Ia. Microinvasión
- Etapa Ib. Los demás casos de etapa I.
- Etapa II. El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no ha alcanzado la pared pelviana. Afecta la vagina pero no en su tercio inferior.
- Etapa III. El carcinoma ha alcanzado la pared pelviana. El carcinoma interesa el tercio inferior de la vagina. Se presenta hidronefrosis o difusión renal.
- Etapa IV. El carcinoma se ha extendido más allá de la pared de la pelvis o ha intervenido la mucosa de vejiga a recto.
- Etapa IVa. Invasión a vejiga o recto.
- Etapa IVb. Extensión más allá de la pared pélvica.

FUENTE: O. Kaser; Ginecología y obstetricia, p. 275.

CUADRO No. 2

CLASIFICACION POR GRUPOS SEGUN PAPANICOLAU

Grupo	Valoración	Imagen citológica
I	Negativa	Sólo epitelios normales. Sin leucocitos o microorganismos. Sin células patológicas.
II	Negativa	Aparte de epitelios normales, extendidas más o menos importantes de leucocitos y microorganismos. Sin tipos celulares patológicos.
III	Sospechosa	En el frotis se encuentra pseudo-discariasis, alteraciones nucleares y celulares, que no pueden ser valoradas con seguridad. La enferma debe ser controlada todo el tiempo necesario hasta que sea posible un juicio.
IV	Positiva	En el frotis se encuentran tipos celulares patológicos en gran cantidad. Se requiere aclaración histológica.

FUENTE: Misma del cuadro No. 7
p. 278.

1.9 Tratamiento

El Cáncer in situ, como entidad, sólo ha sido aceptado recientemente, por lo cual no es sorprendente que su tratamiento no se ha ya determinado aún. Sobre un punto, sin embargo, se debe estar de acuerdo; el tratamiento debe ser quirúrgico más que por irradiación. Sin duda alguna la radiación es capaz de curar todos los casos, excepto el pequeño grupo de las radorresistentes, pero también induce la menopausia de las pacientes que muchas veces son jóvenes (edad promedio 38 años) y en quienes la conservación de un ovario, por lo menos, no tiene peligro apreciable. Además, la radioterapia no permite la confirmación microscópica de los tejidos y siempre quedará la duda, a pesar de un estudio previo, de si el cáncer persiste.

Tenemos la impresión de que el mínimo quirúrgico aceptable debe ser la histerectomía total, que incluye un segmento adecuado de túnica vaginal, conservando uno o ambos ovarios en la mujer joven. La histerectomía puede llevarse a cabo por vía abdominal o vaginal. La prueba de Schiller y un examen colposcópico preoperatorio cuidadoso determinarán la extensión de la lesión y alguna variación en la entidad de túnica vaginal que deba extirparse.

Como método de elección puede efectuarse conización, cauterización o congelación en vez de la histerectomía, si se realiza exploración

cuidadosa del cuello uterino y se tienen delineados claramente la extensión de la lesión y los bordes de la misma.

La conización como tratamiento se ha empleado más que los otros dos métodos simples y fue usada primero en lugar de histerectomía para preservar la fertilidad. El tratamiento de atipia cervical y carcinoma intraepitelial por cauterización o congelación se ha desarrollado más recientemente y tiene la gran ventaja de que puede realizarse en pacientes externas.

En la radioterapia para tratar el cáncer, deben usarse rayos X o rayos y partículas que emanan de materiales radioactivos, solos o junto con cirugía o quimioterapia. La radiación se ha hecho cada vez más útil en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, pero también es potencialmente perjudicial si no se controla cuidadosamente y se observan ciertas precauciones. Al igual que en ciertas precauciones. Al igual que con ciertas drogas una cantidad excesiva puede ser muy perjudicial y puede llegar a ser mortal. Aún un examen de rayos X para fines diagnósticos supone la absorción de una pequeña cantidad de radiación por el paciente.

Muchas de las células expuestas se recuperan pero hay una pequeña lesión residual que es irreversible; tan pequeña que es insignificante. Pero con muchas de tales exposiciones se suma el daño irreversible o es acumulativo. Por esta razón los rayos X se

usan discriminadamente y con precaución.

En la radiación los rayos X, rayos gamma o partículas alfa y beta, que son emitidas, ejercen un efecto ionizante en las células de los tejidos por los que pasan. Se altera la estructura de los átomos de las sustancias químicas que componen las células.

Si es alta la cantidad de radiación, los cambios químicos resultantes provocan la destrucción de las células. Algunos tipos de células tisulares son más susceptibles a la radiación ionizante que otros; las células hematopoyéticas de la médula ósea los linfocitos, las células gonadales y las células de la membrana mucosa de la boca y el conducto gastrointestinal son las más sensibles. Estas son células que se dividen y reproducen rápidamente.

Las células neoplásicas malignas, que también se reproducen rápidamente y están mal diferenciadas, son más susceptibles que las células normales.

Radioterapia interna:

Pueden introducirse isótopos radiactivos, en el cuerpo para producir radiación a una parte afectada. Una solución del isótopo radiactivo puede administrarse bucal e intravenosamente, o puede inyectarse en una cavidad corporal. En algunos casos, el isótopo puede

estar encerrado en un metal no radiactivo y se implante en un tejido o cavidad corporal. En el caso de la implantación uterina debe colocarse el radio con un aplicador y envuelto en gasa. Generalmente se solicita de la paciente que permanezca en posición recumbente dorsal. Una pequeña almohada para que ocupe el espacio de la parte más estrecha de la espalda puede aliviar algo la incomodidad.

Responsabilidad de la enfermera en la radioterapia interna: las responsabilidades de la enfermera asociadas con el uso de radioisótopos líquidos variarán según los isótopos y la dosificación usada. La enfermera se interesa por las reacciones del paciente y por las precauciones necesarias para protegerlo a él y a otros contra la radiación que puede ser emitida por el paciente o por las descargas de su cuerpo.

El paciente colocado en aislamiento en una habitación y un aviso colgado en la puerta, indica que no se permite la entrada de visitantes. Es necesario dar una explicación del procedimiento al paciente, para que comprenda que es una medida temporal y necesaria para la protección de otras personas. Es útil que disponga de un teléfono durante su aislamiento, para que pueda hablar con su familia y sus amigos. Puede ser también útil un radio o un televisor y material de lectura para aliviar su tedio y su ansiedad.

El tiempo de la enfermera dentro de la habitación se restringe al mínimo y cuando esté en contacto directo con el paciente llevará puesta una bata y guantes de caucho. Trabajará rápidamente y permanecerá sólo el tiempo necesario, breves visitas de la enfermera en la puerta harán conocer al paciente que no ha sido olvidado.

Se elimina el isótopo por la orina o las heces, pero cierta cantidad puede estar presente también en el vómito o la secreción de heridas. Es necesario dar instrucciones específicas sobre la eliminación de excretas y curaciones contaminadas.

Además de calzarse guantes, la enfermera debe lavarse las manos perfectamente con jabón y agua corriente después de cualquier contacto con el paciente o de haber manipulado la ropa de cama, silla, curaciones, jeringa, agujas y otro equipo.

Cuando termina el aislamiento se investigan con un monitor la habitación y el equipo restante en busca de radiación, después serán limpiados por personal protegido con batas y guantes y cubiertas para los zapatos. Se avisa al paciente sobre la eliminación del isótopo para que no crea que él es una fuente continua de peligro para su familia y otras personas.

Radioterapia externa:

Esta puede obtenerse por una máquina de rayos X o por una sustancia radioactiva como 60-cobalto o 137 cesio que emite rayos gamma.

Máquinas de voltaje más bajo que producen rayos de baja energía se usan en procedimientos diagnósticos y en el tratamiento de neoplasmas superficiales.

Los pacientes que son sometidos a tratamiento por radiación externa reciben una serie de exposiciones (dosis fraccionadas) en vez de una dosis masiva que producirá daño excesivo que podría causar la muerte. El número y el espaciamiento de los tratamientos son determinados por el radiólogo para cada individuo.

Responsabilidad de la enfermera en la radioterapia externa: es importante que el paciente reciba una explicación amplia, antes del tratamiento inicial, sobre lo que pueda esperar. Se le dirá que el período de tratamiento será breve. Una breve explicación de la máquina que le puede parecer muy ominosa. Se le indica que no experimentará ningún dolor; asimismo, se le orientará a la familia con respecto al tipo de tratamiento que está recibiendo el paciente. La enfermera dará cuidados a la piel, limpiándola y secándola suavemente; observación del paciente después del tratamiento en busca de alguna reacción cutánea local, como enrojecimiento o prurito. ^{13/}

^{13/} Watson E., Jeannette; op.cit., pp. 76-78

Quimioterapia:

El tratamiento con drogas ha adquirido creciente importancia en años recientes en el tratamiento de algunos cánceres, particularmente de los más diseminados, imposibles de ser tratados con cirugía o radiación (como leucemia o cáncer metastásico).

Puede usarse sólo o junto con cirugía y radiación. Por desgracia, las drogas usadas no son específicas en su acción y muchas de ellas tienen alta toxicidad y lesionan las células normales junto con las células neoplásicas. Como en la radiación, las células que proliferan rápidamente son las más susceptibles a la toxicidad y los pacientes pueden experimentar irritación y ulceración de la boca y el conducto gastrointestinal, y supresión de los tejidos hematopoyéticos. Muchas de las drogas usadas se clasifican como agentes alquilantes, antimetabolitos u hormonas.^{14/}

En resumen, las pruebas recientes parecen mostrar que como tratamiento definitivo y con menos problemas de control posterior, el método de acción sigue siendo la histerectomía, ya sea abdominal o vaginal. Sin embargo, para lesiones de bordes definidos o cuando es de primordial importancia preservar la fertilidad, la conización, cauterización o congelación pueden emplearse como métodos de

^{14/} Ibidem.. p. 76.

DROGAS USADAS EN QUIMIOTERAPIA DEL
CANCER

Droga	Canal de administración	Enfermedades neoplásicas malignas	Efectos tóxicos
Agentes Alquilantes Mecloretomina	Perfusión intravenosa	Leucemia, enfermedades de Hodgkin, linfosarcoma, mieloma múltiple, policotemia vera, cáncer de mama.	Náusea y vómito anorexia, depresión de células, hematopoyéticas de la médula ósea, anemia, leucopenia, trombocitopenia, amenorrea.
Trietilene Tiofosferamida (tio-tepa)	Intravenosa	Las mismas que anteriormente. Melanoma	Las mismas que anteriormente.
Busulfán (Milerán)	Bucal	Leucemia, Mielógena crónica	Las mismas que anteriormente, (náuseas y vómitos raros)
Clorambucil (Leuquerán)	Bucal	Leucemia linfocítica crónica, Enfermedad de Hodgkin, Linfosarcoma	Los mismos que anteriormente (náuseas y vómitos raros).
Melfalán	Bucal	Mieloma múltiple	Las mismas que anteriormente (náuseas y vómitos raros)

Droga	Canal de administración	Enfermedades neoplásicas malignas	Efectos tóxicos
Ciclofosfamida	Bucal, intravenosa	Leucemia, linfosarcoma, mieloma múltiple, enfermedad de Hodgkin, tumor de Wilms (tumor maligno del riñón en niños), neuroblastoma, cáncer del pulmón, rabdomiosarcoma.	Los mismos que anteriormente, estomatitis, erupción cutánea, alopecia, cistitis, hemorrágica, diarrea.
Antimetabolitos	Bucal, infusión	Leucemia, coriocarcinoma, cáncer del testículo	Náusea y vómito, estomatitis, ulceración gastrointestinal, depresión de médula ósea, anemia, leucopenia, trombocitopenia.
6 Mercapto-purine (purinetol)	Bucal	Leucemia	Náusea y vómito, depresión de médula ósea, anemia, leucopenia, trombocitopenia.
5 fluero-uracil	Infusión intravenosa	Cáncer de colon, páncreas, ovario, y mama.	Náusea y vómito, estomatitis, depresión de médula ósea, leucopenia y trombocitopenia.
Progestinas, Hidroxiprogesterona (delalutín)	Intramuscular	Cáncer de endometrio	Ninguno
Andrógenos Propionato de testosterona, tioximesterona, halotestín	Intramuscular Bucal	Carcinoma de mama	Masculinización, retención de líquidos

Droga	Canal de administración	Enfermedades neoplásicas malignas	Efectos tóxicos
Bleomicina	Intravenosa	Carcinoma del útero	Ulceraciones mucocutáneas, alopecia, fibrosis pulmonar en aproximadamente 5% de las pacientes.
Estrógeno (diethylstilbestrol)	Bucal	Carcinoma de mama Cáncer de próstata	Retención de líquidos feminización, hemorragia uterina.

FUENTE: Watson E. Jeannette; Enfermería médico quirúrgica, p. 79.

sustitución, a condición de que tanto la paciente como el médico estén preparados para el control posterior prolongado de la paciente y para recurrir a la histerectomía en caso que se demuestre enfermedad residual.

1.10 Complicaciones

Son mínimas las complicaciones posquirúrgicas, lo que en realidad es importante son las complicaciones que se presentan después de una radiación; ya que, generalmente a una paciente que se le ha intervenido quirúrgicamente es necesario darle tratamiento radioterapéutico después de la intervención, por existir casi siempre, la posibilidad del resurgimiento de la enfermedad. Es por ésto que citamos las complicaciones que se pueden presentar después de exponer a una paciente a irradiación, haya sido intervenida o no. A pesar de todas las precauciones, la irradiación se acompaña de inevitables complicaciones. Muchas pacientes presentan grados variables de irratibilidad de la vejiga, diarrea, hemorragia rectal, durante el tratamiento y después, aunque en la mayor parte de los casos estos trastornos son transitorios y de corta duración. Se presentan también las fístulas rectales o vesicales, que pueden presentarse en cualquier momento del tratamiento, incluso en completa ausencia de cáncer. Puede presentarse alopecia; ésta es una

complicación que afecta de una manera importante el aspecto psicológico de las enfermas, ya que la mujer por naturaleza se preocupa grandemente por su apariencia física.

Un importante efecto de las enfermedades malignas son los trastornos emocionales que crean. Todas las personas enfermas generalmente experimentan cierta tensión psicológica y física, pero es especialmente cierto en aquellas a quienes se les ha indicado, o aún han sospechado que tienen cáncer. La ansiedad de la persona puede deberse a la creencia de que todo cáncer es incurable, temor a una enfermedad dolorosa y prolongada, metas no alcanzadas o por la tragedia que su enfermedad o muerte creará en la familia.

La respuesta de conducta variará de una persona a otra, según las circunstancias de cada una y su actitud anterior y tipo de respuesta a situaciones aflictivas.

Algunos pacientes se muestran muy deprimidos y vencidos; y otros evitan cualquier conversación o mención del problema, pero pueden manifestar su ansiedad de diversos modos, como inquietud, incapacidad para dormir y pérdida del interés por todo y por todos.

Ciertas pacientes pueden mostrarse resentidas de que esto les suceda a ellas, algunas de muestran completamente desorganizadas.

1.11 Pronóstico

Con tratamiento, el índice de supervivencia a los cinco años para los tumores en la etapa I, es mayor del 75%; para los tumores en el estadio II, cerca del 50%; para los tumores en el estadio III y IV (juntos) cerca del 10%.^{15/}

1.12 Historia Natural del Cáncer Cérvico Uterino y sus niveles de prevención.

Agente:

Se ignora

Factores predisponentes del Cáncer Cérvico Uterino:

Promiscuidad sexual

Circuncisión incompleta

Relaciones sexuales tempranas

Multiparidad

Como predisposiciones congénitas:

Restos embrionarios

Molas

Como predisposiciones adquiridas:

Virus herpes, tipo 2

Medio ambiente:

Se presenta en todos los niveles sociales y económicos, aunque en el nivel socioeconómico bajo es más frecuente. La carcinogénesis puede considerarse solamente como resultado de estímulos endógenos (restos embrionarios, molas), y exógenos (promiscuidad sexual, circuncisión incompleta, relaciones sexuales tempranas, etc.)

Concepto:

Es el cambio que experimentan determinadas células del cuerpo en su estructura y aspecto. Empiezan a multiplicarse y dan origen a una colonia de células de cáncer.

Se multiplican rápidamente e invaden y destruyen tejidos normales circundantes, mediante presión y compitiendo con las células sanas por elementos nutritivos de oxígeno.

Signos y síntomas:**Específicos:**

Disminución en el peso corporal

Astenia

Hemorragias transvaginales

Leucorrea (característica agua de lavar carne)

Prueba de Shiller, colcospia y biopsia positivas.

Papanicolau positivo grado III, IV, V

Inespecíficos:

Aumento en las dimensiones uterinas

Hemorragias

Alteraciones cíclicas menstruales

Tumoración cervical

Uremia

Irritabilidad vesical

Anorexia

Astenia

Alteraciones diagnósticas:

Ataque al estado general

Alteraciones en el aparato reproductor

Alteraciones metabólicas

Alteraciones del aparato circulatorio

Alteraciones pulmonares

Alteraciones del sistema óseo

Alteraciones del sistema linfático

Alteraciones renales

Complicaciones:

Anemias

Metástasis

Estado de gravedad:

Agonía

Muerte por:

Metástasis a distancia

Estímulo desencadenante:Carcinoma in situ

Metaplasia

Hiperplasia.

Período prepatogénico:**Prevención primaria:****Promoción de la salud:**

Educación a la población para que asista a revisión médica periódicamente.

Educación nutricional.

Sancamiento del medio ambiente

Educación sexual

Orientar sobre medidas de higiene

Protección específica:

Revisiones médicas cada 6 meses.

Toma de muestras de laboratorio (sería aconsejable que fueran también cada 6 meses)

Hacer conciencia sobre la importancia que tiene el examen de Papanicolau.

Pareja circuncidada

Evitar promiscuidad sexual

Período patogénico:

Prevención secundaria:

Diagnóstico temprano

Historia clínica

Observación de alteraciones cérvicovaginales que van desde la presencia tumoral a cambios tisulares en cuello o vagina.

Prueba de Shiller

Colposcopia

Biopsias

Urografía

Linfografía

Tratamiento oportuno:

Hospitalización

Tratamiento de elección según el caso que puede ser:

quirúrgico: (histerectomía), médico (quimioterapia, radioterapia).

Transfusiones sanguíneas

Estudios de laboratorio y gabinete

Prevención terciaria:

Limitación del daño:

Radioterapia posoperatoria para evitar la enfermedad residual.

Vigilancia estrecha sobre signos y síntomas que pudieran crear algunas complicaciones. Como por ejemplo: neumonía, hipovolemia, infección bacteriana o viral, ataque al aparato circulatorio.

Alimentación.

Rehabilitación:

Orientación sobre tratamiento y cuidados a la paciente después de ser dada de alta.

Orientación sobre la ministración de medicamentos

Apoyo moral de familiares y amigos.

II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

2.1 Datos de identificación

Nombre: L.P.J.

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Edad: 34 años

Religión: Católica

Ocupación: hogar

Nacionalidad: mexicana

Fecha de ingreso: 4-III-85

Servicio: Medicina interna

No. de cama: 835

Escolaridad: 4o. año de primaria

Lugar de procedencia: México, D.F.

2.2 Nivel y condiciones de vida

Ambiente físico:

Habitación: de tabique con techo de concreto, iluminación y ventilación adecuadas, casa propia.

Número de habitaciones: dos recámaras, cocina, sala comedor y un baño (fosa séptica).

Animales domésticos: un perro

Servicios sanitarios: agua intradomiciliaria

Control de basura: un día por semana

Eliminación de desechos: no hay drenaje

Iluminación: natural y eléctrica

Pavimentación: piso de tierra en su vivienda, calles circundantes sin pavimento.

Vías de comunicación:

Teléfono: no tiene

Medios de transporte: autobuses urbanos y servicio de peseros.

Recursos para la salud:

ISSSTE por parte de uno de sus hijos

Hábitos higiénicos:

Aseo: baño diario, lavado de manos frecuente, aseo bucal una vez al día, cambio de ropa cada tercer día.

Alimentación:

Desayuno: a las 7 de la mañana, consiste en café negro, a veces con leche pan y frijoles.

Comida: a las 15 horas, consiste en sopa de pasta, quisado, y frijoles, agua natural y refresco.

Cena: 21 horas, consiste en pan, café con leche y guisado sobrante del día.

Eliminación: (horario y características)

Vesical: de 8 a 10 veces al día con disuria

Intestinal: de 3 a 4 veces al día sin ninguna molestia.

Descanso: relativo

Sueño: de 22 a 7 horas.

Diversión: T.V., ocasionalmente el cine

Estudios: cuarto año de primaria

Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Esposo	32 años	Obrero	ocasional
Hijo	27 años	burócrata	80% de los gastos totales de la familia
Hijo	10 años	estudiante	ninguna
hija	8 años	estudiante	ninguna

Dinámica familiar:

La relación con sus hijos es buena, con respecto a su esposo la relación es mala pues están separados.

Comportamiento:

Es cariñosa con sus hijos y con las personas que se acercan a ella.

2.3 Problema o padecimiento actual

Inicia hace ocho días, presentando hemorragia transvaginal en regular cantidad, astenia, adinamia, accesos de hipo y dolor en MID (de dos meses de evolución), disminución en el peso corporal (de mes y medio de evolución). Acude a médico particular y refiere no sentir mejoría con el tratamiento; los signos y síntomas ya mencionados han ido evolucionando y actualmente acude al servicio de Urgencias Ginecoobstétricas (tocoquirúrgica) por presentar hemorragia transvaginal más abundante, la astenia más acentuada, así como el dolor en MID más intenso.

Antecedentes personales patológicos:

Cuadros frecuentes de faringoamigdalitis y rinorreas, transfusión sanguínea (hace 5 días) por padecimiento actual, Papanicolaú hace 8 años, siendo el resultado negativo (sin haberse tomado otro).

Antecedentes familiares patológicos:

Negados.

Comprensión y/o comentario acerca del problema o padecimiento:

El Cáncer Cérvico Uterino detectado en etapas tempranas es de buen pronóstico, pero en este caso es pertinente hacerle saber a la paciente la magnitud del padecimiento y el pronóstico que se espera.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación:

Existe cooperación amplia por ambas partes.

2.4 Exploración física

Inspección:

Aspecto físico: paciente de sexo femenino que se encuentra en la tercera década de la vida, de tez morena, mal hidratada, de nivel socioeconómico bajo, adinámica, en camilla.

Aspecto emocional: paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, angustiada por su estado de salud y por haber dejado solos a sus hijos menores.

Palpación:

Cabeza: normocéfala sin exostosis ni endostosis, implantación del cabello normal, ojos simétricos con buena respuesta a la luz, palidez de conjuntivas, mucosas orales deshidratadas, caries dental no tratada.

Cuello: de forma, volumen y movilidad normal.

Tórax: mamas péndulas sin nodulaciones, área cardíaca normal (84 latidos X'), discretos tiros intercostales.

Axilas: sin alteraciones.

Abdomen: con escaso panículo adiposo, depresible, no doloroso, peristalsis normal, presencia de estrías, sin visceromegalias.

Genitales externos e internos: introito vaginal amplio, a la exploración vaginal se observa tumoración en labio anterior de cérvix, sangrante, de aproximadamente 6 x 7 x 6 centímetros, blando, dolor en anexos.

Extremidades superiores; normales.

Extremidades inferiores: de características normales, con presencia de discreto edema en MID, onicomiosis.

Columna vertebral: no se puede describir, porque no se llevó a cabo la palpación debido al estado crítico de la paciente.

Auscultación:

Tórax: campos pulmonares limpios

Corazón: ruidos cardíacos rítmicos (84 latidos X')

Abdomen: peristalsis normal

Signos vitales:

Pulso: 66 X'

Temperatura: 36.5°C

Respiración: 16 X'

Tensión arterial: 90/60

Talla: 1.50 mts., peso: 42 kilogramos

2.5 Datos complementarios

Exámenes de laboratorio y gabinete (al ingreso en urgencias)

Química sanguínea:

Cifras normales	Cifras de la paciente
Glucosa: 60 a 100 mg.	70 mg.
Urea: 16 a 35 mg.	50 mg.
Creatinina: 0.75 - 1.2 mg.	1.3 mg.

Examen general de orina:

Cifras normales

Cifras de la paciente

Densidad: 1.003 - 1.035

1,085

pH 6 (ácido)

4

Glucosa: negativa

negativa

Proteínas: negativa

positiva

Hemoglobina: negativa

positiva.

Leucocitos: menos de 10 por campo

12 leucocitos por
campo

Biometría hemática:

Glóbulos blancos 5 000 - 10 000

7 000

Hemoglobina: 12.8 - 17 g.

7 g.

Hematócrito: 45 - 52 ml.

28 ml.

Grupo sanguíneo y factor Rh:

Grupo: A

Factor Rh: positivo.

Como podemos observar, los resultados obtenidos no se encuentran dentro de las cifras normales.

2.6 Diagnóstico de Enfermería:

Madre de familia que representa edad mayor a la cronológica, procedente de un nivel socioeconómico bajo, íntegra, orientada en tiempo y espacio, angustiada por su estado de salud y por haber dejado solos a sus hijos menores.

Presenta sangrado transvaginal abundante (metorragia) de olor fétido, acentuada palidez de tegumentos y adinámica.

La paciente no comprende la magnitud de su padecimiento, pero se da cuenta de que es grave y teme morir, por lo que es importante darle amplia información al respecto y tratar de aliviar su angustia.

III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre de la paciente: L.P.J.

Sexo: femenino

Edad: 34 años

Fecha de ingreso: 4-III-85

Cama: 835

Servicio: medicina interna.

Diagnóstico médico:

Cáncer Cérvico Uterino, Estadío V.

Objetivo general:

Enfermería colaborará con el equipo médico en el tratamiento indicado a la paciente para obtener resultados positivos respecto a los problemas ocasionados por su padecimiento.

De esta manera ofrecer asistencia fundamentada, con espíritu de servicio y guiada por los niveles de prevención según la historia natural de esta patología.

Objetivo específico:

Proporcionar información amplia a la paciente y a sus familiares, con respecto al padecimiento y su tratamiento, para obtener colaboración por parte de ambos.

3.1 Desarrollo del plan

Problema: Hemorragia transvaginal (metrorragia)

Manifestaciones clínicas del problema:

Salida de sangre por vía transvaginal en cantidad abundante.

Razón científica de las manifestaciones:

Las hemorragias o pérdidas anormales de sangre en tiempo y cantidad, están ligadas a un trastorno de la hemostasia a veces relacionado al mismo, con una medicación anticoagulante o a las más diversas lesiones locales que pueden beneficiarse con tratamientos hemostáticos. Las hemorragias intermenstruales se producen por coito, esfuerzos violentos, después de una defecación dificultosa. Es característica sobre todo la hemorragia por contacto o por un simple examen pélvico; en muchos casos la hemorragia no se produce hasta que la enfermedad está arraigada y se ha extendido a los linfáticos.

Acciones de Enfermería:

Aplicación de vitamina K, constricción uterina por medio de: extracto de antihipófisis natural o sintético (sintocinón), ergotamina, metilergometrina, ácido aminocaproico (hemocaptrol-caproamín).

Transfusión de sangre total. Taponamientos vaginales. Posición de Trendelenburg.

Razón científica de las acciones:

La vitamina K es un antídoto de los anticoagulantes, El Sintocinón y el Hemocprol-Caproamin son medicamentos que van a producir contractilidad uterina constante y, por consiguiente, van a producir opresión de los vasos hemorrágicos. Por medio de las transfusiones sanguíneas se va a reponer la sangre perdida. Los taponamientos vaginales bien colocados van a producir presión en el tejido cervical ocluyendo los vasos lesionados. Al mismo tiempo la posición de Trendelengurg nos va a ayudar a disminuir la presión sanguínea hacia los miembros inferiores y, por consiguiente, en la baja pélvica.

Evaluación:

Se logró disminuir considerablemente la hemorragia transvaginal de la paciente.

Problema: Deshidratación

Manifestaciones clínicas del problema:

Piel acartonada, mucosas oral y palpebral secas.

Razón científica del problema:

La deshidratación puede definirse como el balance negativo entre la

ingestión de agua y su eliminación. El agua se pierde por cuatro vías: por la piel, en forma de transpiración insensible; por el pulmón en forma de vapor de agua en el aire espirado; por el riñón, en forma de orina; por el intestino, en las materias fecales. Pérdidas higróelectrolíticas internas, el espacio extracelular puede tener pobreza tanto de líquidos como de electrólitos, por pérdidas hacia los espacios líquidos creados por un proceso patológico. Se conocen con el nombre de electrólitos a las sustancias cuyas moléculas son capaces de disociarse en sus iones componentes. Un ión, recordamos, es un átomo o grupo de átomos, cargado eléctricamente y que se designa con el nombre de anión (-) y catión (+), según se dirija al ánodo (+) o al cátodo (-). Los iones tienen pues, cargas contrarias a los polos que los atraen. Los compartimientos intracelular, intersticial e intravascular tienen una composición química y contenido electrolítico propio, de cuyo conocimiento se derivan hechos determinantes en la interpretación de los fenómenos del medio interno.

Acciones de Enfermería:

Restitución de líquidos y electrólitos por medio de soluciones parenterales (soluciones isotónicas) y orales. Es muy importante que las órdenes médicas con respecto a la dieta y la ingestión de líquidos se sigan al pie de la letra. Deben hacerse mediciones exactas

(tiempo y cantidad) del ingreso y egreso de líquidos y reportar adecuadamente estos datos. La dieta que ingiera el paciente debe evaluarse y reportarse adecuadamente.

Razón científica de las acciones:

Los electrolitos desempeñan un papel sumamente importante en los procesos metabólicos, ya que: contribuyen a mantener las relaciones de presión osmótica adecuadamente; proveen sistemas amortiguadores y otros mecanismos para el equilibrio ácido base; proporcionan un equilibrio iónico adecuado para la irritabilidad neuromuscular normal y para las funciones celulares; deben mantenerse concentraciones adecuadas de electrolitos tanto intra como extracelularmente para que el funcionamiento celular sea eficaz.

Evaluación:

Se corrigió considerablemente la deshidratación en la paciente.

Problema: Dolor

Manifestaciones clínicas del problema:

Llanto y quejidos al tocarle el MID, expresiones faciales de tensión, sudación.

Razón científica de las manifestaciones:

El dolor en el caso que nos ocupa suele empezar en la región sacro iliaca por infiltración de los ganglios, linfáticos pelvianos que ejercen presión sobre los nervios de las piernas. Es un dolor de tipo constante cuya intensidad está en función de la importancia del factor inflamatorio persistente. Por regla general, el dolor tiene lugar cuando los tejidos son dañados. Los receptores del dolor pueden ser estimulados por agentes químicos, térmicos, eléctricos o mecánicos. Los receptores del dolor existen como terminaciones nerviosas libres o desnudas en casi todas las partes del cuerpo. La experiencia del dolor es subjetiva y tiene dos componentes; la percepción del dolor y la reacción al dolor. La percepción al dolor o umbral para reconocer el dolor se cree que se localiza en el tálamo. La percepción del dolor se produce cuando diferentes impulsos procedentes de los receptores del dolor que han sido objeto de estimulación dan por resultado la conciencia de la sensación del dolor. Reacción al dolor; los impulsos aferentes percibidos como dolor en el tálamo se transmiten a la corteza cerebral, donde la sensación del dolor es mentalmente interpretada por el paciente en términos de sus experiencias anteriores. La reacción al dolor abarca respuestas motoras, viscerales y psíquicas.

Acciones de Enfermería:

Las acciones de enfermería deben orientarse a prevenir el dolor cuando sea posible, a aliviarlo y a proteger al paciente que carece de sensibilidad para el dolor. Algunas de estas acciones pueden ser: administración de sustancias analgésicas; inmovilización de la porción afectada; permanecer con el paciente y responder de una manera adecuada a su ansiedad.

Razón científica de las acciones:

Analgésicos no narcóticos. La mayoría de estos compuestos son capaces de producir un efecto antipirético y antiinflamatorio definido además de un discreto efecto analgésico (aspirina, aspirina compuesta, acetaminofén, fenilbutazona, indometacina, propoxifeno, pentazocina).

Analgésicos narcóticos. Los analgésicos narcóticos son capaces de producir analgesia importante, pero no sin causar efectos significativos en otros sistemas orgánicos. Todos son depresores respiratorios. Las principales diferencias entre unos y otros parecen relacionarse a su potencia y duración de acción. La inmovilización de algún miembro afectado va a disminuir el dolor y a favorecer la circulación, si logramos que dicho miembro adopte la posición correspondiente. Cuando la enfermera permanece junto al pacien-

te su ansiedad disminuye y la sensación del dolor disminuye también, ya que en ocasiones la ansiedad acentúa el dolor.

Evaluación:

La evaluación no fue del todo satisfactora, ya que el dolor no se logró inhibir por completo; probablemente el analgésico de elección (en este caso dipirona) no fue el indicado, pues el proceso patológico ya estaba muy avanzado.

Problema: Angustia.

Manifestaciones clínicas del problema:

Se observa en la paciente una tensión que emocionalmente la hace inestable.

Razón científica del problema:

En la angustia se refuerza la capacidad del individuo para relacionar los hechos; así pues la paciente se muestra inquieta porque trata de relacionar su enfermedad con el medio ambiente que la rodea. Todo ser humano siente temor hacia lo desconocido y en este caso la paciente desconoce la magnitud de su problema.

Acciones de Enfermería:

Es papel de la enfermera entablar comunicación con la paciente; es importante considerar lo que dice el enfermo, ayudarle con paciencia a expresar sus temores y conversar con él. Al hacerlo, algunos de sus vagos temores pueden disminuirse a términos más manejables.

Razón científica de las acciones:

Con todo paciente oncológico es especialmente necesario mantener abierta la comunicación entre todos los que cuidan de él. Se necesitan sensibilidad y juicio en cuanto a lo que ha de decirse para fomentar su seguridad y bienestar. Todos los que cuiden de él deben trabajar juntos para robustecer su confianza en quienes lo cuidan, ayudarle a comprender su enfermedad y a hacerle frente, de conformidad con sus valores y los recursos emocionales y espirituales.

Evaluación:

Se logró una buena comunicación entre la paciente y enfermería, ya que ella expresó sus temores en relación al padecimiento y habló sobre sus problemas familiares.

Problema: Flujo cervicovaginal anormal (leucorrea).

Manifestaciones clínicas del problema:

Secreción vaginal sanguinolenta y de olor fétido.

Razón científica de las manifestaciones:

En el Cáncer Cérvico Uterino se presenta un flujo anormal, por lo general acuoso, aún antes de que aparezca la hemorragia, posteriormente el flujo aparece teñido de sangre. A medida que progresa la enfermedad, tanto la hemorragia como el flujo se hacen más persistentes y profusos, ésto se debe a que la ulceración cada vez es mayor y la infección secundaria va confiriendo el producto de secreción un olor más y más desagradable.

Acciones de Enfermería:

Aseo frecuente de genitales, con jabón y benzal.

Razón científica de las acciones:

Todos los microorganismos necesitan humedad para su crecimiento. Aunque la sequedad inhibe el crecimiento de los microorganismos no es una forma segura de matarlos. La limpieza (ausencia de mugre, material orgánico y material expulsado fuera del cuerpo) inhibe el crecimiento de los microorganismos. El aseo es un factor importante para conservar la salud y el bienestar físico. Los

antisépticos son agentes químicos que destruyen los microorganismos o suspenden su crecimiento. La solución jabonosa es uno de los mejores agentes limpiadores generales; así como el benzal, uno de los antisépticos más eficaces.

Evaluación:

Se logró un mejor bienestar físico en la paciente.

Problema: Disuria

Manifestaciones clínicas del problema:

Irritabilidad vesical, molestias urinarias.

Razón científica de las manifestaciones:

La disuria es la emisión dolorosa o difícil de la orina, en este caso es manifestada por irritabilidad vesical, la cual se debe a que el proceso va tomando el tabique vesicovaginal, con la correspondiente sensación de molestia rectal que se extiende hacia la parte posterior. El dolor gravativo penoso, constituye por lo general un síntoma destacado que puede hacerse severo a medida que avanza la afección.

Acciones de Enfermería:

Se administrarán drogas antálgicas (todas las que calman el dolor) por vía oral o endovenosa, según la importancia del dolor y/o dosis respuesta, así como también la ministración de antisépticos urinarios.

Dentro de los medicamentos de elección tenemos: Dipirona, Acido Nalidíxico y Fenazopiridina. También se administrarán líquidos orales o parenterales.

Razón científica de las acciones:

Al crecer el tumor, tiende a comprimir tejidos vecinos, lo que causa el dolor, las drogas antálgicas van a insensibilizar las terminaciones nerviosas afectadas. La hidratación y el mantenimiento de orina diluida son medidas para prevenir alguna complicación (como por ejemplo una cristaluria por ácido úrico). El ácido Nalidíxico y la Fenozopiridina son antisépticos urinarios sintéticos, inhiben muchas bacterias gram negativas pero no tienen efecto alguno sobre las pseudomonas. El ácido Nalidíxico se absorbe fácilmente en el intestino. En la sangre, virtualmente todo el medicamento se fija firmemente a las proteínas. El 20% del medicamento absorbido se excreta por la orina en forma activa, obteniéndose niveles urinarios de 10 - 150 mg/ml.

Evaluación:

Logramos mejorar notablemente la disuria.

Problema: Anemia

Manifestaciones clínicas del problema:

Adinamia, palidez de tegumentos, disminución de las cifras normales de hemoglobina y hematócrito.

Razón científica de las manifestaciones:

La adinamia es el resultado del desequilibrio orgánico causado por la presencia del cáncer; este desequilibrio lo representa la disminución de los elementos orgánicos hemoglobina y hematócrito. La anemia ferropriva que se presenta en los enfermos con pérdida crónica de sangre es del tipo microcítico hipocrómico. El recuento de eritrocitos, las determinaciones de hemoglobina y del hematócrito, generalmente son suficientes para establecer el diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro en un enfermo con antecedentes de pérdida crónica de sangre. La prevención del choque debido a la pérdida excesiva de sangre o de plasma, tiene prioridad absoluta. Las disminuciones de un 30% del volumen normal de sangre circulante, constituyen una amenaza de choque y, aún si la pérdida ha sido menor, puede producir choque si ocurre rápidamente o

es un enfermo con volumen sanguíneo bajo. En los casos en que hay amenaza o estado de choque, o bien hemorragia excesiva, se usará de preferencia la sangre íntegra previa tipificación cruzada. Cuando no pueda obtenerse sangre íntegra se podrá emplear plasma o un expansor del plasma, como la dextrona.

Acciones de Enfermería:

Transfusiones de sangre total. Proporcionar todos los objetos necesarios para su asistencia personal. La enfermera también debe estar pendiente de lo que la paciente puede necesitar.

Razón científica de las acciones:

Las transfusiones sanguíneas se emplearán para corregir la anemia solamente cuando la pérdida de sangre sea aguda, exista la posibilidad de una importante hemorragia ulterior o ambas.

Evaluación:

Antes de las transfusiones sanguíneas las cifras de hemoglobina y hematócrito de la paciente eran de 7 g% y 28 ml., respectivamente. Tomando en cuenta que las cifras normales de hemoglobina son de 12.8 a 17 g% y de hematócrito 45 a 57 ml., notamos un ligero aumento de ambas cifras que fueron 9 g% de hemoglobina y 35 ml. de hematócrito.

Problema: Disminución en el peso corporal

Manifestaciones del problema:

Actualmente la paciente tiene un peso de 42 kilogramos, encontramos una disminución de 8 kilogramos en el peso corporal (tomando en cuenta que el peso ideal de una talla de 1.50 metros es de 49-50 kilogramos).

Razón científica de las manifestaciones:

La disminución en el peso corporal en este caso se debe a tres problemas principales que son: anorexia, deshidratación y tumor canceroso en etapa avanzada.

Anorexia. La anorexia nos va a dar como resultado una desnutrición importante, ya que el organismo no recibe los nutrientes necesarios para su buen funcionamiento.

Deshidratación. La deshidratación va a provocar una baja en el peso corporal por la disminución de líquidos circulantes en el organismo.

Tumor canceroso. Las células cancerosas se multiplican rápidamente y dan origen a una colonia de estas mismas células, invaden y destruyen tejidos normales circundantes mediante presión y com-

piten con las células sanas por elementos nutritivos. Conforme progresa el tumor canceroso necesita más y más elementos nutritivos dándonos como resultado una desnutrición y una disminución en el peso corporal.

Acciones de Enfermería:

Hidratación (por vía oral o parenteral).

Proporcionar dieta hiperprotéica.

Razón científica de las acciones:

Por medio de la hidratación vamos a obtener un balance hidroelectrolítico y a nivelar en parte la deficiencia en el peso corporal de la paciente.

La ingestión de una dieta hiperprotéica le va a proporcionar los nutrientes necesarios para restablecer las pérdidas que el problema patológico le ocasiona a su organismo.

Evaluación:

En este aspecto no fue satisfactoria, ya que este proceso es a largo plazo y el tiempo que se le dedicó a la paciente no fue el necesario.

Problema: Uremia

Manifestaciones del problema:

Presencia de creatinina, ácido úrico y sulfatos en la sangre.

Razón científica de las manifestaciones:

La uremia es el estado autotóxico producido por la presencia de componentes de la orina en la sangre, debida a insuficiencia de las funciones renales. La infiltración natural creciente del tumor canceroso obstruye los ureteres, siendo la uremia la causa última de muerte del paciente con cáncer. La uremia puede ser causa también de una insuficiencia renal aguda en los casos de metástasis a distancia.

Acciones de Enfermería:

Vigilar la ingestión de la dieta.

Administración de líquidos y electrólitos.

Razón científica de las acciones:

La dieta suele ser baja en proteínas y alta en calorías, ya que en la insuficiencia grave el catabolismo proteínico y la consiguiente demanda que se hace a los riñones para la excreción de proteínas

y productos finales se limita restringiendo los alimentos proteínicos.

Para la mayoría de los pacientes la absorción total de 24 horas es igual a la emisión del día anterior más aproximadamente 500 ml. para las pérdidas insensibles usuales. Las soluciones de remplazo igualan aproximadamente las pérdidas de líquido de todo origen, tanto en cantidad como en composición de electrólitos.

Evaluación:

Los resultados obtenidos en los estudios de laboratorio, nos mostraron una disminución discreta en la presencia de componentes de la orina en la sangre.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El cáncer se ha convertido en una de las enfermedades más temidas y la mayoría de las personas cree que cuando se hace el diagnóstico de la enfermedad se ha extendido un certificado de muerte.

Es necesario que la enfermera considere la enfermedad en su perspectiva apropiada y adquiera una actitud esperanzadora y positiva para ayudar al paciente y su familia con la carga emocional impuesta por el cáncer.

La decisión sobre si debe informarse o no al paciente que tiene cáncer corresponde al médico y a la familia del paciente. La enfermera debe conocer lo que el médico ha informado a la paciente y a la familia, con el fin de estar preparada para sus preguntas y conversaciones.

La frecuencia en México ocupa un lugar importante según datos estadísticos en cuanto a mortalidad hospitalaria. No deja de ser interesante mencionar que el mayor número de casos se presenta para el segundo y tercer nivel de atención y abarca a una población de nivel socioeconómico bajo, principalmente.

Es preocupación de todas las instituciones de salud la prevención de esta enfermedad ya que, como hemos visto, se ignora su etiología. Sin embargo, los estudios realizados nos demuestran que la promiscuidad, los coitos a temprana edad, las infecciones por virus, así como la susceptibilidad o la resistencia al cáncer; aunque también existen otros factores que aún no están bien definidas, pero que predisponen a algunas mujeres para contraer Cáncer Cérvico Uterino.

En sus primeras etapas el Cáncer Cérvico Uterino se presenta como una pequeña lesión en la unión de los epitelios cervicales. En esta etapa el cáncer es curable y de más fácil manejo en cuanto al tratamiento.

En las etapas moderadamente avanzadas, el cáncer se propaga abarcando uno de los labios del cuello uterino. Es en este momento cuando la enfermedad comienza a dar sintomatología más concreta como: leucorrea fétida y sanguinolenta así como sangrados transvaginales esporádicos.

En el estadio avanzado el desarrollo del proceso canceroso va a provocar una destrucción casi total del cuello uterino y la sintomatología va a ser más franca; es decir, la hemorragia va a ser abundante y de un olor fétido, se presenta en esta etapa dolor intenso en la caja pélvica, disminución en el peso corporal, adinamia, anorexia y anemia.

La ingestión de líquidos por pacientes de cáncer puede que tenga que ser aumentada en 1 000 a 1 500 ml., por encima de la normal, particularmente si reciben radioterapia. Los productos de la rápida desintegración celular hacen demandas adicionales a los riñones. Por ejemplo, aumenta la concentración de ácido úrico y si no es bien diluido puede cristalizar en los túbulos renales provocando insuficiencia renal.

La paciente puede no tener dolor en las primeras etapas de la enfermedad pero después, cuando el neoplasma invade tejidos circundantes y emite metástasis, causa presión y afecta a los nervios sensoriales. Algunas medidas de enfermería para aliviar el dolor son: cambios de posición, masaje de espalda, uso de almohadas para proporcionar apoyo, administración de analgésicos al principio, posteriormente puede que se necesite drogas más fuertes.

La anorexia y la gran pérdida de peso son problemas comunes en muchos pacientes de cáncer. Puede que sean necesarios muchos esfuerzos y considerable ingenio por parte de la enfermera para convencer al paciente y mantenerlo en un estado satisfactorio de nutrición e hidratación.

Cuando el padecimiento no fue controlado en las primeras etapas y se llegó al estadio más avanzado se puede presentar metástasis a

distancia; ésto es, invasión de células cancerosas en otros órganos sanos. Cuando llega este momento el Cáncer Cérvico Uterino está fuera de todo control y las pacientes que lo padecen generalmente mueren.

Para dar un diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino, independientemente de la sintomatología que presenta es necesario realizar estudios de laboratorio como citologías, biopsias y colposcopías, básicamente. Se pueden realizar otros estudios pero en base a la experiencia obtenida, se ha podido llegar a la conclusión de que éstos son los más sencillos y certeros.

El tratamiento de elección es la histerectomía total que puede ser abdominal o vaginal, tratando de salvar siempre uno o los dos ovarios sobre todo en la mujer joven para evitar la menopausia precoz; aunque hay también otros tratamientos como la irradiación, la conización, la cauterización, la quimioterapia, pero estos tratamientos casi siempre dejan enfermedad residual.

Si el tratamiento de elección es la histerectomía, en el posoperatorio se le dará irradiación como método preventivo. La radiación puede provocar en la paciente afecciones de la piel como enrojecimiento o prurito locales y posteriormente úlceras si no se le proporcionan los cuidados necesarios como: masaje suave, limpieza y sequedad.

El Cáncer Cérvico Uterino, tratado oportunamente como ya se mencionó, es de buen pronóstico, pero si se deja avanzar la enfermedad es de un pronóstico malo e irreversible.

Considerando el tiempo que se llevó realizar este Plan de Atención de Enfermería y llevarlo a cabo, creo que los resultados no fueron del todo satisfactorios, ya que la recuperación del propio padecimiento es larga y muy remota como en el caso presente.

La aparición del Cáncer Cérvico Uterino como en otros tipos de cáncer, es muy rápida y la recuperación muy lenta, debido a ésta la atención que se le debe dar a las pacientes oncológicas también debe ser prolongada hasta que la paciente se recupere o se presente desafortunadamente, el deceso.

El tiempo dedicado a la paciente me permitió valorar su padecimiento y sus problemas familiares, asimismo, tratar de resolverle sus problemas más primordiales y creo que se lograron los objetivos trazados en cuanto a comunicación y acciones de enfermería.

La paciente fue dada de alta ocho días después de su ingreso, pero no por mejoría, pues su enfermedad era de mal pronóstico. Posteriormente realicé dos visitas domiciliarias durante las cuales pude constatar que la paciente iba decayendo en su enfermedad, a pesar

de que sus familiares estaban pendientes del tratamiento posterior a su alta (quimioterapia y radioterapia en el Hospital General 20 de Noviembre).

Durante las visitas domiciliarias realizadas, ofrecí orientación a los familiares respecto a los cuidados requeridos por la enferma, haciendo hincapié en la etapa en la que se encontraba su enfermedad, para que básicamente cuidaran la alimentación, la higiene y la comodidad de la paciente.

Recientemente realicé una tercera visita y supe que la paciente había fallecido, lo que muestra que el tratamiento aplicado fue paliativo, pues si los resultados de los estudios en ocasiones mostraban una ligera mejoría, la paciente volvía a decaer debido a que su enfermedad ya estaba muy avanzada.

Si el paciente oncológico se encuentra en la etapa más avanzada de su enfermedad, el objetivo más importante debe ser mantenerlo lo más cómodo posible y proporcionar apoyo emocional a su familia.

La cuidadosa atención a los pequeños detalles que pueden parecerle insignificantes a la enfermera quizá asuman gran importancia para el paciente.

Con la experiencia adquirida durante este Proceso de Atención de Enfermería podría afirmar que a toda enfermera (o) le toca un papel muy importante en el control de esta enfermedad, trabajando en el Primer Nivel de Atención.

BIBLIOGRAFIA

ASOCIACION Nacional de
Escuelas de Enfermería

Proceso de Atención de En-
fermería; México, 1977,
52 pp.

BECK, Alfred

Prácticas obstétricas; 4a.
ed., Ed. Editorial de La
Prensa Medica México,
814 pp.

BENSON, Paul, et.al.

Tratado de medicina interna;
13a. ed., Tomo I Ed. Inte-
ramericana, México, 1972
2080 --.

CASTELAZO, Luis

Obstetricia; Tomo II, Ed.
Francisco Méndez Oteo,
México, 1976, 866 pp.

GUIZA, Jesús

Diccionario de términos mé-
dicos; Ed. Fernando Aldape
Barrera, México, 1975
103 pp.

KASER, O.

Ginecología y obstetricia;
1a. ed., Tomo III, Ed. Sal-
vat, México, 1975, 1106 pp.

NOVAK, R.

Tratado de ginecología; 9a.
ed., Ed. Interamericana,
México, 1977, 794 pp.

QUIROZ, Fernando

Anatomía humana; 9a. ed.
Ed. Porrúa, México, 1945,
513 pp.

ROJAS Soriano, Raúl

Guía para realizar investi-
gaciones sociales; 3a. ed.,
Facultad de Ciencias Políti-
cas y Sociales, U.N.A.M.
México, 1979, 226 pp.

SKELLY, Esther

Manual de medicación para la enfermera; Ed. Troquel, México, 1972, 244 pp.

SMITH, Germain

Enfermería médico quirúrgica; 4a. ed., Ed. Interamericana, México, 1978, 1096 pp.

STANLEY, Clayton Newton

Ginecología; 9a. ed., Salvat México, 1978, 92 pp.

WATSON E., Jeannette

Enfermería médico quirúrgica Ed. Interamericana, México, 1975, 667 pp.

HISTORIA NATURAL DEL CANCER CERVICOUTERINO

Agente:

Se ignora

Factores predisponentes del CoCu:

Promiscuidad sexual
Circuncisión incompleta
Relaciones sexuales tempranas
Multiparidad

Con predisposiciones adquiridas:

Virus herpes simple tipo 21

Medio ambiente:

Se presenta en todos los niveles sociales y económicos, aunque en el nivel socioeconómico bajo es más frecuente. La carcinogénesis puede considerarse solamente como resultado de estímulos endógenos (trauma embrionarios, moles) y exógenos (promiscuidad sexual, circuncisión incompleta, relaciones sexuales tempranas).

Concepto:

Es el cambio que experimentan determinadas células del cuerpo en su estructura y aspecto. Empezan a multiplicarse y dan origen a una colonia de células de cáncer. Se multiplican rápidamente e invaden y destruyen tejidos normales circundantes mediante presión y compitiendo con las células sanas por elementos nutritivos de oxígeno.

BIUETE

Por:

Metástasis a distancia.

ESTADO DE GRAVIDAD:

Aponia

COMPLICACIONES

Anemias
Metástasis

ALTERACIONES
CRONICAS:

Ataque al estado general
Alteraciones en el aparato reproductivo
Alteraciones metabólicas
Alteraciones en aparato circulatorio
Alteraciones pulmonares
Alteraciones sistémicas
Alteraciones sistema linfático
Alteraciones renales.

SEÑOS Y SINTOMAS:

Específicos:

Disminución en el peso corporal.

Anemia

Hemorragias transvaginales
Leucorrea (característico agua de lavar carne)

Prueba de Schiller, colposcopia y biopsia positivas.
Papnicolau positivo grado III, IV, V.

Inespecíficos:

Aumento en las dimensiones uterinas.
Hemorragias
Alteraciones cíclicas menstruales
Tumoración cervical
Uremia
Irritabilidad vesical
Anorexia
Astenia

RECUPERACION

CARCINOMA IN SITU

ESTIMULO DESECADENANTE

METAPLASIA

HIPERPLASIA

HORIZONTE CLINICO

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOLOGICO			
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCERARIA	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REHABILITACIÓN
Educación a la población para que asista a revisión médica periódicamente.	Revisiones médicas cada 6 meses.	Historia clínica Observación de alteraciones cervicovaginales que van desde la presencia tumoral a cambios tisulares en cuello o vagina.	Hospitalización Tratamiento de elección según el caso que puede ser: quirúrgico, (histerectomía) médico (quimioterapia, radioterapia)	Raditerapia posoperatoria para evitar la enfermedad residual.	Orientación sobre tratamiento y cuidados a la paciente después de ser dada de alta.
Educación nutricional	Toma de muestras de laboratorio (arte aconsejable que fueran también cada 6 meses)	Prueba de Schiller	Transfusiones sanguíneas	Vigilancia estrecha sobre signos y síntomas que pudieran crear alguna complicación, como por ejemplo: neumonías, hipovolemia, infección bacteriana o viral, ataque al aparato circulatorio.	Orientación sobre la ministración de medicamentos.
Consejamiento del medio ambiente	Hacer conciencia sobre la importancia que tiene el examen de Papanicolaou.	Colposcopia	Estudios de laboratorio y gabinete		Apoyo moral de familiares y amigos.
Educación sexual	Parojo circuncidada	Biopsias			
Planificación familiar	Evitar promiscuidad sexual	Urografía			
Orientar sobre medidas de higiene		Linfografía			

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:

Nombre de la paciente: L.P.J.
Sexo: femenino
Edad: 34 años
Fecha de ingreso: 4-III-85
Cama: 815
Servicio: medicina interna

Diagnósticos médicos:

Cáncer Gástrico Uterino, Estadío V.

Objetivo general:

Informarse colaborando con el equipo médico en el tratamiento indicado a la paciente para obtener resultados positivos respecto a los problemas ocasionados por su padecimiento. De esta manera ofrecer asistencia fundamental, con espíritu de servicio y guía, para los niveles de prevención según la historia natural de esta patología.

Objetivo específico:

Proporcionar información amplia a la paciente y a sus familiares, con respecto al padecimiento y a sus tratamientos, para obtener colaboración por parte de ellos.

Miembro de familia que representa edad mayor a la cronológica, procedente de un nivel socioeconómico bajo, inseguro, inestable en tiempo y espacio, angustiada por su estado de salud y por haber dejado atrás a sus hijos menores.

Presenta sangrado transvaginal abundante (menorragia) de olor fétido, acentuada palidez de tegumentos y anemia.

La paciente no comprende la magnitud de su padecimiento, pero sí de cuánto de eso genera y teme morir, por lo que es importante darle amplia información al respecto y tratar de aliviar su angustia.

HISTORIA	ANÁLISIS DE PROBLEMAS	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZÓN CIENTÍFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Hemorragia transvaginal (menorragia)	Salida de sangre por vía transvaginal en cantidad abundante.	Las hemorragias o pérdidas anormales de sangre en tiempo y cantidad, están ligadas a veces relacionadas al mismo, con una medicación antiprogesterona o a las más diversas lesiones locales que pueden beneficiarse con tratamientos hormonales. Las hemorragias intermenstruales se producen por estos, alteraciones similares, después de una defecación dificultosa. Las características sobre todo la hemorragia por contacto o por un simple examen pélvico: en muchos casos la hemorragia no se produce hasta que la enfermedad está avanzada y se la extiende a los linfáticos.	Aplicación de vitamina K, construyéndose estos por medio de: extracto de antibióticos natural o sintético (anticoagulante), equina, minia, metilrostroquina, ácido aminocaproico (hemostático caproámico). Trasfusión de sangre total. Tamponamiento vaginal. Fracción de Transferrina.	La vitamina K es un cofactor de los anticoagulantes. Si sintiéndose el fibrinólisis-caproámico son medicamentos que van a producir reacción de unión con el mismo, por consiguiente, van a producir efectos de vasoconstricción. Por medio de las transfusiones sanguíneas se va a mejorar la sangre perdida. Los tamponamientos vaginales tienen como finalidad de producir presión en el tejido cervical elevando los vasos intracavitarios. Al mismo tiempo la fracción de Transferrina va a ayudar a disminuir la presión sanguínea hacia los miembros inferiores y, por consiguiente, en la parte pélvica.	Se logró disminuir considerablemente la hemorragia transvaginal de la paciente.
Deshidratación	Diel acostumada, mucosas oral y palpebral secas.	La deshidratación puede definirse como el balance negativo entre la ingesta de agua y su eliminación. El agua se pierde por cuatro vías: por la piel, en forma de transpiración insensible; por el pulmón en forma de vapor de agua en el aire espirado; por el riñón, en forma de orina; por el intestino, en las materias fecales. Fisiología hidroelectrolítica interna, el espacio extracelular puede tener sobrecarga tanto de líquidos como de electrolitos, por pérdida hacia los espacios intracelulares o a las sustancias que son osmóticas sin capaces de disociarse en sus iones componentes. Un ión, recordamos, es un átomo o grupo de átomos, cargados eléctricamente y que se designa con el nombre de anión (-) o catión (+), según se trata el átomo (-) o el catión (+). Los iones tienen peso, cargas contrarias y los polos que los atraen. Los compuestos iónicos (electrolitos) e iónicos vasculares tienen una composición química y contenido electrolítico propio, de cuyo movimiento se derivan hechos determinantes en la interacción de los tejidos del medio interno.	Restricción de líquidos y electrolitos por medio de soluciones iónicas y osmóticas. Es muy importante que los médicos midan con respecto a la dieta y la ingestión de líquidos en algún al pie de la letra. Deben hacerse mediciones exactas (tiempo y cantidad) del ingreso y egreso de líquidos y reportar adecuadamente estas cifras. La dieta que ingiera el paciente debe evaluarse y reportarse adecuadamente.	Los electrolitos desempeñan un papel importante en los procesos metabólicos, ya que contribuyen a mantener las relaciones de presión osmótica adecuadamente; proveen sistemas amortiguadores y otros mecanismos que el equilibrio ácido base; proporcionan un equilibrio iónico adecuado para la irritabilidad celular muscular y para los funciones celulares; deben mantenerse concentraciones adecuadas de electrolitos tanto entre como extracelularmente para que el funcionamiento celular sea eficaz.	Se corrigió considerablemente la deshidratación en la paciente.
Dolor	Llanto y quejidos al tocar al MID, aprensiones faciales de tensión, sudación.	El dolor es el caso que nos ocupa suele empezar en la región sacro ilíaca por infiltración de los nervios, linfáticos y nervios que pierden presión sobre los nervios de las piernas. De un dolor de tipo constante cura prolongada en la función de la importancia del factor inflamatorio persistente. Por regla general el dolor tiene lugar cuando los tejidos son dañados. Los receptores del dolor pueden ser estimulados por agentes químicos, térmicos, eléctricos o mecánicos. Los receptores del dolor existen como terminaciones nerviosas libres o deshechas en casi todas las partes del cuerpo. La experiencia del dolor es subjetiva y tiene dos componentes: la percepción del dolor y la reacción al dolor. La percepción del dolor o unidad, para reconocer el dolor es decir que se localiza en el mismo. La percepción del dolor se produce cuando diferentes impulsos procedentes de los receptores del dolor que han sido objeto de estimulación han por resultado la conciencia de la sensación del dolor. Reacción al dolor: los impulsos aferentes percibidos como dolor en el tálamo se transmiten a la corteza cerebral, donde la asociación del dolor es mentalmente interpretada por el paciente en términos de sus experiencias anteriores. La reacción al dolor abarca respuestas físicas, viscerales y psíquicas.	Las acciones de enfermería deben orientar a prevenir el dolor cuando sea posible, a aliviarlo y a proteger al paciente que carece de sensibilidad para el dolor. Algunas de estas acciones pueden ser: administración de sustancias analgésicas; la movilización de la porción afectada; permanecer con el paciente y responder de una manera adecuada a su estado.	Analgésicos no narcóticos. La mayoría de estos compuestos son capaces de producir un efecto analgésico y antipirético definido además de un discreto efecto analgésico (aspirina, aspirina compuesta, acetaminofén, fenilbutazone, indometacina, propifenazone, pentacetonol). Analgésicos narcóticos. Los analgésicos narcóticos son capaces de producir analgesia intensa pero sin causar efectos significativos en otros sistemas orgánicos. Todos son depresores respiratorios. Las principales diferencias entre uno y otro pautan relacionadas a su potencia y duración de acción. La trametololiza de algún miembro adecuado a su diagnóstico del dolor y a favorecer la circulación, si logran que dicho miembro adopte la posición correspondiente. Cuando la enfermera permanece junto al paciente su atención disminuye y la asociación del dolor disminuye también, ya que se reconoce la ansiedad asociada al dolor.	La evaluación no fue del todo satisfactoria, ya que el dolor no se logró inhibir por completo; probablemente el analgésico de elección en este caso difiere no fue el indicado, pero el proceso patológico ya estaba muy avanzado.
Angustia	Se observa en la paciente una tensión emocional que hace inestable.	En la angustia se reduce la capacidad del individuo para solucionar los hechos que enfrenta la paciente, se muestra insegura porque trata de relacionar su enfermedad con el medio ambiente que la rodea. Todo ser humano siente temor hacia la desorientación y en este caso la paciente desconoce la magnitud de su problema.	El papel de la enfermera es establecer comunicación con la paciente; es importante comunicar lo que dice enfermera, ayudarle a comprender a expresar sus temores y convencerlo con palabras tranquilizadoras. Al hacerlo, algunas de sus cosas tendrán lugar disminuida o terminada sus angustias.	Con toda paciente orientada es especialmente importante mantener abierta la comunicación entre enfermera y paciente en cuanto a lo que dice enfermera, ayudarle a comprender a expresar sus temores y convencerlo con palabras tranquilizadoras. Al hacerlo, algunas de sus cosas tendrán lugar disminuida o terminada sus angustias.	Se logró una buena comunicación entre la paciente y enfermera, ya que ella expresó sus temores en relación al padecimiento y habló sobre sus problemas familiares.
Flujo cervicovaginal anormal (leucorrea)	Defecación vaginal sanginolenta y de olor fétido.	En el cáncer cervicovaginal se presenta un flujo anormal, por lo que se acuerda, antes de que aparezca la leucorrea, posiblemente el flujo aparece con olor fétido. La medida que favorece la recuperación, tanto la hemorragia como el flujo se hacen más persistentes y profundos, pero se debe a que la infección cada vez es mayor y la infección secundaria va cambiando el producto de secreción en olor más y más desagradable.	Aseo frecuente de genitales con jabón y agua.	Todos los microorganismos necesitan humedad para su crecimiento. Aunque la sequedad inhibe el crecimiento de los microorganismos no es una forma segura de mantenerlos. Los pacientes (paciente de mujer) material cubren y material equivalentes (como el champú) inhiben el crecimiento de los microorganismos. El aseo es un factor importante para prevenir la salud y el bienestar físico. Los antibióticos son agentes químicos que destruyen las microorganismos o suspenden su crecimiento. Los antibióticos más efectivos son los que mejoran especies grampositivas generales: así como el benzal, uno de los antibióticos más eficaces.	Se logró un mejor bienestar físico en la paciente.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	RAZON CIENTIFICA DE LAS MANIFESTACIONES	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Disuria	Irritabilidad vesical, molestias urinarias.	La disuria es la emisión dolorosa o difícil de la orina, en este caso es mantenida por irritabilidad vesical, la cual se debe a que el proceso va tomando el tinte vesicovesical, con la correspondiente sensación de inestabilidad rectal que se extiende hacia la parte posterior. El dolor gravativo penoso, constituye por lo general un síntoma destacado que puede hacerse severo a medida que avanza la afección.	Se administrarán drogas analgésicas (todas las que calzan el dolor por vía oral o parenteral), según la importancia del dolor y/o de su respuesta, así como también la ministración de antisépticos urinarios. Dentro de los fluidos con efecto de elección tenemos: Dipirona, Acido Nalidixico y Fenazopiridina. También se administrarán líquidos orales o parenterales.	Al hacer el turno, tiene a conseguir tejidos vecinos, lo que causa el dolor, las drogas analgésicas van a inestabilizar las terminaciones nerviosas afectadas. La hidratación y el mantenimiento de orina diluida son medidas para prevenir alguna complicación (como por ejemplo una cristalización por ácido úrico). El Acido Nalidixico y la Fenazopiridina son antisépticos urinarios efectivos, incluso muchos bacterias gram negativas pero no tienen efecto alguno sobre las protozoarias. El Acido Nalidixico se absorbe fácilmente en el intestino. En la sangre, usualmente tras el medicamento se fija fuertemente a las proteínas. El 20% del medicamento absorción se excreta por la orina en forma activa, obteniéndose niveles urinarios de 10-150 mg/ml.	Logramos mejorar notablemente la disuria.
Anemia	Adinamia, palidez de tegumentos, disminución de las cifras normales de hemoglobina y hematocrito.	La anemia es el resultado del desequilibrio que ocurre por la presencia del cáncer; este desequilibrio lo representa la disminución de los elementos orgánicos hemoglobina y hematocrito. La anemia tórpida que se presenta en los enfermos con pérdida crónica de sangre es del tipo microcítico hipocromico. El recuento de eritrocitos, las determinaciones de hemoglobina y del hematocrito, generalmente son suficientes para establecer el diagnóstico de anemia por deficiencia de hierro en un enfermo con antecedentes de pérdida crónica de sangre. La prevención del choque debido a la pérdida excesiva de sangre o de plasma, tiene prioridad absoluta. Las disminuciones de un 30% del volumen normal de sangre circulante, constituyen una amenaza de choque, y aún si la pérdida ha sido menor, puede producir choque si ocurre rápidamente en un enfermo con volumen sanguíneo bajo. En los casos en que hay anorexia o estado de choque, o bien hemorragia excesiva, se usará de preferencia la sangre íntegra previa tipificación cruzada. Cuando no puede obtenerse sangre íntegra se podrá emplear plasma o un expansor del plasma, como la dextrana.	Transfusiones de sangre total. Proporcionar todos los auxilios necesarios para su asistencia personal. La enfermera también debe estar pendiente de lo que el paciente puede necesitar.	Las transfusiones sanguíneas se emplearán para corregir la anemia, solamente cuando la pérdida de sangre sea aguda, exista la posibilidad de una importante hemorragia ulterior o ambas.	Antes de las transfusiones sanguíneas las cifras de hemoglobina y hematocrito de la paciente eran de 7 g% y 28 ml., respectivamente. Tomando en cuenta que las cifras normales de hemoglobina son de 17.5 a 17 g% y de hematocrito 45 a 57 ml., notamos un ligero aumento de ambas cifras que fueron 9 g% de hemoglobina y 35 ml. de hematocrito.
Disminución en el peso corporal.	Actualmente el paciente tiene un peso de 42 kilogramos, encontramos una disminución de 8 kilogramos en el peso corporal (tomando en cuenta que el peso ideal de una talla de 1.50 metros, es de 49-50 kilogramos).	La disminución en el peso corporal se debe, en este caso, a tres patologías principales: anorexia, deshidratación y tumor canceroso en etapa avanzada. Anorexia. La anorexia lleva a dar como resultado una desnutrición importante, ya que el organismo no recibe los nutrientes necesarios para su buen funcionamiento. Deshidratación. La deshidratación va a provocar una bajada el peso corporal por la disminución de líquidos circulantes en el organismo. Tumor canceroso. Las células cancerosas se multiplican, rápidamente y dan origen a una colonia de estas mismas células, invaden y destruyen tejidos normales circundantes mediante presión y compiten con las células sanas por elementos nutritivos dándose como resultado una desnutrición y una disminución en el peso corporal.	Hidratación (por vía oral o parenteral). Preparación dieta hiperprotéica.	Por medio de la hidratación vamos a obtener un balance hidroelectrolítico y a nivelar en parte la deficiencia en el peso corporal de la paciente. La ingestión de una dieta hiperprotéica le va a proporcionar los nutrientes necesarios para restablecer las pérdidas que al problema patológico le ocasiona a su organismo.	En este aspecto no fue satisfactoria, ya que este proceso es a largo plazo y al tiempo que se dedica a la paciente no fue el necesario.
Uremia	Presencia de creatinina, ácido úrico y sulfuro en la sangre.	La uremia es el estado autotóxico producido por la presencia de componentes de la urina en la sangre, debida a insuficiencia de las funciones renales. La infiltración natural creciente del tumor canceroso obstruye los uréteres, eleva la uremia la causa última de muerte del paciente con cáncer. La uremia puede ser causa también de una insuficiencia renal aguda en los casos de metástasis a distancia.	Vigilar la ingestión de la dieta. Administración de líquidos y electrolíticos.	La dieta suele ser baja en proteínas y alta en caldas, ya que en la insuficiencia grave el establecimiento proteínico y la consiguiente demanda que se hace a los riñones para la excreción de proteínas y productos finales se limita restringiendo los alimentos proteínicos. Para la mayoría de los pacientes la absorción total de 24 horas es igual a la emisión del día anterior más aproximadamente 500 ml. para las pérdidas insensibles usuales. Las soluciones de reemplazo igualan aproximadamente las pérdidas de líquido de todo origen tanto en cantidad como en composición de electrolitos.	Los resultados obtenidos en los estudios de laboratorio, nos mostraron una disminución discreta en la presencia de componentes de la urina en la sangre.

GLOSARIO DE TERMINOS

- ADINAMIA:** Falta o pérdida de la fuerza normal.
- ALOPECIA:** Pérdida o caída de pelo.
- ATIPIA:** Signo histológico de malignización.
- BACTEREMIA:** Presencia de bacterias patógenas en la sangre.
- BIOPSIA:** Examen microscópico de un fragmento cortada de un órgano vivo.
- CANCERIGENO:** Que provoca el desarrollo de un cáncer.
- CITOLOGIA:** Parte de la histología que trata de las células.
- CITOLOGIA EXFOLIATIVA:** Estudio de las células exfoliadas de un órgano accesible (vagina, bronquios, estómago).
- COITO:** Ayuntamiento carnal del hombre y la mujer.

- COLPOSCOPIA:** Exploración de la vagina con un espéculo u otro aparato.
- EDEMA:** Acumulación abundante de líquido seroalbuminoso en el tejido celular debida a diversas causas; disminución de la presión oncótica del plasma por reducción de proteínas; aumento de la presión hidrostática en los capilares por insuficiencia cardíaca; mayor permeabilidad de las paredes capilares u obstrucción linfática.
- ENDOSTOSIS:** Osificación de un cartílago.
- EPITELIO:** Capa celular que cubre todas las superficies externas e internas del cuerpo y se caracteriza principalmente por estar formada de células de morfología y disposición variable, sin sustancia intercelular ni vasos. Capa superficial de las mucosas.
- ESMEGMA:** Sustancia espesa, caseosa, maloliente, que se encuentra en el surco balanoprepucial y alrededor de los labios menores, producto

de la acumulación de células pavimento-
sas descamadas.

ESPECULO:

Instrumento destinado a dilatar la entrada
de ciertas cavidades y mantener separadas
las paredes de las mismas con objeto de
examinar su interior.

ESTRIAS DE DISTENSION:

Estrías de la piel del abdomen y mamas
en el embarazo y otros procesos, debidas
a desgarros subcutáneos.

ETIOLOGIA:

Parte de la medicina que tiene por objeto
el estudio de las causas de las enferme-
dades.

EVERSION:

Versión hacia fuera, especialmente de la
mucosa que rodea un orificio natural.

EXOSTOSIS:

Hipertrofia parcial, circunscrita a la su-
perficie de un hueso o diente.

EXCRECENCIA:

Tumor de cualquier naturaleza saliente en
la superficie de un órgano o parte, espe-
cialmente de la piel o mucosas.

- FISTULA:** Trayecto patológico consecutivo, generalmente a un proceso de ulceración, que comunica el foco patológico con un órgano o estructura, interno o externo, y por el que sale pus o un líquido normal desviado de su trayecto ordinario.
- GLUCOGENO:** Principio no nitrogenado, isómero con el almidón, que existe en el hígado, músculos, cartílagos. Se forma en el hígado a expensas de los hidratos de carbono y se almacena ahí para convertirse en azúcar a medida que las necesidades del organismo lo requieran.
- HIPERPLASIA:** Multiplicación anormal de los elementos histicos; hipertrofia numérica.
- HEMORRAGIA:** Salida más o menos copiosa de sangre de los vasos por rotura accidental o espontánea de los mismos.
- HISTERECTOMIA:** Extirpación total o parcial del útero; puede efectuarse por vía abdominal o vaginal.

- INDURACION:** Endurecimiento de los tejidos de un órgano.
- IRRITABILIDAD VESICAL:** Estado de un órgano que se traduce por dolor y exageración de las reacciones.
- METASTASIS:** Aparición de uno o más focos morbosos secundarios a otro primitivo con o sin desaparición de éste, en regiones o partes no contiguas al foco primitivo.
- METRORRAGIA:** Hemorragia uterina sin relación menstrual.
- MORBILIDAD:** Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinados.
- MORTALIDAD:** Número de muertes en una población y tiempo determinados.
- NEOFORMACION:** Tejido de formación reciente anormal.
Neoplasia.
- NECROSIS:** Mortificación de un tejido en general, gangrena; la parte necrosada se llama secuestro.

- PATOLOGIA:** Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que producen en el organismo.
- RADIOTERAPIA:** Tratamiento de las enfermedades por toda clase de rayos, especialmente los roentgenológicos.
- QUIMIOTERAPIA:** Tratamiento por sustancias químicas, especialmente el fundado en la afinidad que poseen ciertos compuestos químicos por microorganismos determinados sin dañar los tejidos orgánicos.
- ULCERACION:** Úlcera, especialmente la superficial. Ne crosis productora de una úlcera.
- UREMIA:** Estado autotóxico producido por la presencia de componentes de la orina en la sangre, debida a insuficiencia de las funciones renales.