

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CANCER PULMONAR

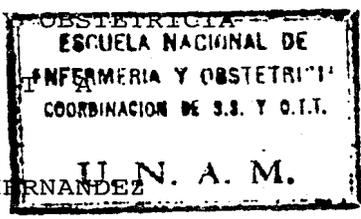
ESTUDIO CLINICO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N

DOLORES GONZALEZ

HERNANDEZ



MEXICO, D.F.

M A Y O

1 9 8 7.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
1. MARCO TEORICO.....	5
1.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA.....	5
1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	16
1.3 FISIOPATOLOGIA.....	22
1.4 METODOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	33
1.5 MANEJO PSICOLOGICO EN CANCER PULMONAR.....	46
2. HISTORIA NATURAL DE CANCER BRONCOGENICO.....	54
3. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.....	58
4. PLAN DE ATENCION.....	64-78
5. CONCLUSIONES.....	79
6. COMENTARIOS.....	83
7. GLOSARIO DE TERMINOS.....	84
8. BIBLIOGRAFIA.....	92

INTRODUCCION

La enfermera como integrante del grupo interdisciplinario de la salud, enfrenta a cada momento el reto de tomar decisiones inmediatas y acertadas en el manejo del paciente y los cuidados que ella imparta redundaran en beneficio del paciente afectado por alguna enfermedad, siendo probable que la ayuda prestada sea valiosa, si se cuenta con los conocimientos científicos y destreza necesaria en la prestación de cuidados oportunos según la problemática del paciente.

Es el caso de una enfermedad maligna, como es el cáncer pulmonar que aqueja a la paciente que sirve como base para el desarrollo de este estudio clínico.

La metodología de este trabajo de investigación fundamentalmente es el desarrollo de un marco teórico que consta de la anatomía y fisiología pulmonar, así como epidemiología en la que se vislumbran los factores posibles que desencadenan este mal, se ennumeran los métodos de diagnóstico y tratamiento que se manejan actualmente, fisiopatología y cómo la caracterizan algunos autores, finalmente el manejo psicológico en sus tres niveles.

Para complementar este estudio, se incluyen la historia clínica

nica, misma que se realiza durante la atención directa a la paciente, también se elabora plan de atención en todas sus fases, en cada día.

Aunado a lo anterior, se lleva a cabo conclusiones, glosario de términos y anexos, tomando en cuenta la bibliografía consultada en la realización de este caso clínico.

OBJETIVOS:

- Describir el planteamiento científico que involucra el cáncer pulmonar, y así poder brindar una atención de enfermería acorde con la realidad de la paciente.
- Recabar información sobre la paciente durante la atención directa a la misma y poder ofrecer opciones en su rehabilitación.
- Lograr mediante este trabajo de investigación, el título de Licenciada en Enfermería.
- Participar en la terapéutica y favorecer el ambiente emocional, aprovechando al máximo los medios con que se cuenta.
- Detectar necesidades y jerarquizarlas para llevar a cabo acciones de enfermería, tomando como punto de referencia las necesidades que se detecten en esta paciente.

CAMPO DE LA INVESTIGACION.

AREA GEOGRAFICA: Zona urbana, Distrito Federal.

El estudio clínico se realizará con una paciente con diagnóstico clínico de cáncer pulmonar. En el Hospital de Enfermedades Respiratorias.

Se utilizará el modelo de Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) realizando sus pasos esenciales:

1. Recolección de datos
2. Diagnóstico de Enfermería
3. Plan de Cuidados

METODOLOGIA DE TRABAJO.

Como parte fundamental del trabajo se procedió al desarrollo del marco teórico. Tomando como base la información obtenida durante la investigación bibliográfica.

Otra actividad importante fue la recopilación de datos con la que se elaboró la historia clínica de enfermería misma que sirvió de base para la elaboración del diagnóstico de los problemas reales que presentó el paciente seleccionado. Además se procedió a la planeación de las acciones de enfermería que se consideró idónea para un paciente con cáncer pulmonar.

Siendo prácticamente poco el interés que existe por acercar al estudio del paciente oncológico desde un punto de vista biopsicosocial, se espera que este trabajo contribuya en mínima forma a la información de las enfermeras que tienen a su cargo pacientes oncológicos.

1. MARCO TEORICO

1.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE PULMONES.

Pulmones, órganos esenciales en la función respiratoria, y que en ellos se lleva a cabo la transformación de sangre venosa en sangre arterial (hematosis).¹

Son los pulmones órganos pares de forma cónica y se encuentran dentro de la caja torácica, además se encuentran separados de cavidad abdominal por la vóveda diafragmática y se encuentran separados uno de otro por el corazón y mediastino, cada pulmón está revestido y protegido por dos capas de membrana serosa, (pleura), encontrándose la capa externa unida a las paredes de cavidad pleural (pleura parietal), y pleura visceral que es la que cubre directamente a los pulmones, entre ambas pleuras se encuentra la cavidad pleural que contiene un líquido lubricante secretado por las membranas, siendo este último el que les permite el movimiento de una sobre la otra y así evitar la fricción.²

Volúmen: éste varía según el estado de los pulmones, constitución del individuo y otros. También su peso es variable ya que en el feto es aproximadamente de 1 068 su peso específico mientras que para el adulto es de 0.490 en término medio.

1 Quiróz, G.Fernando. Tratado de Anatomía Humana. pp. 35

2 Tórtora/ Principios de Anatomía y Fisiología. pp. 438-439

Situación: los pulmones se extienden desde el diafragma hasta unos centímetros por encima de las clavículas y entre las costillas por delante y detrás. La parte inferior del pulmón es ancha, siendo su base cóncava y que encaja al área convexa del diafragma, y su parte superior es estrecha (vértice). La superficie costal es la que se encuentra en contacto con las costillas, con forma redondeada para encajar en curvatura de costillas, otra es la superficie mediastinal o medial de cada pulmón consta de una hendidura vertical llamada hilio, por el que entran y salen bronquios, vasos pulmonares y nervios que se unen por la pleura y tejido conjuntivo, constituyen la raíz del pulmón. En su lado medial el pulmón izquierdo tiene una concavidad (incisura cardíaca) la que guarda al corazón.

El pulmón derecho es más grueso que el izquierdo y se divide por una fisura en tres lóbulos; superior, medio e inferior además es más corto porque el diafragma es más alto en lado derecho, ya que ahí se encuentra el hígado por debajo de él. El pulmón izquierdo es más delgado, largo y estrecho que el derecho, dividiéndose en dos lóbulos: superior e inferior y a su vez cada lóbulo pulmonar se subdivide en bastantes lobulillos encontrándose rodeados a su vez por tejido conjuntivo elástico y contiene un vaso linfático, una arteriola, una venúla y una rama de un bronquiolo terminal; a su vez,

estos últimos se subdividen en ramas microscópicas o bronquiolos respiratorios y éstas, en su turno, se subdividen en varios conductos alveolares y terminan en su grupo de sacos alveolares y las paredes de estos (alveolos), se encuentran compuestos de una capa sencilla de epitelio escamoso y sostenido por una membrana basal elástica muy delgada.

La arteriola y vénula se dispersan en una fina red de capilares en torno al alveolo.³

Estructura: el pulmón es una masa brillante y su coloración varía según la edad, en el feto es rojo oscuro, mientras en el recién nacido es sonrosado y en el adulto de un color gris pizarra pudiendo ser de color pardo negrusco (antracosis).⁴

El intercambio de gases entre los pulmones y la sangre se presenta por difusión a través del alveolo y paredes de los capilares. Supuestamente se sabe que cada uno de los pulmones tiene aproximadamente 150 millones de sacos alveolares, siendo esta área de superficie muy extensa y que permite el intercambio gaseoso.

FISIOLOGIA DE LA RESPIRACION.

La función de la respiración es suministrar oxígeno a las

³ Ibidem. pp. 439

⁴ Testut, O. Jacob. Compendio de Anatomía Topográfica. pp.205

células del cuerpo y remover el bióxido de carbono que ocasiona las actividades celulares. Para considerar el camino del oxígeno de la atmósfera a las células y del bióxido de carbono de estas últimas a la atmósfera, se llevan a cabo tres procesos básicos: Uno es el de la ventilación o respiración, que es el movimiento del aire entre la atmósfera y los pulmones. El segundo y tercer proceso involucran el intercambio de gases entre los pulmones y la sangre y por último la respiración interna, que es el intercambio de gases entre la sangre y células corporales.

VENTILACION

La ventilación o respiración es un proceso por el cual los gases atmosféricos son conducidos a los pulmones y los gases de desecho que se difundieron en pulmones son expulsados; este movimiento es a expensas de la sangre que fluye a través del cuerpo, existe también un gradiente de presión pues se inhala aire cuando la presión en el interior de pulmones es menor a la presión atmosférica y al exhalar aire cuando la presión interior de pulmones es mayor que la atmosférica.

INSPIRACION

O inhalación. Para que el aire fluya al interior de los pulmones la presión de estos estará más baja que la presión atmosférica; para que esto se logre se da un aumento de volumen en pulmones. Ya que la presión de un gas será inversa -

mente proporcional al volumen de su continente y si el tamaño de un continente se aumenta la presión del gas en su interior disminuye; y si el tamaño del continente disminuye, la presión en su interior aumenta.

Para que aumente el volumen pulmonar, involucra la contracción de músculos respiratorios o sea que el diafragma y músculos intercostales actúan, así el diafragma se contrae y se desplaza hacia abajo,⁵ aumentando la profundidad de cavidad torácica y al mismo tiempo los músculos intercostales se contraen halando las costillas hacia arriba y dándoles vuelta ligeramente de manera que el esternón es empujado hacia adelante, así la circunferencia de cavidad torácica aumenta. Y el aumento total del tamaño de cavidad torácica hace que su presión (intratorácica) caiga por debajo de la presión del aire en el interior de los pulmones dando como consecuencia que las paredes de los pulmones sean atraídas hacia afuera por el vacío parcial. Las envolturas pleurales tienen participación en la expansión de los pulmones ya que la pleura parietal que cubre la cavidad torácica tiende a adherirse a pleura visceral en torno a pulmones y arrastrarla consigo. Cuando el volumen de pulmones aumenta, la presión intrapulmonar en su interior baja de 760-750 ml. de mercurio y se establece así un gradiente de presión entre la atmósfera y sacos alveolares, el aire penetra de la atmósfera a los pulmones dando lugar a la inspiración (proceso ac

5 Ibidem. pp. 439

tivo) ya que inicia por la contracción muscular.⁶

EXPIRACION

Salida de aire o exhalación que se realiza también mediante un gradiente de presión. La expiración se inicia cuando los músculos respiratorios se relajan y el tamaño de capacidad torácica disminuye en profundidad y circunferencia y a medida que la presión intratorácica regresa a su nivel, pre inspiratorio, las paredes de los pulmones dejan de ser atraídas hacia afuera y las membranas basales altamente elásticas de alveolos, regresan a su forma relajada y el volumen pulmonar disminuye. La presión intrapulmonar aumenta y el aire se desplaza del área de mayor presión (sacos alveolares) al área de menor presión (atmósfera). Así la función expiratoria es un proceso pasivo pues no involucra acción muscular.

La presión intratorácica siempre es menor a la presión en el interior de los pulmones o en la atmósfera. Cabe hacer notar que las cavidades pleurales están selladas e incomunicadas con el medio externo de tal manera que no pueden igualar sus presiones con la atmósfera, así como tampoco el diafragma (reja costal) pueden moverse hacia adentro para elevar la presión torácica por encima de la presión atmosférica.

6 Ibidem. pp.439-441

ca, o sea, que el mantenimiento de una presión intratorácica más baja es vital para el funcionamiento de los pulmones. Otra actividad es que los alveolos de no ser tan elásticos, al término de una expiración intentan regresar y colapsarse a sí mismos y un colapso de esta magnitud podría obstruir el movimiento del aire pero este se previene por la presión un poco más baja en cavidades pleurales que mantienen a los alveolos ligeramente inflados.⁷

VOLUMENES RESPIRATORIOS

La cantidad de aire total contenida en pulmones es más o menos de 5 litros en el adulto, que se compone por el aire corriente, aire complementario, el de reserva y el aire residual.

AIRE CIRCULANTE:

Es medible por el desalojamiento del aire en cada movimiento respiratorio, y es en término medio de 500 cc. y aumenta con el esfuerzo y en el principio de insuficiencia respiratoria y disminuye en la gran insuficiencia respiratoria (se torna superficial)

AIRE COMPLEMENTARIO:

Es la cantidad de aire que un individuo es capaz de inspi -

⁷ Ibidem. pp.441

rar en una inspiración forzada, siendo aproximadamente de 1 600 cc. Disminuye con el esfuerzo a consecuencia de aumento del volumen del aire corriente que se hace a sus expensas.

AIRE DE RESERVA:

Es la cantidad de aire que se puede espirar en una espiración forzada y es de 1000-1500 cc. aproximadamente.

AIRE RESIDUAL:

Es la cantidad de aire que queda en los alveolos⁸ pulmonares después de una espiración forzada y es de 1500 cc siendo muy importante este aire residual porque por medio de este se mantienen las constantes térmicas higrométricas y químicas del aire alveolar que está en contacto con la masa sanguínea circulante, este aire alveolar residual se renueva parcialmente a cada inspiración y su equilibrio se asegura por una parte en los cambios gaseosos que se hacen en cada inspiración y espiración al nivel de alveolos y la otra por el aire del espacio muerto.

Espacio muerto: Es el aire comprendido en vías aéreas superiores; tráquea, bronquios, bronquiolos y canales alveolares y no se renueva a cada respiración. El volumen de aire comprendido en tráquea y bronquios es fijo y es de 1500 cc;

⁸ Quiróz. Op.cit. pp.35-36

el que queda en bronquiolos y canales alveolares varía.

CAPACIDAD VITAL DE HUTCHINSON:

Es la suma de aire corriente, de reserva y el complementario por lo tanto equivale a la cantidad de aire desalojado entre una inspiración máxima y una espiración máxima, también varía con la edad, sexo y por término medio en el hombre es de 3-4 litros, representa la capacidad máxima del individuo.

CAPACIDAD PULMONAR DE GREHANT:

Representa el aire comprendido en los pulmones y la forman dos fracciones: aire de reserva que queda en pulmones después de una espiración normal y el aire residual con un volumen de 3000 cc.⁹

RESPIRACION EXTERIOR:

Es el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono, entre los sacos alveolares y la sangre.

RESPIRACION INTERIOR:

Cuando se completa la respiración exterior la sangre se desplaza a través de las venas pulmonares al corazón, donde es impulsada a tejidos corporales. En los capilares de¹⁰ los

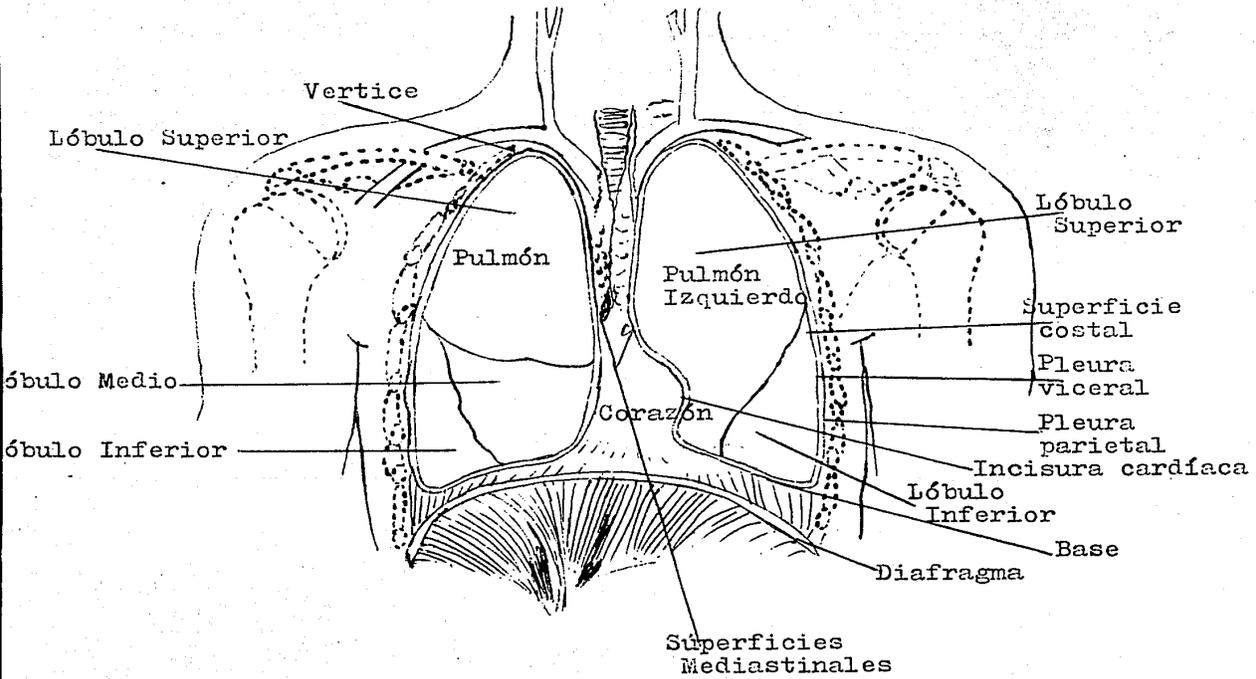
⁹ Ibidem. pp.36-37

¹⁰ Tórtora. Op.cit. pp.444

tejidos del cuerpo tienen lugar el segundo intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la sangre y los tejidos corporales.¹¹

11 Ibidem. pp.444

FIG. 1



FUENTE: Tórtora y Anagnostakos. Principios de Anatomía y Fisiología. pp.438

1.2 EPIDEMIOLOGIA SOBRE CANCER PULMONAR.

En la epidemiología destaca el problema que involucra el cáncer pulmonar como una patología previsible o evitable en lo que refiere al carcinoma epidermoide, y sobresale la incidencia en el consumo de cigarrillos con asociación de cáncer broncogénico, así como contaminación ambiental y contacto con sustancias cancerígenas y otras que contribuyen como irritantes de la mucosa bronquial por períodos prolongados.¹²

Ante tal multiplicidad de agentes, la cromatina nuclear sufre cambios y desarrolla un crecimiento celular desordenado, con participación compleja de diversos factores dependientes del huésped, agente y el ambiente.¹³

El cáncer broncogénico es más frecuente en el hombre que en la mujer por estar éste, más expuesto a factores carcinógenos mientras que la mujer mantiene cierta protección hormonal aunque ésta tiende a incrementar su incidencia por el fumar e incorporación a la industria, Teniendo como asentamiento células de epitelio bronquial y con cierta preferencia por bronquios primarios y segmentarios en sus formas centrales, y más raro en bronquiolos terminales, algunos autores consideran sus variedades histopatológicas y mencionan al escamocelular, adenocarcinoma y el anaplásico o indife -

12 UICC. Oncología Clínica. pp.147-148, 16

13 Arminjo R.Rolando. Epidemiología Básica. pp. 418

renciado, teniendo este último dos subtipos; el de células grandes y redondas y el de células avenoides (células de avena), siendo éste el más común de los dos.

Se observa que en tasa de mortalidad es menor en los exfumadores que en los que fuman y que mientras más tiempo concurre de la abstención de fumar, es menor la tasa de mortalidad y que inclusive a los 10 años es probable que esté en límites de normalidad, mientras que la mortalidad es mayor cuanto más tempranamente se inició el hábito de fumar y más años se persista en ello.

Los fumadores opinan en favor que el fumar proporciona efectos benéficos ya que éste actúa como un estimulante, aunque posteriormente deprime.¹⁴

Entre los factores de riesgo que predisponen a contrar cáncer pulmonar se encuentra: el foco genético que inclusive puede modificar el factor ambiental, otro es el factor ocupacional en el que se observa la predisposición de los que trabajan en el manejo de asbesto y otros más.¹⁵

En estudios longitudinales sugieren que la interrupción del fumar en fumadores crónicos disminuye la probabilidad en que estos no desarrollen cáncer, así se estima que en base a duración de vida uno de cada 10 hombres que fuma más de dos

14 Ibidem. pp.418,446-150

15 Ibidem. pp.20

paquetes de cigarros por día, muere de cáncer pulmonar, mientras el riesgo comparativo de no fumadores es de uno de cada 275. Se concluye en suma total de evidencias científicas que el fumar cigarrillos es factor causal de incidencia acelerada y creciente en carcinoma epidermoide de pulmón en el ser humano, tomando como punto de partida lo anterior, es evidente la relación causa-efecto, siendo esto el precedente en el inicio de medidas de salud pública que se consideran de suma importancia. Cabe agregar que las observaciones que han hecho algunos investigadores como dato importante es mayor tasa de mortalidad por cáncer pulmonar en áreas urbanas comparativamente con el área rural y tomando como factor común la contaminación ambiental y mayor número de fumadores en grandes urbes, aunque se rebaten varias teorías al respecto, los investigadores no llegan a un acuerdo pero sí mencionan la influencia del hábito de fumar y contaminación ambiental. En estudios llevados a cabo en 12 ciudades, se dispuso de datos histológicos limitados, dando mayor margen el predominio de 1,279 en hombre y 47 en mujeres y con grandes diferencias entre los dos sexos, aunque la epidemiología debe vislumbrar y analizar conducta de tumores malignos del pulmón y esto debe ser como entidades muy diferentes desde el punto de vista histológico, clínico y epidemiológico.

El cáncer pulmonar comprende la etapa preeliminar que transforma el epitelio bronquial (árbol traqueobronquial), donde está inhibida la acción ciliar con destrucción de epitelio ciliar, con el consiguiente cambio que precede a formas establecidas de carcinoma invasor como es hiperplasia, metaplasia atípica y carcinoma in situ. En estudios que se efectuaron con cadáveres autopsiados de 18,688 en cortes traqueobronquiales se obtuvo el historial en hábitos de fumar, encontrándose cambios de hiperplasia de célula basal, estratificación metaplásica escamosa y carcinoma in situ tanto cualitativa como cuantitativamente en grado mayor entre fumadores que los no fumadores, ante el hallazgo de carcinoma broncogénico, todos habían sido fumadores. Se hace hincapié en la necesidad de reducción de actividad tumoral e investigarse mediante remoción o inactividad de factores carcinógenos, cocarcinógenos o precursores de ambos.¹⁶

La propagación de esta patología puede ser por vía hematológica o linfática, ocasionando por la rapidez de estas vías de acceso las metastasis a distancia que pueden presentarse en cerebro, pulmón opuesto, suprarrenales e hígado y otros.¹⁷

El diagnóstico se lleva a cabo detectando mediante la historia clínica signos y síntomas que conlleven a un cáncer broncogénico tales síntomas persistentes como son: accesos repetidos de neumonía, tos, dolor torácico y hemoptisis en indivi

16 Ibidem. pp.446-449

17 Ibidem. pp. 148

duos ya mayores de 40 años y ser fumador crónico con datos sospechosos.

La sintomatología generalmente se caracteriza en sus formas centrales (mediastinales), obstrucción bronquial, tos seca o productiva, hemoptisis, dolor torácico, y cuando se acumulan secreciones por obstrucción agregándose procesos inflamatorios que desencadenan neumonitis con fiebre y otros síntomas.

En sus manifestaciones alveolares a causa de pequeños bronquiolos obstruidos y pequeña superficie respiratoria afectada, el tumor puede seguir un curso silencioso pudiendo ser el hallazgo muy casual, detectado por una radiografía u otro motivo, pero cuando invade pleura visceral se encuentran síntomas respectivos: dolor pleural, hidrotórax, dificultad respiratoria, etc.

El tratamiento por lo general es mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia, y el diagnóstico diferencial es necesario para descartar otras patologías (TB, micosis, neumonías crónicas, tuberculomas hamartomas, etc.)

En la cirugía se valora grado de resecabilidad o irresecabilidad, tomando como promedio y basándose en estadísticas de varios centros hospitalarios pues de cada 100 diagnosticados 55 son irresecables, de los 45 explorados 25 son resecables.

bles, muriendo 15 antes de los 5 años y sólo 8 sobreviven 5 años o más.

El pronóstico es muy desalentador ya que el 80% de los pacientes mueren al año o antes de ser diagnosticados, la su pervivencia de casos irresecables con tratamiento de radioterapia o quimioterapia pueden durar un año. La relación TNM, se hace por datos propios de cada ceoplasia; T1, de me nos de 3 cm. en su diámetro mayor sin signos broncoscópicos de invasión; T2, mayor de 3 cm. de diámetro o cualquier tamaño con atelectasia, neumonía obstructiva o invasión hilar T3, invasión de estructuras vecinas, derrame pleural, o ate lectasia total. ¹⁸

18 Ibidem. pp.148-151.

1.3 FISIOPATOLOGIA DEL CANCER PULMONAR.

El cáncer broncogénico muestra mayor incidencia a partir de los 40 años y con un máximo de frecuencia entre los 50 y 70 años, de predominio en el sexo masculino, aunque esta variable poco a poco la va rebatiendo la mujer por su aumento en fumar e incorporación a la industria, aunado a lo anterior, recientemente se han incorporado casos en sujetos jóvenes entre 25 y 35 años.¹⁹

Aunque por lo regular siempre existe el dato de susceptibilidad individual conjugado con procesos patológicos que coexisten o preceden al tumor pulmonar, aunque debe darse relación causa-efecto (TB, bronquiectasias, antracosis, silicosis, quistes, secuelas de infarto pulmonar, etc.)

Esta patología se desarrolla a nivel de bronquios segmentarios y subsegmentarios pues en este lugar el epitelio bronquial es vulnerable a lesiones ocasionando alteraciones en la mecánica bronquial con repercusiones anatomopatológicas distales al tumor, y el conjunto de agentes cancerígenos transformará a las células y presentarán cambios degenerativos malignos, presentando pérdida ciliar por epitelio cilíndrico pluriestratificado vibrátil, substitución progresiva de estructura columnar básica por epitelio escamoso estratificado, desorganización epitelial con presencia de metapla-

19 SSA. Manual de Cancerología Básica. pp. 177

sia atípica o displasia de estructuración y atipia nuclear y mitótica de mucosa variable entre 10-20 años. Su presentación macroscópica demuestra una masa dura con dimensiones variables estrechamente relacionado con un segmento del árbol bronquial, nódulo seril ulcerado que se mantiene en la luz bronquial que obstruye parte o totalidad de ésta, con infiltración peribronquial.²⁰

Los tipos histológicos en que ocurren varios investigadores son, en orden de frecuencia decreciente: carcinoma epidermoide (74%) y adenocarcinoma (12%).

En cuanto al sitio de implantación el carcinoma broncogénico en apariencia tiene predilección al pulmón derecho y en orden decreciente se localiza más frecuente en lóbulo superior izquierdo, inferior derecho, inferior izquierdo y lóbulo medio derecho.²¹

En el inicio de esta enfermedad no hay ataque al estado general importante, aunque ocasionalmente persiste fiebre vespertina moderada y a menudo el cuadro clínico lo ocasionan las molestias mediastinales, pleurales o supraclaviculares distantes, etc.²²

Los datos clínicos que dan sospecha de cáncer broncogénico

20 G. Bonadona y Robustelli. Manual de Oncología Médica. pp. 512

21 Ibidem. pp. 514

22 Ibidem. pp. 181

puede ser modificación en la expectoración, exacerbación bronquial resistente al tratamiento, esputo hemoptoico o hemoptisis, neumonías de repetición o lenta cura, absceso pulmonar, sibilancias localizadas, dedos hipocráticos y enfermedades previas o concomitantes.²³ Pero los síntomas quizá más importantes son la tos, que puede ser seca o espectorante así como pérdida de peso y dolor torácico.

En la mayoría de los casos de pacientes con tumor pulmonar su cuadro se inicia sintomático e inespecífico, pues la ausencia de signos clínicos patognomónicos se relacionan con las variables de factores condicionantes; localización, dimensiones, extensión, tipos histológicos con oncotipo por su comportamiento biológico que desencadena signos y síntomas así por su desarrollo que es determinante, el central (carcinoma anaplásico de células grandes y carcinoma escamoso, periférico (microcítico y anaplásico de células grandes locorregional intratorácico y adenocarcinoma).

El daño a diversas partes que conforman el síndrome y que se relacionan con tumor primario en presencia de tumor endobronquial puede causar tos, hemoptisis, sibilancias, enfisema segmentario, neumonía repetitiva. etc.²⁴

23 Facultad de Medicina, Neumología. pp. 239

24 Harvey. Medicina Interna. pp.390

Mientras la extensión a pleura y pared torácica puede ocasionar dolor al invadir plexo braquial; síndrome de Horner a expensas de alteración en cadena simpática cervical o signos vasomotores y brazo y mano, también la invasión mediastínica puede ocluir vena cava, tráquea, esófago, parálisis de nervios laríngeos recurrentes y frénico, así como derrame de quilo. Otra es la invasión por metástasis a distancia, ya que por vía linfática y hematógena se propaga más rápidamente, palpándose tumoraciones en ganglios supraclaviculares, hígado y piel, las tumoraciones óseas pueden ocasionar dolor, fracturas y presión sobre nervios adyacentes. Y los depósitos en SNC pueden producir convulsiones, parálisis y pruebas de aumento de presión intracraneana. En los síndromes paraneoplásicos se presentan en piel eritema multiforme y lesiones bulosas. Otras son las anomalías endócrinas y metabólicas como son: hipercalcemia, hiperadrenocorticismo, síndrome carcinoide, secreción inadecuada de hormona antidiurética, ginecomastia y producción de gonadotropinas.²⁵

El cáncer bronquioalveolar habitualmente es bilateral y de origen multicéntrico y evolución clínica anatomopatológica que contrasta con otros tipos por ser prolongada.

El tratamiento por lo general es de tipo quirúrgico, por radioterapia, quimioterapia y en otras inmunoterapia aunque

25 Ibidem. pp. 389-390

las modalidades en particular varían, pues son dependientes del tipo histológico de la tumuración, sitio de localización y algunos más, todo lo anterior se toma en cuenta para la aplicación de la terapéutica. Si se detecta tempranamente la enfermedad, el tratamiento será curativo, pero si es tardío, la terapéutica será con fines paliativos y tendrá importancia tan sólo como dato estadístico.²⁶

Pronóstico: Este por lo regular es malo aunque depende de grado de diseminación, los nódulos solitarios tienen supervivencia de aproximadamente seis meses. Así la proporción global se considera de cinco años por medios operatorios, siendo del 12%, aunque es mejor en un 70% cuando se opera en etapa nodular incial.²⁷

CARCINOMA PULMONAR.

Este viene siendo en la actualidad el tumor primario más común de cáncer metastásico de pulmón, aunque se rebaten las causas que lo originan y en la que más se apoya es la evidencia de estrecha relación con el fumar, contaminación ambiental, caracteres hereditarios. Analizando dichos factores se concluye que diversos tipos de neoplasmas pulmonares primarios pueden tener causa múltiple y variada. Este tipo de cáncer se ha visto incrementado en su frecuencia

26 SSA. Op.cit. pp. 177,183-185

27 Ibidem. pp. 185

en los últimos años, siendo del predominio en varones que es 6 veces más que en la mujer y con edad de 40 años en adelante, aunque se presentan casos de neoplasma a menor edad.²⁸

Existe variedad dentro de este tipo de cáncer broncogénico, así, algunos autores los clasifican dependiendo del tipo histológico con algunas variaciones aunque no difieren mucho Kreyberg, menciona al adenoma bronquial, carcinoma bronquial alveolar, carcinoma broncogénico con subtipos; carcinoma epidermoide, adenocarcinoma carcinoma indiferenciado que puede estar formado este último por células gigantes o pequeñas (en semilla de avena).²⁹

Mientras Schart únicamente enuncia al de células pequeñas, el escamoso o epidermoide, indiferenciado de células grandes y el adenocarcinoma, y ocasionalmente se presenta tumor bronquial (células alveolares).

El diagnóstico se llega a realizar en muchas ocasiones de manera incidental y cuando ya están presentes los síntomas, y es cuando el paciente acude a recibir atención; por lo general este neoplasma ha proliferado en tejido pulmonar y está muy avanzado y presenta manifestaciones severas como puede ser hemoptisis, tos frecuente e infección pulmo -

28 Shart. Patología Quirúrgica. pp.526,530

29 Correa Arias Stella. Texto de Patología. pp. 601

nar, dolor torácico, etc.³⁰

Entre los medios de diagnóstico que permiten establecer el diagnóstico, la historia clínica es de primer orden, estudios radiológicos y de laboratorio, y en otros casos se recurre a la cirugía. Aunque los signos radiológicos en que se encuentren comprometidos, mediastino carina, distorsión o pérdida de movilidad bronquial, afectación de nervio frénico; esto puede decidir inoperabilidad.³¹

Por lo tanto, al establecer el diagnóstico la sintomatología presente da la pauta de lesión pulmonar, pudiendo apoyarse en la radiografía que puede mostrar amplitud y señalamiento en pacientes asintomáticos, sin embargo se necesitan pruebas adicionales con el fin de excluir otras causas no malignas practicándose pruebas citológicas e histológicas de la neoplasia, se puede llegar a descubrir también afecciones microbianas o circulatorias de lesión pulmonar por medio de examen de esputo o de sangre, aunque su demostración no involucre posible existencia de cáncer pulmonar subyacente.³² Las manifestaciones son muy diversas y puede afectar el neoplasma, estructuras adyacentes, cavidad pleural, mediastino, pared de tórax, base del cuello y diafragma que puede afertarse por extensión directa depen-

30 Cecil, Loeb. Tratado de Medicina Interna. pp. 1028

31 Ibidem. pp. 530,527

32 Ibidem. pp. 1028

diente de la localización primaria del tumor, también hay metástasis en ganglios linfáticos mediastinales, otra situación es que por infiltración hay daño en esófago, pericardio y corazón.

Transtornos Funcionales: Estos pueden ser directos o indirectos por cáncer pulmonar, que pueden producir diversas manifestaciones, en los directos por presencia física del tumor en el lugar afectado y en los indirectos sin diseminación anatómica del tumor hasta el lugar o sistema afectado.

Síntomas: Estos varían y son dependientes de la localización de la neoplasia en relación con el árbol bronquial, entre los síntomas que ocasionan los tumores pequeños en un gran bronquio; la tos que puede ser productiva o no, así en presencia de carcinoma que afecta un bronquio pequeño - en porción periférica del pulmón puede estar asintomático y hasta que su desarrollo sea mayor presentará manifestaciones patológicas, siendo esto último compatible con carcinoma pulmonar.

En el fumador crónico puede presentar tos cotidiana sin cambios pero lo que sí varía, es la expectoración que puede ser desde mucopurulenta hasta hemoptoica, otro síntoma puede ser estertor localizado a expensas de obstrucción bron-

quial parcial, fiebre, neumonitis secundaria, aunque los síntomas sépticos y calosfríos son raros, la disnea es un síntoma tardío, en otros casos se presenta dolor torácico, que es manifestación de metastásis en pared torácica, base del cuello o mediastinal, la debilidad y pérdida de peso muy marcada es signo de enfermedad avanzada o supuración pulmonar, la ronquera de inicio indica afectación de nervio laríngeo recurrente, siendo ésto el prototipo en carcinoma de lóbulo superior izquierdo, otro síntoma propio de cáncer broncogénico de vértice pulmonar es el dolor en hombro irradiado hacia abajo del brazo. También puede presentarse síndrome de Horner, derrame pleural serosanguinolento, la invasión de esta neoplasia puede presentarse fuera de pulmón e invadir estructuras adyacentes y cuando está afectando al mediastino, sus síntomas de inicio pueden ser tumefacción del cuello y cara con ingurgitación venosa a expensas de compresión neoplásica o invasión de vena cava superior, así la disnea puede presentarse por compresión traqueal o disfagia por afección del esófago.

Los síntomas cerebrales son muy raros aunque sí llegan a presentarse, con semejanza a la artritis reumatoide, dedos hipocráticos, artropatía pulmonar; en este tipo de pacientes puede estar presente un pequeño carcinoma B, la tumefacción y dolor periarticular desaparecen espectacularmen-

te, posterior a la resección del tumor.³³

Otros pacientes con tumor pulmonar o pleural pueden presentar disfunción hormonal y metabólica, observándose hipercalcemia, también puede haber hiponatremia y trastornos de hormona antidiurética, otra es que puede presentarse enfermedad de Cushing y en este caso hay secreción excesiva de serotonina. El tratamiento debe considerar la localización de metastasis y estado general del paciente y reserva respiratoria.

Entre las medidas terapéuticas dentro del tratamiento se manejan: quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, hormoterapia y la cirugía, aunque el riesgo de morbimortalidad por cualquier resección pulmonar es considerable.³⁴

En todos los casos oncológicos es necesario el tratamiento de sostén y así conservar buen ingreso nutricional, la rizotomía y cordotomía pueden utilizarse en algunos casos como medio quirúrgico para contrarrestar el dolor, inhibiendo el reflejo doloroso a nivel de corteza cerebral, en la mayoría de las ocasiones el manejo terapéutico en el dolor es por medio de sedantes y narcóticos, se manejan libremente, en caso necesario cuando hay complicaciones infecciosas o desequilibrios hormonales, el tratamiento es a elección.³⁵

33 Ibidem. pp. 527-530

34 Ibidem. pp.528-530

35 Cecil-Loeb. Op.cit. pp.1032

El pronóstico en cáncer pulmonar primario no tratado es va
riable, aunque puede ser de un año, pero puede haber un po
co más de sobrevida.

Algunos pacientes presentan sobrevida de más de 6 meses
siendo posiblemente por tumor de crecimiento lento, pero
que al haber metástasis, por lo general se considera como
enfermedad incurable y crónica en la cual se puede brindar
múltiple ayuda tomando en cuenta todos los fenómenos pre -
sentes y susceptibles de mejoría.

1.4 METODOS DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN CANCER PULMONAR.

PERSPECTIVA:

El carcinoma de pulmón es una enfermedad letal, a partir de las observaciones que se han hecho un 50% de todos los pacientes con carcinoma bronquial no pueden ser operados y los operables el otro 50% (o sea el 25% del grupo original) son irreseccables (2). Sólo el 5% de los pacientes alcanzan sobrevida de 5 años.

Con este tipo de antecedentes y agregado a esto las investigaciones que se han hecho al respecto, la curación se hace imposible porque este tumor metastatiza en forma temprana, casi desde el diagnóstico, y el promedio de sobrevida es de 6-9 meses, siendo tan sólo que el 20% de los pacientes sobrevive al año.

Actualmente el progreso que se ha alcanzado es mínimo en el mejoramiento de los métodos de detección temprana o de tratamiento en el cáncer pulmonar.

En la investigación existe el interés en una detección temprana y combinación de los tratamientos estándar, pero con todo y esto, aún cuando se ha propulsado el enfoque multidisciplinario no se ha logrado ventaja en ningún momento.³⁶

36 Universidad de Rochester. Oncología Clínica. pp. 74

Entre los métodos diagnósticos sobresale quizá como el principal punto de partida la anamnesis detallada y cuidadosa, así como un examen físico prolijo, en presencia de cualquier caso en que se sugiera cáncer pulmonar, con factores de riesgo como tabaquismo, exposición ambiental o profesional. Como medida diagnóstica y de primer orden se encuentran los exámenes radiológicos, en la que se toman radiografías de tórax tanto postero anterior como lateral.³⁷

EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA:

Esta neoplasia es más común en los pulmones crónicamente enfermos y cicatrizados (TB, fibrosis intersticial, etc.)

DETECCION CLINICA:

Las manifestaciones clínicas son variadas y simulan otras enfermedades, aunque el cambio en la condición pulmonar es signo de cáncer de pulmón. La tos, dolor torácico, expectoración rojiza o purulenta, hemoptisis y disnea son los clásicos síntomas en esta enfermedad.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS:

Historia clínica: y el examen físico como procedimientos diagnósticos muy importantes para establecer el diagnóstico de neoplasia pulmonar.

37 T.de Vita. Cáncer Principios y Práctica de Oncología.
pp.516

Examen Radiológico: Con la toma de radiografía de tórax lateral y posteroanterior que evidencian; tumor parenquimatoso periférico, efectos de obstrucción bronquial y otros. En el caso de estar indicadas la fluoroscopia, tomografía, broncografía o angiografía es con el fin de definir naturaleza y extensión del proceso oncológico.³⁸

Examen Broncoscópico: Se realiza en todas las lesiones pulmonares, pero no es posible en las periféricas, este examen proporciona diagnóstico histológico positivo cuando la neoplasia se localiza central o por invasión central.³⁹

En el citodiagnóstico se pueden lograr resultados positivos en un 70-90% en tumores pulmonares. Este procedimiento se logra por medio del esputo bronquial aspirado o cepillado bronquial con guía controlable y si las muestras son adecuadas, se logra obtención de células tumorales, aunque el tumor no sea visible y aunque no den resultados positivos, no se descarta carcinoma broncogénico tanto en fase tumoral manifiesta con oculta broncoscopia. También se incluye examen de esputo por técnica de Papanicolau, se ha observado que los exámenes de esputo posteriores a la broncoscopia dan resultados de mayor positividad, en este procedimiento se puede valorar extensión tumoral e información para la cirugía para poder llevar a cabo ensanchamiento de

38 Ibidem. pp. 74

39 Shart. Patología Quirúrgica. pp.529

carina, invasión mediastínica, signos de compresión extrínseca, en esta técnica se utilizan broncoscopio rígido en lesiones centrales y el flexible para segmentos más periféricos.⁴⁰

Mediastinoscopía: Este procedimiento sirve como prueba diagnóstica de operabilidad en carcinoma broncogénico, sin recurrir a la toracotomía, por medio de ésta se obtiene tejido intratorácico en estudio microscópico, se lleva a cabo por resección a partir de segundo cartílago costal en otras es por incisión cervical en dirección descendente a lo largo de fascia paratraqueal.⁴¹

Laparoscopía: Por lo general se indica en carcinoma anaplásico de células pequeñas, siendo positivo de 10-15%, unida a esto, se agrega hepatomegalia sospechosa.

Los exámenes de laboratorio: se deben llevar a cabo para descartar la frecuente asociación entre neoplasias pulmonares y síndromes disendócrinos paraneoplásicos, y los estudios que se realizan son: niveles de ADH, ACTH, Hormona paratiroidea, gonadotropinas coriónicas, etc.

Punción pleural y pericárdica: es de confiabilidad en tumor primitivo como metastásicos, se maneja escrupulosidad en toma de líquido y tratamiento de la muestra que oscila en 30-80% de exámenes citológicos positivos.⁴²

40 Ibidem. pp.516

41 Shart/ OP.cit. pp. 532

42 Ibidem. pp. 517

.Biopsia de Aguja Percutánea: Se lleva a cabo bajo control fluoroscópico en lesiones periféricas, aunque existe riesgo de sembrar células tumorales en el trayecto que lleva la aguja, si no lo hace un personal experto.

Biopsia de ganglios escalénicos: Esta técnica se lleva a cabo de rutina, como prueba de operabilidad y si ésta es positiva para células metastásicas en este caso la toractotomía está contraindicada.

Biopsia de médula ósea: este procedimiento es necesario ante cualquier otro procedimiento y en particular a pacientes con cáncer de células de avena, siendo positivo en un 50% en este tipo de cáncer al momento del diagnóstico, contrastando en 20% de positividad en otros tipos histológicos.⁴³

Biopsia diagnóstica de pulmón: Esta se practica con el fin de tomar muestra de tejido afectado, por medio de una pequeña incisión intercostal anterior, jalando el borde de un lóbulo pulmonar.⁴⁴

Procedimientos Diagnósticos con Isotopos Radiactivos: Se utilizan en angiogramas en la detección de obstrucción de vena cava superior, midiendo flujo sanguíneo pulmonar.

43 Ibidem. pp.75

44 Ibidem. pp.75,521,529,532

Diagnóstico diferencial: Por lo regular este se debe hacer en todo tipo de tumores malignos o benignos. Tumores benignos: fibromas, lipomas, neurofibromas, leiomiomas adenomas aunque no precisamente ocasionen obstrucción bronquial, y para descartarse se hace por medio de exámenes instrumentales.

Neoplasias primitivas: Pulmonares no carcinomatosas, son raros y por lo regular son (condrosarcomas de cartílago bronquial), carcinosarcomas, osteosarcomas y hemangiopericitomas.

Abscesos Pulmonares: Se lleva a cabo el diagnóstico diferencial, apoyándose en datos radiográficos y broncoscópicos.⁴⁵

METODOS DE TRATAMIENTO.

Los métodos de tratamiento se supeditan a la localización de metástasis, estado general del paciente y reserva respiratoria.

Generalmente el tratamiento consiste en varias modalidades siendo el objetivo principal el logro de óptima combinación de los tratamientos que existen y que se llevan a ca-

⁴⁵ Ibidem. pp. 75

bo casi siempre en todos los padecimientos de este tipo. Entre ellos se encuentra la cirugía, con sus diferentes procedimientos quirúrgicos, según el caso a tratar, otros son la radioterapia, así como quimioterapia e inmunoterapia.

CIRUGIA:

Esta puede ser el tratamiento de elección en carcinomas localizados y resecables, mientras que en células avendoides, no es posible, en la terapéutica operatoria se realizan; lobectomía, neumonectomía, bioblectomía, resección segmentaria, Sleeve resection o resección segmentaria de un bronquio principal con reconstrucción segmentaria de continuidad traqueobronquial.⁴⁶

CLASIFICACION POR ETAPAS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

Por la vía de resección quirúrgica existe posibilidad de curación de todos los tumores, con la excepción de tumores de células pequeñas, la que se trata por otro medio. La resección se puede preveer sólo en forma parcial dependiendo de la etapa y clasificación TNM, aunque por lo general todos los pacientes con enfermedad de etapa 1 se someten a resección, con la condición de tolerar la cirugía, considerando que no se podrá extirpar el tumor en los pacientes con metástasis a distancia (M1) o invasión de estructuras adyacentes. (T1)

46 Ibidem. pp.75,521,529,532.

Cirugía para complicaciones: La cirugía en general no se utiliza en control de metástasis de lesiones pulmonares primarias, y rara vez se practica decortización pleural para control de los derrames pleurales malignos.⁴⁷

Resección Pulmonar: Se realiza por medio de incisión postero lateral con manipulación de la escápula (hacia) arriba cuando está afectado lóbulo superior, resección a 5a. ó 6a. costilla o con incisión en quinto espacio intercostal, y cuando se lleva a cabo una lobectomía del lóbulo inferior.⁴⁸

Otra opción es la resección en bloque del parénquima pulmonar y pared torácica afectada. También se llega a practicar la cirugía de tipo paliativo, aún en cánceres incurables con el fin de mitigar el dolor, también en grandes tumores fungosos y ulcérativos e inoperables se realiza esta cirugía, en primarios o recurrentes aún cuando la neoplasia haya metastatizado se hace con el fin de alivio al dolor y olor que despiden.

En casos que se hace necesario, se reserva la neurocirugía con el motivo de efectos paliativos, llegando a realizarse rizotomía craneal, simpactectomía, cordotomía y cirugía esterotáxicas.⁴⁹

47 Laurence y Homayoun. Neumología, pp. 294

48 Ibidem. pp.532

49 Publicación de Medicina Aplicada. Medicina de Posgrado. Vol.1 No.12, Año 1973, pp.14-51

Radioterapia: Esta mejora los síntomas dolorosos, desarrollo tumoral y toxicidad, acrecentando mejoría al estado general.

En otras situaciones en que beneficia la represión o cicatrización de ulceraciones, control parcial o total de hemorragia, supresión de tos y disnea, retardo en aparición de metástasis localizadas y generalizadas, así como sobrevida. En este breve contexto se enumera diversos manejos terapéuticos de radioterapia como son: radioterapia definitiva que es útil en cáncer de pulmón intratorácico e irresecable, aunque no mejora resultados a largo plazo, siendo rara vez indicado para tumores resecables, en otras ocasiones el tratamiento es de curso interrumpido ya que mejora con control local y tolerancia, ésta aplicación de radio se da en dos cursos con intervalo de 2-3 semanas de descanso entre cada curso.

La radioterapia postoperatoria se utiliza en tratamiento de tumor residual de pleura, o ganglios mediastinales positivos. Cabe comentar que la dosis tumoral óptima, el fraccionamiento y arreglo de campos de tratamiento están en periodo de investigación, así también la administración de dosis altas requeridas en forma homogénea se encuentran limitada a la tolerancia de tejidos normales circundantes (corazón, médula espinal, pulmón, etc.), tamaño y extensión

del tumor primario y por aumento de transmisión del pulmón a radiación (15-20%) dependiente de la energía de supervoltaje utilizada.

Radioterapia Paliativa: El objetivo principal de esta radiolterapia es calmar la sintomatología más severa como es obsltrucción de venas mayores, tos dolorosa y compresión esofálgica.

Con este método se benefician las metástasis a cerebro y huesos aunque no es lo mismo para las hepáticas y del pulmón opuesto al afectado.⁵⁰

En los esquemas comunes de tratamiento se administran 3,000 rads en dos semanas y con tratamientos de cursos divididos administrando 2,000 rads en una semana con repetición del esquema y descanso de 2-3 semanas. Se utilizan también la irradiación de medio cuerpo en caso de diseminación genelralizada, administrándose bajas dosis; desde 40 rads por minuto hasta 800 rads en un sólo tratamiento, consiguiéndolse atenuar el dolor.

En la paliación efectiva se puede prolongar durante el corlto límite de sobrevida del paciente (75-80%), siendo raro repetir este curso de radiación en zonas ya irradiadas.

50 Universidad de Rochester. Op.cit. pp. 77-78

Quimioterapia: Esta se utiliza frecuentemente aunque la mono y poli quimioterapia sólo ha reportado un mínimo progreso en presencia de carcinoma de células pequeñas teniéndose respuesta y remisiones parciales y totales. La quimioterapia se ha restringido a casos con enfermedad progresiva aunque sea recurrente o metastásica en estadios III y IV, teniendo eco este tratamiento en pacientes inoperables no controlados con la radioterapia.

Con el uso de quimioterapia se ha logrado prolongar sobrevida libre de recaídas en pacientes que no respondieron a ésta, aunque sin aumento de sobrevida en sí. La gama de medicamentos antineoplásicos es muy variada, y su efecto también aunque con pobre sobrevida para los pacientes, entre estos se encuentran la ciclofosfamida que se considera como el mejor agente monoquimioterapéutico.

Procarbazina de 20-25% en carcinoma de células pequeñas, epidermoide y adenocarcinoma, y que ha producido remisiones objetivas.

Metotrexate que actúa más efectivamente en carcinoma epidermoide.

Adriamicina y vinblastina, que dan respuestas ocasionales siendo utilizadas en combinación con los ya mencionados.

Bleomicina, en este medicamento se ha observado escasa toxicidad hematológica y efectividad en carcinoma epidermoides de cabeza y cuello.

Ciclofosfamida, este es uno de los agentes más utilizados, teniendo repercusiones objetivas.⁵¹

En el caso de carcinoma anaplásico de células en semilla de avena, la quimioterapia es aceptada en general para todos los estadios, aunque la regresión completa en raras ocasiones es signo de curación. En este tipo de carcinoma casi en su totalidad, todos los agentes quimioterapéuticos actúan en él, y la poliquimioterapia se maneja de manera que se combinen de 2-5 drogas, pero la toxicidad aumenta en progresión al índice de respuestas.

Se debe determinar la combinación radioquimioterapéutica ideal y así mantener remisión lograda.⁵²

Terapéutica Sintomática: Esta se lleva a cabo por medio de analgésicos; por vía sistémica pudiendo controlarse de manera individual, con uso de analgésicos menos potentes, no narcóticos, tranquilizantes e hipnóticos, y en casos graves de dolor se utilizan derivados de opio.

Inmunoterapia: Actualmente se utiliza la inmunoestimulación

51 Ibidem. pp.78

52 Ibidem. pp.78-79

combinada con otras modalidades de tratamiento en estadios avanzados. Se emplea en esta terapéutica ordinariamente, la BCG y C Parvum, aunque se están llevando continuamente numerosas investigaciones al respecto.

Las técnicas psicológicas con fines de alivio al dolor (paliativas), en cáncer se hacen por medio de hipnosis, técnicas de autorrelajación y otros medios cognoscitivos del dolor.⁵³

1.5 MANEJO PSICOLOGICO DEL PACIENTE CON CANCER PULMONAR.

El cáncer desde cualquier punto de vista se ha definido como una enfermedad o condición anormal dentro del organismo que afecta a una o varias funciones de uno o más órganos.

Las reacciones emocionales son de tal magnitud como personalidad en cada sujeto, así se explica la variabilidad de un sujeto a otro, agregado a lo anterior el tratamiento a que se ve sometido el paciente afecta de manera muy especial el área psicológica y prácticamente a partir de diagnosticarles que padecen de cáncer, su vida es un constante stress, y su temor y angustia no encuentran un escape. Aunque la utilización de mecanismos de defensa varían en grado y efectividad para cada individuo, todo es dependiente de sus ventajas psicosociales para manejar su situación.⁵⁴

Si se atacaran directamente estas ventajas psicosociales se correría el riesgo de exponer al paciente a la destrucción y ocasionarle descompensación pulmonar y muerte.

Visto cómo el cáncer ataca el área efectiva que controla al área psicológica, se plantean dos problemas graves: uno es que el hombre difícilmente se adapte a una enfermedad grave o mortal y el otro es que se maneje como una afección mítica de la cual no es fácil plantearle.

54 Montaña Ma.Elena. Factores Psicodinámicos en el Cáncer.
pp. 54

Kosen, apoyándose en estudios hechos por él, aporta que hay significativa disminución en la capacidad de descarga emocional y tendencia a ocultar dificultades emocionales.⁵⁵

Otro investigador, Collac menciona que cualquiera que sea el rol que juega el tabaquismo asociado a tuberculosis y cáncer, no es el factor principal para que se desarrolle cáncer y por lo tanto el padecimiento sí está asociado a factores psicológicos.⁵⁶

En el período de diagnóstico el paciente tiene respuestas emocionales de esperanza, pero cuando se entera de su problemática (cáncer), su respuesta es de sorpresa, incredulidad, negación, enojo y depresión, pudiendo presentar anorexia e insomnio temporal, otros pacientes manejan esta situación desenterrando sentimientos de culpa, inferioridad, miedo a morir aunque esto último despierta sentimientos de soledad, separación de la familia, amigos, pérdida de imagen corporal, pérdida de trabajo, etc. En resumen el paciente cree perdida la estimación de sí mismo y se considera vulnerable a la condena y aislamiento de los demás.

La panorámica que ofrece esta patología, implica considerar al paciente y a su núcleo familiar como unidad dinámica que se puede comparar con una flecha de dos puntas, con

55 Lesana Blanca. Carac.Psicológicas en Pac.de Ca Broncógeno pp.54

56 Rocha Ana Ma.Actitud Emocional en DX de cáncer. pp.15

fuerzas favorables y desfavorables que están fluyendo constantemente en ambas direcciones, así el cáncer puede afectar éstas fuerzas y curso de la enfermedad, ante la situación del paciente presenta angustia abrumadora tanto en él como para la familia.⁵⁷

En la evolución clínica de esta patología el paciente adopta situaciones emocionales que van desde las mínimas hasta las más severas, aunque ésta parte de la mecánica de defensa del ego que en parte se consideran normales. Uno de los métodos clínicos que se consideran de posible cura, es el hecho del diagnóstico a tiempo y designación del tratamiento en este proceso morboso ya sea la radioterapia, quimioterapia u otro, y si hay necesidad de resección de un miembro, aún así el paciente lo puede tolerar en su gran mayoría ante la perspectiva de curabilidad y de llegar a ser probable ésta, se consideran de 5 años o más, aunque generalmente se presenta regresión de su sintomatología, también hay reacciones de desajuste en pacientes curados pero que permanecen incapacitados psicológicamente por el temor, y les impide incorporarse a la normalidad.⁵⁸

En la terapéutica del paciente actúan mecanismos psicológicos complejos que indudablemente influyen en la administración adecuada de la terapia contra el cáncer.

57 Rocha Ana Ma. Op.cit. pp.22

58 Montaña Ma.Elena. Op.cit. pp. 54,59,61-65

En la práctica y manejo del paciente canceroso, se han identificado como características generales:

- Negación y represión
- Autoconciencia y capacidad introspectiva alterada
- Pobre salida a las descargas emocionales
- Mínima expresión de la agresión
- Autosacrificio y autoreproche
- Rigidez y autoconvencionalismo
- Orientación realista
- Predisposición hacia desesperanza y desesperación⁵⁹

La cirugía se considera uno de los medios radicales más efectivos en la lucha contra el cáncer. Ante esta perspectiva el paciente adopta actitudes de angustia y si la información que tiene no es la adecuada, desvirtúa el propósito de la terapéutica y si además el paciente es incompetente para manejar su relación con los demás y confiar en él mismo, tal angustia puede producirle pánico. Las reacciones del paciente, posteriores a la cirugía, varías pero las más marcadas aunque presentes en unos en forma mínima y en otros más severa son: regresión, angustia, depresión y como parte de lo anterior surgen sentimientos de hostilidad consciente o inconsciente, reacciones hipocondríacas asociadas a graves reacciones depresivas y sentimientos paranoides. Otra acti

tud es presentar negación vigorosa con comportamiento jactancioso como intento de rebatir la realidad, que en términos técnicos se considera contrafóbica, estos pacientes intentan negar su pérdida por medio de fuerza de voluntad, como contrataque a su angustia, presentan ánimo decidido y entusiasta que rebasa en exaltación ocasional, pues pretenden encubrir su realidad.⁶⁰

Es común observar reacciones obsesivo compulsivas en algunos pacientes cancerosos y son muy raros los casos que presentan esquizofrenia aguda que por lo general es transitoria.

En el tratamiento radioterapéutico los pacientes interpretan esta modalidad como secundaria ante lo irremediable de su situación ya que la cirugía no logró curar el cáncer, como recurso paliativo que es, lo consideran signo de cáncer avanzado e inoperable, en otras ocasiones lo juzgan como causa grave de inducción al cáncer, su estado de alerta está bastante alterado y sufren stress antes del tratamiento y otros lo manifiestan posteriormente.

El tratamiento quimioterápico ocasiona en algunos pacientes molestias que se asocian a efectos colaterales, pudiendo durar cierto tiempo con síntomas y signos transitorios; náuseas, vómito, efectos en SNC, fatiga, debilidad, alopecia, que

60 Idem. pp. 33-34

ocasionan trastornos en el trabajo, o quehaceres que tengan destinados, aunque las náuseas y vómitos son muy significativas durante el tratamiento, con ciertos agentes terapéuticos (cytixan, adriamicina, régimen con MOPP, compuestos de platino y actinomicina, derivados de nitrosaura), por toda la gama tan variada de signos y síntomas el paciente teme quedar afectado psicológicamente y presenta ansiedad que se controla por medios psicoterapéuticos.

Efectos Neurotóxicos. Aunque varias drogas ocasionan efectos colaterales que afectan al sistema nervioso central y periférico que ocasionan signos y síntomas neurológicos, el paciente manifiesta sosobra a que estos se presenten de manera irreversible. Otro signo que se considera antiestético es la alopecia que se manifiesta en este tipo de tratamiento, y el paciente se encuentra estresado sintiéndose ridículo y avergonzado ante lo imposible de esta situación pasajera.

Efectos psicológicos del enfermo durante aplicación de Inmunoterapia: El paciente no se adapta tan fácilmente a la situación porque las molestias son múltiples y continuas, por la aplicación de inyecciones intradérmicas, que resultan muy dolorosas y extensas y el paciente se irrita por lo largo del tratamiento.⁶¹

Efectos Psicológicos del paciente en el medio ambiente artificial (aislamiento). En esta situación el paciente por lo regular lo tolera en su mayoría, estos métodos se llevan a cabo con el fin de preservarlo de infecciones que pueden sumarse al padecimiento, ya que su aparato inmunológico se encuentra deprimido, algunos pacientes se quejan de soledad y alejamiento de los que lo rodean.⁶²

En las variantes que se observan en los pacientes es el hecho en que se apoyan, tomando como base la información recibida, educación y strato social asimismo en ese nivel serán sus ventajas o desventajas para percibir su padecimiento (variantes con amenaza a su integridad).⁶³

Los pacientes cancerosos mantienen cierta orientación práctica y realista de la vida a pesar del desarrollo severamente imperfecto de otras partes del ego, en el cual se puede acompañar de adopción de estilos de vida estereotipados y conformistas sin creatividad o adecuada expresión de él mismo, con toda esta sucesión de conductas el paciente cae en agotamiento físico y descompensación emocional.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS:

- Malas relaciones con figuras autoritarias
- Pasividad

62 Ibidem. pp.78

63 Rocha Ana Ma. Op.cit. pp. 34

- Inseguridad
- Metas positivas a corto y largo plazo
- Pensamiento mágico
- Pobre salida para descarga emocional
- Mecanismos de negación
- Represión de necesidad de afecto
- Sentimientos de soledad
- Depresión

2. HISTORIA NATURAL DEL CANCER BRONCOGENICO

CONCEPTO:

Neoplasia maligna originada en células basales totipotenciales del epitelio bronquial.

FACTORES DEL AGENTE:

Como factores precipitantes:

Inhalación del humo del tabaco

Contaminación atmosférica

Exposición industrial

Padecimientos asociados

FACTORES DEL HUESPED:

Edad: Con mayor incidencia entre sexta y séptima década de la vida entre sujetos con alto riesgo.

Sexo: de mayor predominio en el sexo masculino con una diferencia de 2.4: 3.

Hábitos: Tabaquismo prolongado y consecutivo, entre otros (opio, cigarrillos, etc.)

Estado Previo de Salud: tuberculosis, fibrosis intersticial, bronquiectasias, formación de abscesos, enfermedad obstructiva crónica, etc.

Herencia: antecedentes genéticos

Factores individuales: Respuesta inmunológica del individuo.

Ocupación: exposición y manejo de materiales carcinógenos.

FACTORES DEL AMBIENTE:

Zonas urbanas con mayor contaminación ambiental que en las zonas rurales.

Industrias

Características de la habitación (ventilación)

Accesibilidad y características a la atención médica (diagnóstico temprano y tratamiento de lesiones precancerosas.

PERIODO PREPATOGENICO:

PREVENCION PRIMARIA:

Promoción de la salud:

Promoción en la comunidad sobre tabaquismo y sus efectos.

Educación y promoción en la industria sobre precaución, equipo y manejo de sustancias cancerígenas.

Promoción y alternativas sobre la contaminación ambiental.

Promover en el agro la reforestación como medida de mejora en el saneamiento ambiental.

Educación nutricional y fomento de hábitos que mejoren la sa
lud.

Atención y control médico oportuno en padecimientos factibles de riesgo oncógeno.

Detección y canalización de sujetos de alto riesgo.

PREVENCION PATOGENICA:

PREVENCION SECUNDARIA:

Diagnóstico oportuno

Historia Clínica detallada

Examen físico completo

Examen radiológico

Citodiagnóstico

Procedimientos quirúrgicos diagnósticos

Exámenes de laboratorio

Broncoscopia diagnóstica

Diagnóstico diferencial

Protección específica:

Abstención en el fumar

Descentralización de industrias contaminantes

Control y desuso de autos contaminantes

Impedimento en tala de grandes áreas arboladas cercana a zonas urbanas.

Mantener vigilancia en que se lleve a cabo medidas de precaución y equipo en la industria (asbesto, pinturas, etc.)

PREVENCION TERCIARIA:

Limitación del daño

Cirugía

Inmunoterapia

Radioterapia

Quimioterapia

Hiperalimentación como parte de tratamiento de sostén.

Terapia psicológica de apoyo

Quimioterapia paliativa

Cirugía paliativa

Tratamiento de padecimientos intercurrentes asociados

Rehabilitación:

Control y chequeo médico periódico

Estimular alimentación adecuada

Psicoterapia individual y familiar

Fomento de incorporación a la actividad en lo posible.

3. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre: Juvencia Meza Salazar. Servicio. Pabellón # 3. INER

Núm. de cama: 309. Fecha de Ingreso: 7-VIIII-86

Edad: 62 años. Estado civil: Casada. Ocupación: Hogar.

Escolaridad: analfabeta. Religión: Católica

Nacionalidad: Mexicana. Lugar de Procedencia: Milpa Alta

Domicilio: Río de Janeiro #2 Barrio de San Juan.

Perfil del paciente.

Ambiente Físico

Habitación: No se encuentra bien iluminada, sirve de recámara y de cocina, con deficiente ventilación por tener una ventana bastante chica y duermen varios individuos en ésta. La propiedad es por aporte familiar. De construcción tipo mampostería que incluye dos habitaciones: una como ya se mencionó y la otra pequeña que sirve de baño.

Menciona no tener animales dentro de la habitación.

Servicios Sanitarios.

Agua: si la tienen aunque la toma se encuentra en el patio.

Control de basuras: la queman en bolsas

Eliminación de desechos: cuenta con drenaje

Pavimentación: no la hay

Vías de Comunicación: No hay teléfonos públicos.

Medios de transporte: Cuentan con servicio de camión y peseros aunque pasan muy lejos.

Recursos para la salud: se encuentra un centro comunitario aunque retirado.

HABITOS HIGIENICOS:

Aseo: Se baña cada tercer día, con lavado de manos posterior a la defecación y antes de comer, la limpieza bucal la hace dos veces al día.

Alimentación: El desayuno se hace entre 8 y 9 hrs., ingiriendo café o thé con una pieza de pan.

La comida se hace de 16 a 16:30 hrs. con ingesta de frijoles quelites, hongos de maguey u otras verduras que se suplen cada día, comiendo carne sólo una vez a la semana, sopa.

La cena es entre 17 y 20 hrs. con ingesta de frijoles o los sobrantes de la comida y café.

Aunque la paciente refiere que prefiere, frijoles y salsa, con desagrado del pollo e intolerancia al huevo y leche.

Eliminación: la vesical es tres veces al día y de color café

oscuro. La intestinal es de dos ocasiones una por la mañana y otra por la noche.

Descanso: Duerme de 21 hrs. a 7 hrs. aunque despierta por lo regular en dos ocasiones.

Diversión y/o deportes: Unicamente los domingos en que acude a la iglesia y al centro del pueblo.

Estudio y/o trabajo: Unicamente se dedica al hogar.

COMPOSICION FAMILIAR.

La madre con 62 años y ocupación en el hogar sin participación económica.

El padre de 52 años y ocupación campesino, con trabajo eventual.

Hijo de 32 años y ocupación campesina y aporta muy eventualmente dinero.

Hijo de 22 años también campesino y eventualmente ayuda económicamente.

Hijo de 18 años siendo campesino e igualmente que los anteriores es mínima su ayuda económica.

Hija de 17 años que trabaja y si aporta entradas económicas al hogar aunque es mínimo su sueldo.

Dinámica Familiar: Se reúnen los domingos generalmente los que viven con la paciente, siendo muy raro que los otros familiares se reúnan en su totalidad.

Dinámica Social: Su relación vecinal es bastante buena aunque no los frecuenta.

Comportamiento: La conducta de sus hijos por ser muy irresponsables, sólo ocasionan problemas.

Rutina Cotidiana: Se levanta y desayuna, posteriormente prepara el almuerzo, después lava y barre, surce la ropa y prepara la cena, así como sirve esta, descansa un poco, lava los trastes de la cena y después se acuesta a dormir.

PROBLEMA ACTUAL:

Acude al médico por presentar dolor quemante y consecutivo en tórax parte posterior, cabeza sintiéndose muy decaída.

Antecedentes personales patológicos. Enfermedades propias de la niñez (sarampión, viruela, etc.) aunque anterior a su internamiento (5 años), presentaba gripas muy seguidas.

Antecedentes familiares patológicos: no recuerda antecedentes patológicos en su familia.

Comentario acerca del padecimiento actual. Refiere ser hipertensa, también ignora el padecimiento que la aqueja actualmente ya que no se lo han informado.

Participación de la paciente y familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Unicamente la paciente es miembro activo en su padecimiento pues la familia poco la frecuenta. En esta unidad hospitalaria.

EXPLORACION FISICA.

Inspección. Aspecto físico: paciente femenina que durante la inspección se observa aparentemente normal, ligeramente pálida, con pterigiión bilateral y de complexión media.

Aspecto emocional: se encuentra decaída y triste.

Palpación: se palpan ganglios ligeramente aumentados de tamaño en cuello.

Su peso es de 78 Kg. con 160 metros de talla.

Problemas detectados:

-Dolor craneoencefálico

-Dolor en cuello

-Náuseas

-Vómito (una ocasión) abundante y con residuos alimenticios.

-Anorexia

-Adinamia

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente femenina, que a la observación presenta edad cronológica igual a la referida, ligeramente pálida con pterigi_on bilateral, de complexión media que refiere cefalea, náuseas, vómito y anorexia.

4. PLAN DE ATENCION DIARIA

VARIABLE PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Presencia de vómito y expulsión de contenido gástrico a - bundante con residuos alimenticios.	La enfermera evaluará y reportará características del vómito, así como mantendrá cerca un riñón para residuos y favorecerá el aseo bucal proporcionando lo necesario para ello, además se ministró antiemético.	Se observó que la paciente durante el turno mejoró su cuadro de vómito y únicamente tuvo una expulsión por boca.
Cefalea persistente en intensidad y duración con irradiación al cuello.	La enfermera propiciará la relación paciente-enfermera brindando confianza y dando bienestar al paciente. Proporcionando alivio al dolor principalmente ministrando analgésicos y medicamentos sedantes en estos casos, además se favorecerá la relajación por un ambiente agradable y se proporcionará baño tibio de regadera asistido, con cambio de ropa de cama y personal, también se proporciona masaje en cráneo y cuello.	La paciente al término del turno se encontraba somnolienta y próxima al sueño y refiere una gran disminución en el dolor.
Se verifica elevación en la tensión arterial encontrándose por arriba de parámetros normales de 150/90.	La enfermera checará cuantas veces sea necesario los signos vitales y así valorar el estado del paciente, además de reportarlo inmediatamente y si hay prescripción médica se ministrarán antihipertensivos.	La paciente fue checada por el médico de guardia y se tranquilizó aunque la hipertensión persistió.
Presenta reflejo nauseoso con tendencia al vómito.	La enfermera contrarrestará este signo proporcionando medicación y dieta líquida o blanda según indicaciones y presentación agradable de alimentos.	La paciente al ser controlada del vómito refiere que las náuseas van desapareciendo y se observó mejoría.
Rehusa la alimentación y refiere repulsión a los mismos.	La enfermera se esforzará en proporcionar dieta adecuada y presentable además insistirá en que la ingesta sea mayor haciendo la labor de convencimiento.	No mejoró gran cosa su apetito, pero se logró una ingesta regular en los líquidos.
La paciente da muestras claras de debilidad y propensión a las caídas con movimientos pasivos.	La enfermera tomará en cuenta el aparato locomotor y proporcionará fisioterapia al paciente con movimientos más activos y de ambulación asistida si está indicado.	La paciente permanece en cama por sentir temor a la deambulacion pero acepta la fisioterapia.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
 PACIENTE CON CANCER BRONCOGENICO

PRIMERA FASE: RECOLECCION DE DATOS

Nombre: J.M.S. Edad: 62 años Estado Civil: Casada
 Escolaridad: Analfabeta Núm.de Expediente: 864438
 Procedencia:D.F. Ocupación: Hogar Servicio: Pab.Núm. 3
 Núm.de Cama: 309 Diagnóstico Médico: Adenocarcinoma poco
 diferenciado.
 Fecha Ingreso: 7-VIII-86 Fecha Aplicación del Plan: 16-VIII-86.

SIGNOS VITALES	ESTADO DE CONCIENCIA	ESTADO PSICOLOGICO
Temperatura 36.2°C	Alerta <u>X</u>	Eufórico _____
Pulso 80	Somnoliento _____	Irritable _____
Respiración 22	Estupor _____	Deprimido _____
T.Arterial 150/90	Coma _____	Estable <u>X</u>
	ACTIVIDAD MOTORA:	CAMPOS PULMONARES
	SI <u>X</u> NO _____	Hiperventilado _____
		Hipoventilado <u>X</u>
		Normal _____

MANIFESTACIONES POR PROCESO METASTASICO A PULMON:

TOS: Crónica () Aislada (X) Cambiante()	ELIMINACION INTESTI NAL
DISFONIA ()	Estreñimiento _____
PERDIDA DE PESO ()	Diarrea _____
DOLOR TORACICO ()	Incontinencia _____
DISNEA ()	Normal <u>X</u>
CEFALEA ()	Otros _____
HEMOPTISIS:	DIURESIS DURANTE EL TURNO:
Franca () Con estriás () Herrumbosa ()	Cantidad <u>2 500 ml.</u>
DISFAGIA ()	Características:
ESTERTOR ()	<u>Clara ámbar.</u>
PARALISIS DE CUERDAS VOCALES ()	CONDICION DE LA PIEL
VOMITO ()	Desaseo _____
NAUSEAS ()	Herida Q. _____
TUMEFACCION DE CUELLO Y CARA (X)	Ulceras por presión
ESPUTO:	<u>Normal</u>
Mucoide (X) Purulento () Hemóptico ()	Dermatitis: _____
HIPERTENSION ()	Normal
FIEBRE ()	ESPECIFICACION DE OTROS PROBLEMAS OB- SERVADOS EN EL PA - CIENTE.
BRONQUIECTASIAS ()	
INFARTO PULMONAR ()	
NEUMONITIS ()	
ALOPESIA ()	
DEDOS HIPOCRATICOS ()	
ASTENIA ()	
ADINAMIA ()	
AFONIA ()	Deprimida

SOLUCIONES PARENTERALES Y MEDICAMENTOS MINIS-
 TRADOS EN EL TURNO:

HORA	TIPO	VIA	DOSIS
10 Hrs.	Dipirona	V.O.	5 mg
12 Hrs.	Ventolin	V.O.	200 mg
12 Hrs.	Adalat	V.O.	10 mg
14 Hrs.	Hidroclorotiazida	V.O.	500 mg

ALIMENTACION:	HORA	TIPO	CANTIDAD
Desayuno	09:30Hrs.		800 ml
Comida	14:00Hrs.	Hiposódica	500 ml

T O T A L 1300 ml

PLAN DE ATENCION DIARIO

16-VIII-86

VARIABLE PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Se presenta tos <u>ais</u> lada aunque es mo - lesta y con escozor en zona palatina, además de expectora <u>ci</u> ción.	La enfermera tomará como <u>re</u> ferencia las característi- cas tusígenas y administra- rá inhalaciones térmicas y así fluidificar y facilitar las secreciones, además de ministrar medicamentos anti tusígenos.	La paciente re- fiere que la <u>ex</u> pectoración es más viable y <u>re</u> fiere alivio en el acto tusíge- no.
Hay molestia en <u>cue</u> llo y la zona es <u>do</u> lorosa aún en la palpación.	Se le da charla educativa a la paciente para hacerla partícipe en el masaje que puede darse en cuello, así como proporcionárselo en <u>al</u> gún momento. Además de mi- nistración de analgésicos.	La paciente <u>men</u> ciona que el <u>do</u> lor es menos a- tenuante aunque persiste.
Expectoración <u>hiali</u> na abundante.	Se proporciona riñón y se educa sobre los inconvenien- tes de expectorar en el pi- so.	Se observa que la paciente es más cuidadosa en el manejo del recipiente y aún mejor es que lo mantiene limpio.
Hay necesidad de afecto y se siente deprimida, refiere soledad.	La enfermera proporcionará comprensión y escuchará pa- cientemente para brindar a- poyo psicológico y evaluará los momentos emocionales por los que pasa y las re - percusiones en su estado de salud.	La paciente se muestra más ac- cesible y <u>coope</u> rativa y además acepta la <u>infor</u> mación que se le brinda

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
PACIENTE CON CANCER BRONCOGENICO

PRIMERA FASE: RECOLECCION DE DATOS

Nombre: J.M.S. Edad: 62 años Estado Civil: Casada
Escolaridad: Analfabeta Número de Expediente: 864438
Procedencia: D.F. Ocupación: Hogar Servicio: Pab.Nú. 3
Núm.de Cama: 309 Diagnóstico Médico: Adenocarcinoma poco
diferenciado.

Fecha Ingreso: 7-VIII-86 Fecha Aplicación del Plan: 17-VIII-86.

SIGNOS VITALES	ESTADO DE CONCIENCIA	ESTADO PSICOLOGICO
Temperatura 36°C	Alerta <u> X </u>	Eufórico <u> </u>
Pulso 90	Somnoliento <u> </u>	Irritable <u> </u>
Respiración 28	Estupor <u> </u>	Deprimido <u> X </u>
T.Arterial 230/130	Coma <u> </u>	Estable <u> </u>
	ACTIVIDAD MOTORA	CAMPOS PULMONARES
	SI <u> X </u> NO <u> </u>	Hiperventilado <u> </u>
MANIFESTACIONES POR PROCESO METASTASICO		Hipoventilado <u> X </u>
A PULMON:		Normal <u> </u>
		ELIMINACION INTESTINAL
TOS: Crónica () Aislada () Cambiante ()		Estreñimiento <u> </u>
DISFONIA ()		Diarrea <u> </u>
PERDIDA DE PESO ()		Incontinencia <u> </u>
DOLOR TORACICO ()		Normal <u> X </u>
DISNEA ()		Otros <u> </u>
CEFALEA (X) Intensa		DIURESIS DURANTE EL
HEMOPTISIS:		TURNO
Franca () Con estrías () Herrumbosa ()		Cantidad <u> 3 000 ml. </u>
DISFAGIA ()		Características <u> ama- </u>
ESTERTOR ()		<u> rillo obscuro </u>
PARALISIS DE CUERDAS VOCALES ()		CONDICION DE LA PIEL
VOMITO ()		Desaseo <u> </u>
NAUSEAS ()		Herida Q. <u> </u>
TUMEFACCION DE CUELLO Y CARA ()		Ulceras por presión:
ESPUTO:		<u> Normal </u>
Mucoide () Purulento () Hemoptóico (X)		Dermatitis: <u> </u>
HIPERTENSION (X)		Normal
FIEBRE ()		ESPECIFICACION DE OTROS
BRONQUIECTASIAS ()		PROBLEMAS OBSERVADOS EN
INFARTO PULMONAR ()		EL PACIENTE.
NEUMONITIS ()		
ALOPESIA ()		Flujo fétido por vía
DEDOS HIPOCRATICOS ()		vaginal.
ASTENIA ()		
ADINAMIA ()		
AFONIA ()		

SOLUCIONES PARENTERALES Y MEDICAMENTOS MI-
NISTRADOS EN EL TURNO

HORA	TIPO	VIA	DOSIS
10 Hrs.	Dipirona	V.O.	5 mg
12 Hrs.	Ventolin	V.O.	200 mg
12 Hrs.	Adalat	V.O.	10 mg
14 Hrs.	Hidroclorotiazida	V.O.	500 mg

ALIMENTACION:	HORA	TIPO	CANTIDAD
Desayuno	09:00Hrs		200 ml
Comida	14:00Hrs	Hiposódica	500 ml

T O T A L 700 ml

PLAN DE ATENCION DIARIO

17-VIII-86

VARIABLE PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Toma de signos vitales encontrando se alteración en la presión arterial.	En este tipo de padecimientos y además agregándose la hipertensión, es recomendable la toma de signos vitales por lo menos tres veces durante el turno, y la ministración de antihipertensivos para mejor control de la tensión arterial.	Se mantuvo bajo control los signos vitales, observándose que disminuye ligeramente la presión diastólica
Dolor persistente craneo encefálico (cefalea), que se manifiesta y produce irritabilidad.	La enfermera tendrá presente el estado en que se encuentra la paciente siendo amable y tolerante para inducirla a que coopere e ingiera el analgésico.	El dolor se irradica y la paciente se muestra cansada y somnolienta.
Se observa que hay expectoración hemoptoica.	La enfermera reportará las características del esputo y si es sanguinolenta o con estría únicamente la expectoración.	La paciente durante el turno sigue expectorando con estrías aunque ya reportada su sintomatología.
Hay presencia de flujo vaginal con mal olor y molestias.	La enfermera mantendrá limpia a la paciente con aseos vaginales o baño de regadera, además de cambio de ropa interior para disminuir el prurito y el mal olor y se reportará para que se indique la terapéutica a seguir.	Refiere la paciente sentirse más cómoda y el olor ya no se percibe tanto.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
 PACIENTE CON CANCER BRONCOGENICO

PRIMERA FASE: RECOLECCION DE DATOS

Nombre: J.M.S. Edad: 62 Años EstadoCivil: Casada
 Escolaridad: Analfabeta Núm.de Expediente: 864438
 Procedencia: D.F. Ocupación: Hogar Servicio: Pub. # 3
 Núm.de Cama: 309 Diagnóstico Médico: Adenocarcinoma poco
 diferenciado.

Fecha Ingreso: 7-VIII-86 Fecha Aplicación del Plan: 23-VIII-86.

SIGNOS VITALES	ESTADO DE CONCIENCIA	ESTADO PSICOLOGICO
Temperatura 36°C	Alerta <u>X</u>	Eufórico _____
Pulso 80	Somnoliento _____	Irritable _____
Respiración 20	Estupor _____	Deprimido _____
T.Arterial 110/70	Coma _____	Estable <u>X</u>

ACTIVIDAD MOTORA
 SI X NO _____

CAMPOS PULMONARES
 Hiperventilado _____
 Hipoventilado X
 Normal _____

MANIFESTACIONES POR PROCESO METASTASICO
 A PULMON:

TOS:
 Crónica () Aislada () Cambiante ()
 DISFONIA ()
 PERDIDA DE PESO ()
 DOLOR TORACICO (X)
 DISNEA ()
 CEFALEA ()
 HEMOPTISIS:
 Franca () Con estrías () Herrumbosa ()
 DISFAGIA ()
 ESTERTOR ()
 PARALISIS DE CUERDAS VOCALES ()
 VOMITO ()
 NAUSEAS ()
 TUMEFACCION DE CUELLO Y CARA ()
 ESPUTO:
 Mucoide (X) Purulento () Hemoptoico ()
 HIPERTENSION ()
 FIEBRE ()
 BRONQUIECTASIAS ()
 INFARTO PULMONAR ()
 NEUMONITIS ()
 ALOPESIA ()
 DEDOS HIPOCRATICOS ()
 ASTENIA ()
 ADINAMIA ()
 AFONIA ()

ELIMINACION INTESTINAL
 Estreñimiento _____
 Diarrea _____
 Incontinencia _____
 Normal X
 Otros _____

DIURESIS DURANTE EL
 TURNO
 Cantidad 3 000 ml.
 Características: lige-
 ramente hematórica

CONDICION DE LA PIEL
 Desaseo _____
 Herida Q. _____
 Ulceras por presión
Normal
 Dermatitis _____

Normal
 ESPECIFICACION DE OTROS
 PROBLEMAS OBSERVADOS
 EN EL PACIENTE.

Triste

SOLUCIONES PARENTERALES Y MEDICAMENTOS MI-
 NISTRADOS EN EL TURNO

HORA	TIPO	VIA	DOSIS
10 Hrs.	Dipirona	V.O.	5 mg
12 Hrs.	Ventolin	V.O.	200 mg
12 Hrs.	Adalat	V.O.	10 mg
14 Hrs.	Hidroclorotiazida	V.O.	500 mg
ALIMENTACION: HORA		TIPO	CANTIDAD
Desayuno	09:30 Hrs.	Normal	500 ml
Comida	14:00 Hrs.		600 ml
		TOTAL	1100 ml

PLAN DE ATENCION DIARIO

23-VIII-86

VARIABLE PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Dolor torácico en parte anteroposte _r ior.	La enfermera dará la posición más adecuada para proporcionar descanso en parte a su dolor, además de la ministración de analgésicos o drogas para este caso avanzado de cáncer.	La paciente refiere dolor en tórax aunque manifiesta sentir cierto alivio.
Expectoración mucosida abundante.	Se sigue con la terapéutica de inhalaciones térmicas y fisioterapia de puño percusión, además se insistirá en la ingesta de líquidos y aseo bucal.	La paciente no mejora en su cuadro pero refiere ser más fácil la salida de secreciones.
Tristeza que la por el olvido de su compañero.	La enfermera dentro de sus funciones tiene el papel de confidente y será discreta y respetuosa en lo que se le confíe, dando apoyo psicológico y además reforzará su autoestima.	La paciente se muestra confiada y la relación paciente enfermera es muy positiva ya que hay desahogo y queda tranquila.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
PACIENTE CON CANCER BRONCOGENICO

PRIMERA FASE: RECOLECCION DE DATOS

Nombre: J.M.S. Edad: 62 Años Estado Civil: Casada
Escolaridad: Analfabeta Número de Expediente: 864438
Procedencia: D.F. Ocupación: Hogar Servicio: Pab. Núm.3
Núm.de Cama: 309 Diagnóstico Médico: Adenocarcinoma poco
diferenciado.

Fecha Ingreso: 7-VIII-86 Fecha Aplicación del Plan: 24-VIII-86

SIGNOS VITALES	ESTADO DE CONCIENCIA	ESTADO PSICOLOGICO
Temperatura 36°C	Alerta _____	Eufórico _____
Pulso 74	Somnoliento _____	Irritable _____
Respiración 18	Estupor _____	Deprimido _____
T.Arterial 120/70	Coma _____	Estable _____ X
	Normal, tranquila	
	ACTIVIDAD MOTORA	CAMPOS PULMONARES
	SI <u>X</u> NO _____	Hiperventilado _____
MANIFESTACIONES POR PROCESO METASTASICO A PULMON:		Hipoventilado <u>X</u> _____
		Normal _____

TOS:	ELIMINACION INTESTINAL
Crónica() Aislada() Cambiante ()	Estreñimiento _____
DISFONIA ()	Diarrea _____
PERDIDA DE PESO ()	Incontinencia _____
DOLOR TORACICO (X)	Normal <u>X</u> _____
DISNEA ()	Otros _____
CEFALEA ()	DIURESIS DURANTE EL TURNO
HEMOPTISIS:	Cantidad <u>3 000 ml</u>
Franca() Con estrías() Herrumbosa ()	Características _____
DISFAGIA ()	<u>Amarillo turbio</u>
ESTERTOR ()	CONDICION DE LA PIEL
PARALISIS DE CUERDAS VOCALES ()	Desaseo _____
VOMITO ()	Herida Q. _____
NAUSEAS ()	Ulceras por presión
TUMEFACCION DE CUELLO Y CARA ()	<u>normal</u>
ESPUTO:	Dermatitis _____
Mucoide () Purulento() Hemoptoico()	Normal _____
HIPERTENSION ()	ESPECIFICACION DE
FIEBRE ()	OTROS PROBLEMAS OBSER
BRONQUIECTASIA ()	VADOS EN EL PACIENTE.
INFARTO PULMONAR()	
NEUMONITIS ()	Flujo fétido, color
ALOPEZIA ()	blanco que se acompa
DEDOS HIPOCRATICOS ()	ña de escozor y ardor
ASTENIA ()	
ADINAMIA ()	
AFONIA ()	

Deprimida

SOLUCIONES PARENTERALES Y MEDICAMENTOS MI-
NISTRADOS EN EL TURNO

HORA	TIPO	VIA	DOSIS
10 Hrs.	Dipirona	V.O.	5 mg
12 Hrs.	Ventolin	V.O.	200 mg
12 Hrs.	Adalat	V.O.	10 mg
14 Hrs.	Hidroclorotiazida	V.O.	500 mg

ALIMENTACION:	HORA	TIPO	CANTIDAD
Desayuno	09:30 Hrs.	Normal	700 ml
Comida	14:00 Hrs.		600 ml
		TOTAL	1300 ml

PLAN DE ATENCION DIARIO

24-VIII-86

VARIABLE PROBLEMA

ACCIONES DE ENFERMERIA

EVALUACION

Dolor torácico anteroposterior

La enfermera será observadora y valorará si el dolor se irradia o está presente únicamente en cierta zona para hacer el reporte adecuadamente y no caiga en error, se ministrarán analgésicos u otro tipo de medicamento más potente según la intensidad y duración del dolor, atendiendo a las indicaciones.

La paciente refiere alivio al dolor aunque exterioriza temor a que éste se repita

Flujo con salida de secreción blanquecina, fétida y con escozor y ardor.

Se ministrará o se ayudará a la aplicación del medicamento por vía vaginal.

Se aplicó el medicamento aunque tuvo que mantenerse en cama para que éste hiciera efecto.

Depresión que es factible por períodos prolongados de silencio y llanto.

En todo caso de alteración emocional la enfermera agotará todos los recursos que se tengan para favorecer el estado psicológico, teniendo que trazar y aplicar planes de distracción y actividades que la mantengan ocupada y olvide en parte, el motivo de su preocupación.

La paciente no olvida tan fácilmente el motivo preocupante por considerar lo importante ya que insiste en que no hay solución a su problema pero cesa el llanto.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
 PACIENTE CON CANCER BRONCOGENICO

PRIMERA FASE: RECOLECCION DE DATOS

Nombre: J.M.S. Edad: 62 años Estado Civil: Casada
 Escolaridad: Analfabeta Número de Expediente: 864438
 Procedencia: D.F. Ocupación: Hogar Servicio: Pab. Núm.3
 Núm.de Cama: 309 Diagnóstico Médico: Adenocarcinoma poco
 diferenciado

Fecha Ingreso: 7-VIII-86 Fecha Aplicación del Plan:30-VIII-86.

SIGNOS VITALES	ESTADO DE CONCIENCIA	ESTADO PSICOLOGICO
Temperatura 35.8°C	Alerta	Eufórico
Pulso 78	Somnoliento <u>X</u>	Irritable
Respiración 28	Estupor	Deprimido
T.Arterial 120/80	Coma	Estable <u>X</u>

ACTIVIDAD MOTORA	CAMPOS PULMONARES
SI <u>X</u> NO	Hiperventilado
	Hipoventilado <u>X</u>
	Normal

MANIFESTACIONES POR PROCESO METASTASICO A PULMON:

TOS:
 Crónica() Aislada (X) Cambiante ()
 DISFONIA ()
 PERDIDA DE PESO ()
 DOLOR TORACICO (X)
 DISNEA ()
 CEFALEA ()
 HEMOPTISIS:
 Franca() Con estriás () Herrumbosa()
 DISFAGIA ()
 ESTERTOR ()
 PARALISIS DE CUERDAS VOCALES ()
 VOMITO ()
 NAUSEA ()
 TUMEFACCION DE CUELLO Y CARA ()
 ESPUTO:
 Mucoide() Purulento () Hemoptoico ()
 HIPERTENSION ()
 FIEBRE ()
 BRONQUIECTASIA ()
 INFARTO PULMONAR()
 NEUMONITIS ()
 ALOPESIA ()
 DEDOS HIPOCRÁTICOS ()
 ASTENIA ()
 ADINAMIA ()
 AFONIA ()

ELIMINACION INTESTI-
 NAL
 Estreñimiento
 Diarrea
 Incontinencia
 Normal X
 Otros

DIURESIS DURANTE EL
 TURNO
 Cantidad 500 ml
 Características
Amarillo Ambar

CONDICION DE LA PIEL
 Desaseo
 Herida Q.
 Ulceras por presión
 Dermatitis
 Normal

ESPECIFICACION DE
 OTROS PROBLEMAS OB-
 SERVADOS EN EL PA
 CIENTE.
 Anorexia
 Depresión

SOLUCIONES PARENTERALES Y MEDICAMENTOS MI-
 NISTRADOS EN EL TURNO:

HORA	TIPO	VIA	DOSIS
10 Hrs.	Dipirona	V.O.	5 mg
12 Hrs.	Ventolin	V.O.	200 mg
12 Hrs.	Adalat	V.O.	10 mg
14 Hrs.	Hidroclorotiazida	V.O.	500 mg

ALIMENTACION:	HORA	TIPO	CANTIDAD
Desayuno	09:30 Hrs.		800 ml
Comida	14:00 Hrs.	Normal	700 ml

TOTAL 1500 ml

PLAN DE ATENCION DIARIO

30-VIII-86

VARIABLE PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Dolor torácico an teroposterior.	Esta sintomatología es claro indicio de cáncer pulmonar avanzado y la enfermera deberá saberlo para no darle otra interpretación y manejarlo prioritariamente ministrando analgésicos o drogas indicadas por vía intravenosa, para que el efecto sea rápido.	Se controla el dolor en gran parte al usar la vía ya mencionada y el paciente experimenta <u>cierto</u> alivio.
Tos aislada aunque no productiva.	La enfermera aplicará y mantendrá húmedas las mucosas orales por medio en <u>enjuagues</u> bucales y se <u>evitará</u> la resequedad en este tipo de tos y se ministrará el medicamento de <u>elección</u> en este caso.	La tos persiste perola paciente refiere que ya no es tan <u>sofocante</u> por la <u>acción</u> húmeda del enjuague.
La paciente rehusa la aplicación y <u>de</u> muestra repulsión a los mismos.	La enfermera insistirá en que la dieta sea ajustada en lo posible a las <u>necesidades</u> de la paciente, además se insistirá en la <u>ingesta</u> e higiene bucal.	Se logra que la paciente <u>ingiera</u> parte de su dieta.
Estado depresivo <u>a</u> centuado ya que percibe la <u>magnitud</u> de su problema aunque lo ignora.	La enfermera está <u>capacitada</u> para dar la información que se requiera aunque sus funciones se limitan en <u>algunos</u> casos por la <u>acción</u> del médico, ya que es el <u>tratante</u> responsable en el medio hospitalario.	La paciente <u>logra</u> distraerse aunque no <u>totalmente</u> , sintiendo se acompañada y comentando <u>algunas</u> cosas y <u>valora</u> el apoyo que recibe.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO A UNA
PACIENTE CON CANCER BRONCOGENICO

PRIMERA FASE: RECOLECCION DE DATOS

Nombre: J.M.S. Edad: 62 Años Estado Civil: Casada
Escolaridad: Analfabeta Número de Expediente: 864438
Procedencia: D.F. Ocupación: Hogar Servicio: Pab.Núm. 3
Núm.de Cama: 309 Diagnóstico Médico: Adenocarcinoma poco
diferenciado.
Fecha Ingreso: 7-VIII-86 Fecha Aplicación del Plan: 31-VIII-86.

SIGNOS VITALES	ESTADO DE CONCIENCIA	ESTADO PSICOLOGICO
Temperatura 36.5	Alerta <u>X</u>	Eufórico _____
Pulso 76	Somnoliento _____	Irritable _____
Respiración 18	Estupor _____	Deprimido _____
T.Arterial 100/70	Coma _____	Estable <u>X</u>

ACTIVIDAD MOTORA	CAMPOS PULMONARES
SI <u>X</u> NO _____	Hiperventilado _____
	Hipoventilado <u>X</u>
	Normal _____

MANIFESTACIONES POR PROCESO METASTASICO A
PULMON:

TOS:

Crónica() Aislada () Cambiante ()
DISFONIA ()
PERDIDA DE PESO ()
DOLOR TORACICO ()
DISNEA ()
CEFALEA ()

HEMOPTISIS:

Franca() Con estría () Herrumbosa()
DISFAGIA ()
ESTERTOR ()
PARALISIS DE CUERDAS VOCALES ()
VOMITO ()
NAUSEAS ()
TUMEFACCION DE CUELLO Y CARA ()
ESPUTO:
Mucoide () Purulento () Hemoptoico()

HIPERTENSION ()
FIEBRE ()
BRONQUIECTASIAS ()
INFARTO PULMONAR()
NEUMONITIS ()
ALOPEZIA ()
DEDOS HIPOCRATICOS ()
ASTENIA ()
ADINAMIA (X)
AFONIA ()

ELIMINACION INTESTINAL
Estreñimiento _____
Diarreas _____
Incontinencia _____
Normal X
Otros _____

DIURESIS DURANTE EL
TURNO
Cantidad 400 ml
Características
Amarillo Claro

CONDICION DE LA PIEL
Desaseo _____
Herida Q. _____
Ulceras por presión

Dermatitis _____
Normal.

ESPECIFICACION DE OTROS
PROBLEMAS OBSERVADOS
EN EL PACIENTE:

Angustia

SOLUCIONES PARENTERALES Y MEDICAMENTOS MI
NISTRADOS EN EL TURNO:

HORA	TIPO	VIA	DOSIS
10 Hrs.	Dipirona	V.O.	5 mg
12 Hrs.	Ventolin	V.O.	200 mg
12 Hrs.	Adalat	V.O.	10 mg
14 Hrs.	Hidroclorotiazida	V.O.	500 mg

ALIMENTACION:	HORA	TIPO	CANTIDAD
Desayuno	09:30 Hrs.	Normal	550 ml
Comida	14:00 Hrs.		700 ml

TOTAL 1350 ml

PLAN DE ATENCION DIARIO

31-VIII 86

VARIABLE PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Se observa que no deambula e insiste en seguir acostada, se mantiene adinámica.	La enfermera tomará en cuenta el estado anímico de la paciente y valorará si es posible que deambule o no y no insistirá si no es posible el movimiento.	La enferma: <u>pre</u> fiere formir y lo hace durante el turno.
Se siente sola por la lejanía de sus familiares y poco apoyo de la misma.	La enfermera será perceptiva y abierta al diálogo ya que de esta manera contribuirá a que disminuya la carga emotiva en la paciente y el apoyo será más positivo.	Se observó que la paciente no acepta del todo el apoyo y llora muy fácilmente.

5. CONCLUSIONES

El presente estudio clínico se aplicó a una paciente que se encuentra internada en un medio hospitalario transitorio, por no ser de especialidad oncológica para que posteriormente se canalice al centro hospitalario respectivo (cancerología), ya que se ha confirmado el diagnóstico.

La paciente se encuentra afectada de cáncer pulmonar, específicamente de un adenocarcinoma poco diferenciado situado en parte superior mediastinal, por tanto y ser confirmado este proceso oncológico y además tomando en cuenta su conformación celular tan diversa, el daño que le ha ocasionado a dicha paciente es grave, considerando lo anterior se deduce que la paciente difícilmente alcance sobrevivida de algunos meses.

En el inicio, desarrollo y seguimiento en el proceso de atención de enfermería, es necesario retomar los conocimientos adquiridos con anterioridad, sobre todo la anatomía y fisiología pulmonar para comprender y razonar sobre los cambios y daño que sufre este órgano por invasión neoplásica, que repercute en el estado general de la paciente.

La pasante de enfermería debe consolidar estas bases y participar en el tratamiento y rehabilitación de la paciente para brindar orientación y ayuda oportuna.

En el desarrollo de este estudio se procedió a la investigación bibliográfica, tomada de varias fuentes y áreas médicas, se documentó sobre la epidemiología y se obtuvo conocimiento de los factores precipitantes que ocasionan esta patología, así como medidas preventivas que pudieran disminuir tal proceso.

En otro capítulo se cita a la fisiopatología, en este se ahonda la investigación para abordar las diferentes opiniones de los distintos autores que enmarcan su teoría y trabajo, en la variedad que existe en cuanto al cáncer pulmonar, y que dichas neoplasias son dependientes de sus características histológicas y comportamiento en cada caso.

Así como también se menciona los métodos diagnósticos y de tratamiento en la terapéutica oncológica.

Se elabora la historia natural del cáncer pulmonar, con el fin de obtener más datos concretos en el seguimiento de esta paciente, también se recopila información para complementar la historia clínica de enfermería, ya que en base a ésta se emitirá el diagnóstico de enfermería, así como detección de los problemas presentes y que requieren de pronta resolución en los cuidados específicos de enfermería en cáncer pulmonar, para llevar a cabo las acciones a seguir en cada uno de los problemas potenciales en la medida de las posibilidades con que se cuentan.

Se llega a la conclusión de que la ayuda y apoyo psicológico en este tipo de pacientes es básico, pues se observó que a través de esta terapia la paciente cooperó y demostró confianza en los cuidados que se le proporcionaron, y que al final de mi estancia y trato con ella se incorpora más a su grupo, también mejoró en su cuadro patológico aunque requiriendo de analgesia.

Por el trabajo que se realizó se considera que fue positivo y fructífero en beneficio de la paciente, aunque su familia poco requirió de orientación y ayuda a que se les pudiera ofrecer pues frecuentaban poco a la paciente.

SUGERENCIAS.

-Se manifiesta que los pacientes con este tipo de enfermedad, se les debiera proporcionar información de manera oportuna respecto a las variables que pueden ocasionar el cáncer pulmonar y además difundir de manera eficaz la promoción de medidas de sanidad para disminuir la morbimortalidad de este padecimiento.

-Otra situación es que se promoviera y sensibilizará al personal profesional médico y paramédico en la prevención y detección de casos potenciales de riesgo (fumadores, obreros en contacto con el asbesto, etc.) dando apoyo y moviliz^{ando} brigadas de sanidad en la detección de casos que requieran de orientación y educación en el manejo y uso de productos que tuvieran efectos cancerígenos a corto o largo plazo.

-Quizá la sugerencia más importante es que se mantuviera un control estricto en la venta de cigarrillos y producción de estos en el control de calidad, y que las compañías cigarreras ofrecieran productos de mayor calidad.

6. COMENTARIOS

Es importante mencionar la metodología empleada en este estudio clínico para aclarar dudas, pues difiere en algunos aspectos sobre otros trabajos, principalmente en dos puntos: uno de ellos es que no se incluye la historia natural esquemática sino únicamente narrativa, por no considerarse factible, ya que el padecimiento que se aborda no es transmisible, y el otro aspecto es que se elabora una historia clínica por día y su correspondiente plan de atención para cada día, durante la atención directa intrahospitalaria para con la paciente y que además el plan incluye únicamente tres aspectos que son los que se manejaron al momento (variable problema, acciones de enfermería y resultados), ya que posteriormente se reconsideró que no era necesario incluir la razón científica ya que de antemano se había anexado un marco teórico que respaldaba tal razonamiento.

Finalmente, se observó durante la elaboración de este trabajo que el factor tiempo no se apegó al cronograma, porque deben estimarse varios factores que surgieron y fueron imprevistos, para dar fin a este trabajo y que a cambio se obtuvo nuevas experiencias que dan pauta para futuros trabajos a realizar.

7. GLOSARIO DE TERMINOS

ALOPEZIA:

Caída parcial o total delcabello.

ANEMIA:

Insuficiencia hemática, con disminución aparente o real del número de hematíes y descenso de la cifra de la hemoglobina.

ANGUSTIA:

Emoción aprehensiva y desagradable que se suscita en presencia de peligro inminente pero cuando esta angustia es desproporcionada a lo real, tiene características neuróticas.

ANTINEOPLASICO:

Contra, opositor a formación tumoral maligna.

ATROPATIA PULMONAR:

Enfermedad de las articulaciones ligada a una afección res-
piratoria.

ATARAXICOS:

Drogas, tranquilizantes que modifican ciertos aspectos en las enfermedades mentales y emocionales sin entorpecer al paciente.

ATELECTASIA:

Defecto de extensión, de dilatación de un órgano.

AUTO CONCIENCIA:

Estado en el cual el individuo está conciente y racionaliza una situación.

BRONCOSCOPIA:

Examen directo del árbol bronquial por medio de broncoscopio flexible o rígido.

CARCINOGENOS:

Agentes que producen cambios anormales a nivel celular.

CITODIAGNOSTICO:

Procedimiento que se lleva a cabo por medio del esputo aspirado, cepillado de árbol bronquial.

DEGENERACION:

Hecho de perder los caracteres distintivos propios de la cosa misma.

DEPRESION:

Condición emotiva normal o patológica; que se caracteriza por disminución de actividad psicofísica y por sensación de desagrado, ocasionada por el incremento de sentimientos de culpa, autoreproche y disminución de autoestima.

DISEMINACION:

O difusión, sembrar o esparcir células oncógenas.

DISFAGIA:

Dificultad en la deglución, generalmente dolorosa.

DISFONIA:

Dificultad de hablar por lesión de tráquea, laringe o cavidad oral.

EGO:

Es aquella parte de la mente que gobierna la experiencia consciente y regula la interacción de la persona con su medio ambiente.

ESPUTO:

Producto de secreción del aparato broncopulmonar expectorado por la tos, y se determina su color, consistencia o cantidad según la enfermedad que lo produce.

ESTADIO:

Unidad de distancia o periodo.

HEMOPTISIS:

Hemorragia pulmonar que se caracteriza por expectoración de sangre.

HISTOGENESIS:

Estudio de la formación de los tejidos orgánicos.

HORMONOTERAPIA:

Aplicación terapéutica de productos biológicos de secreciones glandulares o sintéticos.

INFILTRACION:

Penetración de tejido, líquido o gas en las mallas de un tejido orgánico.

INGURGITACION:

Obstrucción de un órgano, conducto o vaso que puede o no determinar una reacción inflamatoria a su nivel.*

INMUNOTERAPIA:

Tratamiento que se administra por medio de sustancias inmu-noestimulantes (BCG, C.Parvun) o inmunomoduladoras (levami-sol).

INOPERABILIDAD:

Que no es posible de extirpar o quitar por presentar riesgo.

ISQUEMIA:

Llegada insuficiente o detención de sangre arterial en un tejido o un órgano, con la consiguiente anemia de este órgano.

LOBULADO:

Que está formado por lóbulos, de aspecto lobulado.

MACROSCOPICO:

Grande, que puede observarse a simple vista. Ejem. lesión grande, macroscópica.

MEDIASTINOSCOPIA:

Cirugía diagnóstica que se lleva a cabo por una incisión parasternal y con el fin de diagnosticar operabilidad.

METASTASIS:

Transporte de una enfermedad de un órgano a otro, con atenuación o desaparición de los síntomas morbosos a nivel de la primera localización.

MITICO:

Simbolismo que se caracteriza en algo o alguien.

NEGACION:

Estado patológico en el cual el sujeto se desvincula del ambiente en el área de las necesidades satisfechas por la imaginación, que en ocasiones es excesiva y ocupa gran parte de su vida mental.

NODULO:

Pequeña nudocidad.

OBSESIVO COMPULSIVO:

Idea o deceo persistente, que es reconocido como negativo o positivo irracional e inmoral, así como inútil; que se introduce en el comportamiento de una persona.

ONCOTIPO:

Neoplasia que se determina en su formación, de un tejido en particular.

PALIATIVO:

Que sirve para paliar, o mitigar el dolor.

PATOGNOMONICO:

Que es característico, específico de una patología.

PSICOTERAPIA:

Tratamiento que se ocupa de los désórdenes mentales y emotivos así como problemas leves de ajuste con técnicas psicológicas.

QUIMIOTERAPIA:

Terapéutica tumoral que se logra por medio de químicos.

RADIOTERAPIA:

Tratamiento que se realiza por medio de radiaciones nucleares (radium).

RADS:

Unidad que se utiliza para medir la carga de radium en el uso terapéutico.

REGRESION:

Es la vuelta a estados anteriores en el desarrollo de la personalidad.

REMISION:

Periodo en el cual una enfermedad se atenúa hasta el regreso de nueva crisis.

REPRESION:

Mecanismo de ajuste en el cual no se permite a ciertas memorias y motivos entrar en la conciencia para que se dejen actuar en los niveles inconscientes de la personalidad.

SIBILANCIA:

Estado patológico de pulmón en el que se presentan estertores como silbidos.

SINDROME DE BERNARD HORNER:

Conjunto de síntomas que se caracteriza como síndrome infundibuliforme.

SOBREVIDA:

Etapa que va más allá de la vida, que se prolonga por arriba de lo calculado en algunas ocasiones. Ejemplo (en enfermedad mortal).

STRESS:

Este puede ser cualquier estímulo que produce falta de equilibrio en el medio interno.

TOXICIDAD:

Propiedad de contener venenos que puede ser nocivos para la salud.

8. BIBLIOGRAFIA

- AMIEL Dovesse. Manual de Oncología. Ed. Toray Masson. España 1980, pp. 800
- ANTHONY, Catherine Anatomía y fisiología, 8ava.ed. Ed. Interamericana, México 1979, pp.600
- BODLEY, Ronald. Cáncer. Ed. Edamex, México 1981, pp.400
- BONADONA, G. Manual de Oncología Médica. Ed. Masson S.S.A. México 1983, pp. 41-511-514
- BRUNNER, Sudarth Manual de Enfermería Médico Quirúrgica 4a. ed. Interamericana, México 1985, p.p. 835
- CECIL-LOEB. Tratado de Medicina Interna, 9a. ed. Ed. Interamericana, México 1977, pp.1039
- CORREA-ARIAS-STELLA Texto de Patología, 2a. ed. Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1981. pp.1162
- DE LA FUENTE, Ramón Psicología Médica, Ed. Fondo de Cultura Económica, México 1979, pp.444

- DEVITA, Vincent, T. Principios y Prácticas de Oncología,
Tomo I, Ed. Salvat, pp. 516-526.
- DOMINGUEZ, Guillermina. Salud Pública, Ed. S.U.A., México,
1985, pp. 196
- DOORENBOS, H. Tratamiento No quirúrgico de las
Enfermedades Malignas, Ed. El Ma -
nual Moderno, México 1982, pp. 388
- DUGAS, Beverly Tratado de Enfermería Práctica.
3a. ed. Ed. Interamericana, México
1979, pp. 544
- ESPEJO, Sola Jaime Manual de Dietoterapia de las En -
fermedades del Adulto, 5a. ed.,
Ed. El Ateneo, Argentina, 1981,
pp. 499
- FACULTAD DE MEDICINA. Neumología, Ed. Programa del Libro
de Texto, pp. 237-243
- FARRERAS, Rozman Medicina Interna, 9a. ed. Ed. Marín
México 1978, pp. 1154
- GOODMAN Y Quillman. Bases Farmacológicas de la Terapéu -
tica. 5a. ed. Ed. Interamericana,
México 1983, pp. 1412

- GUYTON, Arthur Fisiología Humana, 4a. ed. Ed. Interamericana, México 1978, pp. 1159
- HARRISON, George W. Medicina Interna, 5a. ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1982
2 Tomos, pp. 1000
- HARVEY Medicina Interna, 20ava.ed. Ed. Interamericana, pp. 351,389-390
- HERMAN, San Martín Salud y Enfermedad, 3a. ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México 1977
pp. 819
- JACOV STANLEY W. Anatomía y Fisiología Humana, 4a. ed. Ed. Interamericana, México 1979
pp. 632
- JAETS Ernest. Manual de Microbiología Médica.
6a. ed. Ed. El Manual Moderno, México 1979, pp. 631
- L. TESTUT-O. Jacob Compendio de Anatomía Topográfica,
11a. ed. Ed. Salvat. España 1978.
pp. 481
- LESSNER Howard E. Oncología Médica, Ed. El Manual Moderno, México 1980, pp.164

- MAC CARTHY, Margaret. Terapéutica Respiratoria, Ed. El Manual Moderno, México 1983, pp.385
- MAYER, Frederick. Farmacología Clínica, 5a. ed. Ed. El Manual Moderno, México 1982, pp. 757
- MERK Sharp. Manual Merck, Ed. Laboratorios Merck Sharp, México 1979, pp. 180
- MONTAÑO, C.Ma.Elena Estudio Bibliográfico de algunos factores Psicodinámicos Presentes en el Cáncer, Tesis UNAM, México 1979, pp. 54-65, 73-78
- NORDMARK-ROHWEDER. Bases Científicas de la Enfermera, 2a.ed. Ed.Prensa Médica Mexicana, México 1979, pp. 712
- PONCE, Miguel Anatomía y Fisiología, Ed. S.U.A. México 1985, pp. 232
- QUIROZ G. Fernando. Tratado de Anatomía Humana, Ed.Porrúa, México- 1979, pp. 513
- REYES, Aurelio Manual de Terapéutica Inhalatoria y Cuidados Respiratorios Intensivos, Ed.Prensa Médica Mexicana, 2a.ed. México 1980, pp. 650

- ROBLES L. BIANCA A. Características Psicológicas del Paciente con Cáncer Broncogénico, Tesis UNAM, México 1978, pp.56-60
- ROJAS A. Rolando Epidemiología Básica, Tomo I, 2a. ed. Ed. Interamericana, pp.417-418 446-452
- SCHART Patología Quirúrgica, Ed. Interamericana, México 1978, pp. 526-531
- SMITH Doroty Enfermería Médico Quirúrgica, 4a. ed. Ed. Interamericana, México 1979 pp. 1130
- TORTORA Y ANAGNOSTAKOS Principios de Anatomía y Fisiología Ed. Harla, México 1981, pp. 628
- UICC Oncología Clínica, Ed. Alhambra, México 1982, pp. 147-151.