



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE ADULTO MAYOR CON
TUMOR MALIGNO DEL PULMON.**

AUTORA

ALEXANDRA ELIZABETH CORNEJO ZAMORA.

TUTORA

LCDA. LIDICE LORENA OTERO TOBAR.

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR 2023

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado en primer lugar a Dios por guiarme cada día, bendecirme, por mantenerme con salud y vida hasta el día de hoy, y por darme la sabiduría y el entendimiento para poder terminar con éxito mi carrera profesional.

También a mi familia en especial a mis padres y hermana por brindarme su apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera universitaria, por ser el motor que me ayudo a perseverar y salir adelante en los momentos difíciles que se han presentado, por no permitir que retroceda o me quede estancada hasta lograr mis metas y objetivos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios por ayudarme en una de las etapas más importantes de mi vida, por regalarme sabiduría, entendimiento para poder terminar con éxito este estudio de caso, y todas las metas que me he propuesto.

A mis padres y hermana por su amor, cariño, por sus consejos, por el esfuerzo y los sacrificios que hicieron para que yo pueda tener la oportunidad de formarme profesionalmente, les agradezco por ser mi motivación para seguir adelante cada día y dar lo mejor de mí.

A mis docentes que me ayudaron semestre a semestre a prepararme durante mis años de carrera, compartiendo sus conocimientos y experiencias vividas, por su paciencia y el respeto que tuvieron al impartir sus clases.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI-PLAGIO

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	IV
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI-PLAGIO	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
RESUMEN	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCION	X
PRIMERA FASE:.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	5
4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	6
SEGUNDA PARTE.....	7
DESARROLLO.....	7
5. MARCO CONCEPTUAL – MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS.....	7
6. MARCO METODOLÓGICO.....	16
7. RESULTADOS	26
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	28
TERCERA PARTE:	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
9. CONCLUSIONES.....	29
10. RECOMENDACIONES	30

CUARTA PARTE:.....	31
BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS	31
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
12. ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

Figura 1. Actividades de enfermería.....	32
Figura 2. Radiografía de tórax simple	32
Figura 3. Radiografía de abdomen simple	33
Figura 4. Tomografía Axial Computarizada (TAC)	33
Figura 5. Radiografía de tórax simple	34

RESUMEN

El siguiente estudio de caso se centró en el cáncer de pulmón en una persona adulta mayor, su manejo y los métodos que pueden ayudarlos a vivir una vida más saludable. El cáncer de pulmón es la causa más común de muerte en comparación con otros tipos de cáncer y sus síntomas pueden incluir tos, malestar general, pérdida de peso y hemoptisis en menor grado.

Las radiografías de tórax o las tomografías computarizadas pueden diagnosticarlo, y una biopsia puede confirmar el diagnóstico. También se puede realizar una cirugía, pero eso depende de qué tan avanzada esté la enfermedad.

La supervivencia media es de unos 5 años, según el paciente, y el tratamiento se basa en cirugía, quimioterapia, radioterapia o una combinación de todas ellas.

La exposición a toxinas y el tabaquismo, otros dos factores de riesgo potenciales, aumentan el riesgo de cáncer de pulmón.

Palabras claves: cáncer de pulmón, cuidados de enfermería, calidad de vida

ABSTRACT

The following case study will focus on lung cancer in an older person, its management, and methods that can help them live a healthier life. Lung cancer is the most common cause of death compared to other types of cancer, and its symptoms may include coughing, malaise, weight loss, and to a lesser degree hemoptysis.

Chest X-rays or CT scans can diagnose it, and a biopsy can confirm the diagnosis. Surgery can also be done, but that depends on how advanced the disease is.

Median survival is about 5 years, depending on the patient, and treatment is based on surgery, chemotherapy, radiotherapy, or a combination of all of them.

Exposure to toxins and smoking, two other potential risk factors, increase the risk of lung cancer.

Keywords: lung cancer, nursing care, quality of life

INTRODUCCION

La medicina sigue teniendo dificultades para tratar el cáncer de pulmón (CP). Los resultados del tratamiento siguen siendo ineficaces a pesar de las mejoras en los métodos de diagnóstico y las herramientas terapéuticas.

Por lo general, solo tiene una tasa de supervivencia de cinco años muy baja porque se diagnostica en etapas clínicas avanzadas como IIIB o IV.

Todavía es común que los niños en países en desarrollo como Ecuador estén expuestos al humo de leña, humo de tabaco y contaminación ambiental similar desde una edad temprana. Es bien sabido que nuestra nación enfrenta un alto riesgo de contraer esta enfermedad por las razones antes mencionadas.

Tanto hombres como mujeres mueren de CP, que es el tipo de cáncer más común. Se estima que 156 900 personas murieron a causa de esta enfermedad en 2019, y se estima que se diagnosticaron 226 160 casos nuevos. Se estima que anualmente se producen 15.400 nuevos casos en España, donde su incidencia ha ido aumentando significativamente en los últimos tiempos. La enfermedad metastásica o localmente avanzada se encuentra en más del 70% de los casos. Los pacientes con cáncer de pulmón tienen una tasa de supervivencia global a 5 años del 15,7 al 17,4 por ciento.

**PRIMERA FASE:
CONTEXTUALIZACION**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DATOS GENERALES

Nombre: NN

Nº de Historia Clínica: NN

Edad: 69 años

Género: masculino

Nacionalidad: ecuatoriano

Raza: mestizo

Estado civil: casado

Nivel académico: bachillerato

Fecha de nacimiento: 25 – 01 -1954

Lugar de nacimiento: los Ríos – Babahoyo

Lugar de residencia: Babahoyo

Ocupación: jubilado

Nivel sociocultural/económico: medio

Sala: emergencia

Fecha de ingreso: 27 - 12 – 2022

ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES.

Paciente de 69 años de edad adulto mayor sexo masculino, ingresa por el área de emergencia del Hospital General IESS Babahoyo por presentar cuadro clínico de +/- 1 mes de evolución caracterizado por tos productiva, pérdida progresiva de peso, dificultad respiratoria, cansancio, refiere que desde hace +/- 15 días se ha sentido decaído, al momento paciente con palidez marcada saturando 87 % con disnea de medianos esfuerzos.

ANTECEDENTES

Antecedentes patológicos personales: no refiere.

Antecedentes patológicos familiares: padre con hipertensión arterial.

Antecedentes quirúrgicos: no refiere.

Alergias: no refiere.

Medicamentos: no refiere

Hábitos: es fumador de tabaco desde los 18 años hasta la actualidad de 5 cigarrillos diarios.

PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE).

Paciente de 69 años de edad sexo masculino, ingresa en compañía de su hija, por presentar cuadro clínico de +/- 1 mes de evolución caracterizado por tos productiva, pérdida progresiva de peso (anorexia), disnea, cansancio, refiere que desde hace +/- 15 días ha presentado mialgia, se presenta a la emergencia con una saturación al ambiente de 87%.

Al momento del examen físico se evidencia facies caquéticas y palidez marcada, csps murmullo vesicular abolido en parénquima pulmonar derecho, dedos en palillo de tambor en extremidades superiores, se encuentra consciente orientado en tiempo y

espacio colaborador al interrogatorio, al control de los signos vitales presión arterial 102/71 mmhg, frecuencia cardíaca 112 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 22, temperatura 36,5 °C, saturación de oxígeno 87 %, se procede a canalizar vía periférica y administrar medicación prescrita por el médico.

2. JUSTIFICACIÓN

Los adultos comúnmente desarrollan cáncer de pulmón, una enfermedad multifactorial provocada por el crecimiento descontrolado de células en el tracto respiratorio, particularmente en el tejido pulmonar. Con frecuencia comienza en las células epiteliales y tiene la capacidad de diseminarse a otros tejidos del cuerpo e infiltrarlos.

Cuando se detecta en una etapa clínica avanzada, el cáncer de pulmón es una condición fatal. El cáncer de pulmón generalmente tiene estadio IIIB o IV cuando los pacientes visitan al médico, lo que significa que la tasa de supervivencia a cinco años es extremadamente baja. Desafortunadamente, la enfermedad no tiene síntomas definidos en sus primeras etapas, lo que hace que esta sea una situación muy peligrosa. Para prevenir la exposición al humo de segunda mano, los tóxicos ambientales y la exposición ocupacional a carcinógenos, las tendencias actuales y futuras de esta patología apuntan a implementar políticas de prevención en las poblaciones, promover estilos de vida saludables, fomentar el abandono del hábito de fumar, especialmente entre los adolescentes y adultos jóvenes, difundir el ejercicio y hábitos saludables. hábitos alimentarios y atención a los enfermos.

El objetivo de este caso clínico es utilizar el conocimiento científico de enfermería para satisfacer las necesidades de los pacientes, tratando de informar a los pacientes y familiares sobre la patología que padecen y cómo tratarla. Un adulto mayor ingresado en el Hospital General IESS Babahoyo a quien se le ha diagnosticado un tumor maligno de pulmón en base a patrones funcionales alterados, síntomas actuales, antecedentes clínico-patológicos, examen cefalo-caudal y exámenes de laboratorio es el sujeto de este estudio, cuyo objetivo es brindar a los pacientes una atención adecuada a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso atención de enfermería en paciente adulto mayor con tumor maligno de pulmón con el fin de mejorar su estado de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los patrones funcionales alterados por medio de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado con la finalidad de ayudar a mejorar la calidad de vida de nuestro paciente adulto mayor.
- Evaluar los resultados del proceso atención de enfermería.

4. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Dominio: salud y calidad de vida

Línea de investigación: salud humana y animal

sub línea de investigación: salud pública y epidemiología

Se ha escogido esta secuencia investigativa ya que el cáncer de pulmón es un problema en auge en la salud pública de todos los países al igual que su epidemiología ya que cada vez más son las personas expuestas directa e indirectamente al humo del tabaco el principal agente causal en la actualidad, aunque en países en desarrollo aún se mantienen otros como el humo de leña por efecto de la cocción de los alimentos en este grupo poblacional.

SEGUNDA PARTE

DESARROLLO

5. MARCO CONCEPTUAL – MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS

CANCER DE PULMON

DEFINICIÓN

El cáncer es una enfermedad genética compleja en la que se producen una serie de procesos progresivos hasta que las células normales acaban transformándose en células tumorales. Una célula normal se convierte en cancerosa cuando adquiere la capacidad de dividirse de manera descontrolada, además, se divide de manera gradual, acelerada e indefinida. (Palacios, 2022)

Este aumento gradual en el conjunto de células tumorales se denomina proliferación. A medida que el tumor avanza, las células hijas se vuelven cada vez más indiferenciadas y adquieren transformaciones genéticas que aumentan su potencial maligno, y comienzan a surgir otros procesos, como la expansión focal o de área focal, y la infiltración de microvasos linfáticos y sanguíneos, que eventualmente pasarán por Transporte vía rápidos linfáticos, que causan infiltración de los ganglios linfáticos, y flujo sanguíneo a otros órganos y posterior colonización (metástasis a distancia).

EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial, el cáncer más común tanto en hombres como en mujeres es el cáncer de pulmón, seguido del cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer de estómago y cáncer de hígado.

Para los hombres, el cáncer de pulmón es el segundo, el cáncer de próstata primero; colon y recto, estómago e hígado después; para las mujeres, el cáncer de mama es el primero, seguido del cáncer de pulmón, cáncer de colon y recto, cáncer de cuello uterino y cáncer de ovario. En 2020, la incidencia de la enfermedad fue de 2.206.771

casos nuevos; en el mismo año, la tasa de mortalidad registrada fue de 1.796.144 (Society, 2023).

La principal causa de cáncer de pulmón es el tabaquismo, directamente relacionado con hasta el 90 % de los hombres y hasta el 85 % de las mujeres, con un riesgo relativo de aproximadamente 17,8% para los hombres y 11,6% para las mujeres. El consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco y la exposición al humo de segunda mano son las principales causas de muerte prevenible en el mundo, matando a alrededor de 5 millones de personas cada año, principalmente en países pobres y entre los grupos más vulnerables. De los casi 4 millones de hombres y 1 millón de mujeres que murieron, más de 2 millones de hombres y 380.000 mujeres eran de países en desarrollo, según las últimas estimaciones. (Castillo, 2019)

Según el Centro Internacional de Investigación del Cáncer (siglas IARC), Ecuador tiene la incidencia más baja de estos tumores en comparación con otros países. Ocupó el puesto 65 entre los hombres y el 56 entre las mujeres, de 69 en el informe.

A nivel nacional, el cáncer de pulmón representa el 4,3% de todos los cánceres registrados en la ciudad de Quito para hombres y 3,3% para mujeres; Guayaquil tiene cifras similares, 5,45% para hombres y 2,3% para mujeres.

El cáncer de pulmón ocurre principalmente en personas de tercera edad. Alrededor de dos tercios de las personas con cáncer de pulmón tienen 65 años o más; menos del 2 % son menores de 45 años. Alrededor de los 70 años es la edad promedio en que se diagnostica con mayor frecuencia esta patología.

El cáncer de pulmón ocurre con mayor frecuencia entre los 40 y los 70 años, con una incidencia máxima entre los 50 y los 60 años.

Muchos factores, incluidos la genética y los factores ambientales, aumentan el riesgo de cáncer, pero no todas las personas expuestas a carcinógenos o que tienen otros factores de riesgo desarrollarán cáncer.

La estadificación del CP, entendida como una extensión anatómica de la clasificación de la enfermedad según el pronóstico, tiene varios usos. Además de la estimación del pronóstico, la estadificación anatómica es esencial para la planificación del tratamiento, la evaluación de los resultados y el intercambio de información fiable.

ETIOLOGIA

La causa de la mayoría de los cánceres de pulmón está estrechamente relacionada con el humo del cigarrillo. Además, también entran en juego otros factores como las asociaciones genéticas y ambientales. No obstante, en esta patología, el 80% de los casos se dan en fumadores activos o exfumadores. Existe una correlación muy significativa entre tener esta condición y el consumo anual de paquetes de una persona. Entre los fumadores habituales que fumaron 2 o más paquetes por día durante 20 años o más, el riesgo aumentó exponencialmente en más de 60 veces (García, 2019).

Se desconoce por qué las mujeres son más susceptibles a padecer cáncer de pulmón que los hombres, se cree que esto se debe a la presencia de componentes cancerígenos en el tabaco que representa un mayor riesgo para ellas. Por lo tanto, muchos han argumentado que es importante evitar el consumo de tabaco entre las mujeres. Es posible que esto no evite en un 100% la posibilidad de padecer cáncer de pulmón, pero sí ayuda de gran manera a su prevención, a su vez se conoce que alrededor de 3000 pacientes fallecen cada año por la aspiración de humo de tabaco de manera indirecta. (Palacios M. C., 2021)

A su vez se puede acotar que dentro de los factores de riesgo de cáncer pulmonar se ha evidenciado las siguientes estadísticas.

- En primer lugar, como ya se ha dicho en reiteradas ocasiones el 85% a 90% de las personas que padecen cáncer pulmonar han sido fumadoras.
- Está relacionado con el tiempo de exposición, el número de cigarrillos al día y la profundidad de la inhalación.

- El tabaquismo pasivo representa un aproximado del 24% de los casos de cáncer pulmonar

FACTORES PRONOSTICOS Y FISIOPATOLOGIA

Para poder saber el grado de afectación que tiene el cáncer en el paciente lo realizamos con la TNM que es una escala que nos permite saber la estadificación que tiene el cáncer y dar el pronóstico al paciente a continuación hablaremos sobre dicho tema. (Medica), 2019)

Estadificación

El pronóstico determina en qué grupo cae la progresión anatómica de la enfermedad. Esto proporciona información útil para el tratamiento, y así poder determinar los resultados y compartir información confiable. La necesidad de clasificar las enfermedades por etapas facilita la planificación de los tratamientos, determina los resultados y proporciona una fuente confiable de información. (León, 2022)

La estadificación más actualizada de cáncer pulmonar utiliza los descriptores T – tumor–, N – nódulos alelopáticos – y M –metástasis–, es válida para cualquier estirpe de cáncer pulmonar y está avalada por todas las sociedades científicas a nivel mundial.

Las características de los tumores en los métodos de diagnóstico y las estrategias de tratamiento se revisan y actualizan constantemente utilizando el sistema de clases TNM. Este sistema es el factor pronóstico más importante a la hora de detectar un tumor, así como para determinar los planos de tratamiento.

Según diferentes estudios han revelado que en menos del 5% de la población que padecen de cáncer de pulmón se logra diagnosticar en etapa temprana (etapa 0, o I y etapa II). Alrededor del 25% de los casos conocidos se logra un diagnóstico en etapa 3 (III). Las etapas 0 a 3 son conocidas como etapas finales y la gran mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón son diagnosticados en etapa 4 (IV).

Estadio 0 es la enfermedad in situ, lo que nos indica que el cáncer se encuentra en un solo lugar y aún no se ha diseminado a los tejidos del pulmón normal o se ha diseminado fuera del pulmón

El estadio I es un tumor pequeño que no se ha extendido a ningún ganglio linfático y para su estudio se ha dividido en 2 subestadios en función del tamaño del tumor:

1) Los tumores en estadio IA son aquellos que miden 3 centímetros o menos y, según el tamaño del tumor, se pueden clasificar como IA1, IA2 o IA3.

2) Los tumores en estadio IB miden más de 3 cm pero no más de 4 cm.

La etapa II se divide además en las siguientes dos subetapas:

1) Un tumor más grande que mide más de 4 cm de diámetro, pero menos de 5 cm y no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos se denomina cáncer en etapa IIA.

2) El cáncer de pulmón en estadio IIB se refiere a un tumor que mide 5 cm o menos y se diseminó al ganglio linfático N1, un ganglio linfático ubicado dentro del pulmón. Un tumor de más de 5 cm de diámetro que aún no ha hecho metástasis en los ganglios linfáticos también se puede clasificar como cáncer en estadio IIB.

Según el tamaño del tumor y si se ha propagado a los ganglios linfáticos, el estadio III se divide en estadios IIIA, IIIB y IIIC. El cáncer en fase III no viaja hacia otras áreas del cuerpo.

Si se sospecha en estadio III, hay que evaluar que el cáncer zonas distales del cuerpo. Para su diagnóstico, la American Society of Clinical Oncology ha determinado la anamnesis en conjunto con la revisión del historial médico del paciente a esto podemos ayudarnos con las técnicas imagenológicas como la tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen, en conjunto ya sea con una tomografía o resonancia magnética (RM) del cerebro.

En los estadios IIIA y IIIB, se dificulta la extracción completa del tumor por lo que se emplea terapia combinada ya sea radioterapia o quimioterapia según lo requiera. Un

cáncer en estadio IIIC, es muy difícil extirparlo quirúrgicamente por lo que su recomendación en tratamiento es una combinación de quimioterapia y radiación seguida de inmunoterapia.

Un cáncer en Estadio IV nos indica que se ha diseminado a otras áreas más distales del pulmón como puede ser, al líquido que rodea el pulmón y corazón, o a través del sistema circulatorio ha hecho metástasis en otras zonas corporales y con mayor predisposición pueden ser el cerebro, el sistema óseo, el hígado y las glándulas suprarrenales. El estadio IV se divide en 2 subestadios:

- 1) El cáncer en estadio IV-A se ha hecho metástasis dentro del tórax o a un área externa al tórax.
- 2) El cáncer en estadio IV-B se ha hecho metástasis fuera del tórax y ah invadido más de un lugar u órgano.

DIAGNÓSTICO.

La mayoría de los pacientes experimentan síntomas cuando se diagnostica el cáncer de pulmón; no hay síntomas tempranos específicos. El crecimiento endobronquial, la diseminación en el tórax o las metástasis a distancia contribuyen a los síntomas del cáncer de pulmón. Los síntomas de un síndrome paraneoplásico ocasionalmente se presentan al mismo tiempo que los síntomas sistémicos de una enfermedad crónica que consume al paciente. (Rodríguez, 2019)

Una Evaluación Histológica.

Es necesaria la confirmación histológica del diagnóstico de cáncer de pulmón, junto con información detallada sobre el grado de diseminación del tumor (clasificación por etapas) y el estado funcional del paciente en relación con el curso de tratamiento previsto. Considere siempre la salud general del paciente y el pronóstico único al determinar el grado del diagnóstico. En este sentido, no se requerirán estudios invasivos, por ejemplo, para esclarecer a un paciente con metástasis confirmadas. Clasificación como nódulo. La clasificación y caracterización exacta del tumor

(clasificación TNM, Tumor - Nódulos - Metástasis) así como la evaluación funcional del paciente determinarán la terapia en el caso del cáncer de células no pequeñas. Tanto el diagnóstico funcional como el diagnóstico extenso se refieren al cáncer de pulmón de células no pequeñas en este contexto.

La distinción entre un cáncer en pulmón de células pequeñas y un cáncer de pulmón de células no pequeñas es fundamental en el tratamiento, y la diferencia entre las distintas presentaciones de cáncer de pulmón de células no pequeñas es crucial debido al impacto y la autorización del uso de Quimioterapéuticos y terapias dirigidas. Por esta razón, se requiere confirmación histológica; si esta confirmación no se puede obtener a través de una biopsia, la citología será suficiente. Con una sensibilidad del 88 % para tumores centrales y del 78 % para tumores periféricos, la broncoscopia permite la confirmación del tumor primario y puede proporcionar datos para la clasificación del tumor y la citología de los nódulos sospechosos. Como resultado, también se pueden requerir punciones transtorácicas, según lo determinado por tomografía computarizada, rayos X o ultrasonido. Para estar seguros del diagnóstico, en ocasiones puede ser necesaria una ecografía endobronquial y esofágica. Para categorizar los nódulos mediastínicos, el último enfoque podría ser ideal. Se recomienda realizar una biopsia de pulmón antes de una biopsia de metástasis en casos de alto riesgo siempre que sea práctico. (Alemán, 2021)

Diagnóstico por diseminación

Las etapas de la clasificación internacional se utilizarán en todos los tipos de cáncer de pulmón ya sean estos de células pequeñas como para el cáncer de pulmón de células no pequeñas. En el cáncer de pulmón de células pequeñas, se hará una distinción entre enfermedad limitada (enfermedad limitada a la mitad del tórax) y enfermedad diseminada (enfermedad que excede la primera mitad del tórax). tórax.

Descripción de T.

La tomografía computarizada con medio de contraste se vuelve crucial para la evaluación de la descripción de T. En algunas circunstancias, la tomografía por

resonancia magnética puede proporcionar detalles adicionales para ayudar a explicar la infiltración de las estructuras torácicas.

Descripción de N.

No es suficiente utilizar la tomografía computarizada con medio de contraste como único estudio para clasificar los nódulos mediastínicos en pacientes sin metástasis porque solo tiene una sensibilidad del 50% al 65 % y una especificidad del 75% al 85%. Con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 85%, la PET o tomografía combinada es el método no invasivo preferido para la clasificación mediastínica de N, pero no está exento de fallas. La sensibilidad de la PET o PET-CT aumenta al 100% con una especificidad del 88,6% cuando los nódulos son mayores de 1 cm. En el caso de la terapia curativa, los nódulos mediastínicos PET positivos deben verificarse mediante biopsia.

Una descripción de M.

- Las metástasis a distancia se clasifican como que no responden a los tratamientos curativos. El cerebro, el hígado, los huesos, los pulmones y las glándulas suprarrenales son los órganos más frecuentemente afectados por las metástasis a distancia. Se aconseja: para la detección de metástasis.
- Una resonancia magnética con material de contraste o una tomografía computarizada del cráneo.
- Gammagrafía ósea
- Ecografía
- Hígado y glándulas suprarrenales en una tomografía computarizada o resonancia magnética.
- Tomografía por emisión de positrones, también conocida como PET o PET-CT.

TRATAMIENTO.

Las alternativas de tratamiento local incluyen cirugía y radioterapia. Para la terapia sistémica, se recomienda la quimioterapia convencional y el uso de terapias dirigidas, que modifican las estructuras tumorales a nivel molecular, está en constante crecimiento. Si el estado de salud general del paciente lo permite, la quimioterapia será una combinación de tratamientos. La quimioterapia y la radioterapia se pueden usar juntas. Los procedimientos quirúrgicos pueden ir precedidos de radioterapia, quimioterapia o radioquimioterapia (neoadyuvante), o pueden ir seguidos de radioterapia adyuvante.

Tratamiento Del Cáncer De Pulmón De Células No Pequeñas.

Estadios I y II: los estadios iniciales del carcinoma de pulmón de células no pequeñas afectan del 25% al 30 % de los casos. Cuando un paciente no tiene contraindicaciones quirúrgicas, la resección es el curso de tratamiento recomendado. Se utilizará como base una lobectomía, bilobectomía (extirpación de dos lóbulos contiguos del pulmón) o neumectomía con linfadenectomía mediastínica sistémica. para el procedimiento quirúrgico del tumor. Después de la resección completa y en el estadio II, se recomienda quimioterapia adyuvante basada en platino; en la etapa I, generalmente no se recomienda. Tras una resección completa no se aconseja la radioterapia adyuvante, aunque sí con intención curativa cuando los estadios I y II son inoperables.

Entre el 10 % y el 15 % de las personas con cáncer de pulmón de células no pequeñas se diagnostican en el estadio IIIB en el momento de la enfermedad. El campo de la radioquimioterapia está representado por este estadio. Un derrame pericárdico o pleural maligno será tratado paliativamente (igual que el estadio IV) para los pacientes que tienen la nueva clasificación TNM. Cuando se identifica el estadio IIIB por metástasis en el mismo lóbulo y no existe la circunstancia N2, se debe considerar el tratamiento quirúrgico. La radioquimioterapia basada en platino se aconseja como primera línea de tratamiento y en pacientes en buenas condiciones en el resto de los casos en los que el estadio IIIB se confirme.

Etapa IV: Los cuidados paliativos son recomendado para el 40% a 50% de personas con cáncer de pulmón de células pequeñas en etapa IV. Dependiendo de la decisión del paciente, la quimioterapia puede o no tener éxito. Se debe utilizar el índice de Karnofsky/ECOG para evaluar el estado general; ECOG es la escala utilizada para este propósito, y la edad del paciente y la comorbilidad son factores decisivos.

Tratamiento del cáncer de pulmón de células pequeñas.

Estadios I a III: en este estadio se recomienda radioterapia y quimioterapia basada en platino. Se recomienda radioquimioterapia y radiación acelerada e hiperfraccionada simultáneas cuando el estado de salud general del paciente lo permita y se haya confirmado el estadio de enfermedad limitada (EL).

Radioterapia Craneal Profiláctica

Después del estadio I, se debe administrar radioterapia craneal profiláctica a todos los pacientes que hayan logrado una remisión completa o que se hayan sometido a una cirugía curativa. Ahora hay evidencia de mejoría después de la radiación craneal profiláctica de una población considerable de pacientes, incluso aquellos con solo una remisión parcial.

6. MARCO METODOLÓGICO

Paciente de 69 años de edad que se presenta hemo dinámicamente estable, orientado en tres esferas se procede a la valoración cefalocaudal

EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

Valoración cefalocaudal

Piel y faneras: deshidratación moderada

Estado de Conciencia: activo, alerta, orientado en las tres esferas.

Cabeza: normo céfalo, alopecia parcial, sin presencia de lesiones.

Cara: simétrica y facies pálida.

Oído: bien implantados con pérdida parcial de la audición.

Ojos: simétricos, con condición de miopía y astigmatismo

Boca: mucosas orales secas.

Dientes: Piezas dentarias incompletas.

Uñas: regulares de coloración blanca

Cuello: a la exploración no se observan ni palpan adenopatías

Tórax: no presenta deformidades ni lesiones evidentes a la vista,

CsPs: a la auscultación presenta abolición del murmullo vesicular, crepitantes bilaterales en bases

RsCs: arrítmicos

Abdomen: doloroso a la palpación profunda

Miembros superiores: simétricos a la vista, con presencia dedos en palillo de tambor

Miembros inferiores: simétricos, móviles, sin presencia de edema

Genitales: normales

Estado nutricional: desnutrición, caquético

Marcha y movimiento: dificultad a la bipedestación y agotamiento a la marcha

Signos vitales

- Presión/Arterial: 102/71 mm/Hg
- Pulso: 112 pulsaciones por minuto

- Temperatura: 36.5 °C
- Frecuencia Respiratoria: 22 Respiraciones por minuto
- Saturación de Oxígeno: 87 % al ambiente

Medidas antropométricas

- Talla: 1,75 cm
- Peso: 50 Kg
- IMC: 16,3

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (MARJORIE GORDON)

1. Patrón percepción-manejo de la salud

- Paciente sin antecedentes patológicos personales y con antecedentes patológicos familiares, padre con hipertensión arterial.
- Paciente no consume alcohol.
- Fumador de tabaco desde los 18 años hasta la actualidad.
- No refiere alergias.

2.Patrón nutricional-metabólico

- Mantiene un índice de masa corporal de 16.3 con un peso de 50kg y talla 1,75cm.
- Piel, se evidencia facies caquéticas y palidez marcada.
- Presenta una pérdida progresiva de peso.

3.Patrón de eliminación

- Paciente refiere realizar 3 micciones diarias, realiza sus deposiciones con frecuencia de 1 a 2 veces al día.

4.Patrón actividad-ejercicio

- Presenta tos productiva, disnea de medianos esfuerzos, saturando 87% al ambiente.
- Presenta Cspms murmullo vesicular abolido en parénquima pulmonar derecho.
- Se observa cansancio a la marcha.

5.Patrón sueño-descanso

- Paciente manifiesta no tener mayor dificultad para conciliar el sueño, ya que ocupa medicina analgésica, refiere dormir 8 horas diarias.

6.Patrón cognitivo-perceptual

- Paciente se encuentra alerta en posición activa electiva
- Colaborador al interrogatorio

7.Patrón autopercepción-autoconcepto

- Debido a la pérdida de peso y palidez notable el paciente no presenta un aspecto bueno.

8.Patrón rol-relaciones

- Paciente refiere vivir con su hija con la cual tiene una buena relación, actualmente está jubilado y su hija le ayudo con los gastos del hogar, tiene un nivel socioeconómico medio.

9.Patrón sexualidad-reproducción

- No presenta alteraciones.

10.Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

- El paciente al momento se encuentra tranquilo y colaborador al interrogatorio

11.Patrón valores-creencias

- Paciente refiere ser de religión católico.

PATRONES DISFUNCIONALES O ALTERADOS

- 1. Patrón percepción-manejo de la salud
- 2. Patrón nutricional-metabólico
- 4. Patrón actividad-ejercicio
- 7. Patrón autopercepción-autoconcepto

ANALISIS Y FORMULACION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorios

- Hemoglobina 15.6
- Hematocrito 44.2
- Plaquetas 225
- Leucocitos 6.90
- Neutrófilos 77.9
- Linfocitos 17.8

Informe de Tomografía

Por tomografía se valora un nódulo sin forma definida, con tejido blando y cola pleural, se evidencia derrame pleural derecho masivo, que desplaza las estructuras, paciente en estudio por posible neoplasia

FORMULACION DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO

Diagnósticos presuntivos:

- Neumonía adquirida en la comunidad CIE 10 – J18.9

Diagnósticos diferenciales:

- 1) Bronquio ectasias CIE 10 – J47
- 2) Neumonía CIE 10 - J15.6
- 3) Tuberculosis CIE 10 – A16.9

Diagnóstico definitivo:

- Cáncer de pulmón CIE 10 – C341

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Utilización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Evaluación:

Una vez que la información de la historia clínica está respaldada por la información adicional del paciente y los datos de la historia clínica, establecemos las prioridades de apoyo que ayudarán en la recuperación del paciente.

Tras la evaluación del paciente, pudimos identificar 2 patrones funcionales alterados clave para las acciones de la enfermera.

Indicaciones medicas

- Medidas generales
- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Balance hídrico
- Mantener eutérmico
- Dieta blanda hiperproteica
- Posición semifowler
- Oxígeno por cánula nasal a 5 litros por minuto
- Repetir hemograma y PCR a las 72h
- TAC de tórax simple
- RX de tórax simple
- EKG
- Comunicar novedades

Tratamiento

Plan de hidratación:

- Solución salina al 0.9% 1000ml, pasar a 30 gotas por minuto

Medicamentos:

- Omeprazol 40mg IV cada día
- N-acetilcisteína 300mg IV cada 8 horas

- Paracetamol 1gr IV cada 8 horas Por Razones Necesarias
- Salbutamol 2 puff INH cada 4 horas por 3 días
- Bromuro de ipratropio 1 puff INH cada 8 horas
- Dexametasona 8mg IV cada 12h
- Enoxaparina 40 mg (4.000 UI) SC cada día

NANDA: 00032
NOC: 0415
NIC: 3350

Dominio 4. ACTIVIDAD/REPOSO, **Clase 4:** Respuestas cardiovasculares/pulmonares
DX: Patrón respiratorio ineficaz.

R/C: Alteración del intercambio gaseoso

E/P: Tos productiva, disnea de medianos esfuerzos, murmullo vesicular en parénquima pulmonar derecho, saturación 87%.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
	G	Sust.	M	L	N
Tos productiva		X		X	
Disnea de medianos esfuerzos		X		X	
Sonidos respiratorios		X		X	
Saturación de oxígeno	X			X	

ACTIVIDADES

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones, los niveles de saturación de oxígeno continuamente.
- Mantener al paciente en posición semifowler, para mejorar la respiración.
- Administrar Oxígeno por razones necesarias.
- Anotar aparición, características y duración de la tos.
- Auscultar sonidos respiratorios e informar.
- Vigilar el estado emocional de paciente.
- Educar al paciente y al familiar para mantener vías respiratorias permeables.

Dominio: 2 Salud fisiológica.

Clase: E - Cardiopulmonar.

Etiqueta: (0415) Estado respiratorio

Campo: 1 Fisiológico complejo.

Clase: K Control respiratorio

Etiqueta: (3350) Monitorización respiratoria.

NANDA: 00027
NOC: 0602
NIC: 4120

Dominio 2. NUTRICIONAL-METABOLICO, **Clase 5:** Hidratación
DX: Déficit del volumen de líquidos

R/C: Pérdida activa del volumen de líquidos.

E/P: Facies caquéticas, palidez, pérdida de peso.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
	G	Sugl.	M	L	N
Pérdida de peso		X		X	
Membranas mucosas húmedas		X		X	
Turgencia cutánea			X	X	

Dominio: II Salud fisiológica.

Clase: G - Líquidos y electrolitos.

Etiqueta: (0602) Hidratación

Campo: 2 Fisiológico complejo.

Clase: N Control de la perfusión tisular

Etiqueta: (4120) Manejo de líquidos.

ACTIVIDADES

- Monitorizar signos vitales.
- Control diario de las medidas antropométricas.
- Control de balance hídrico, vigilar el estado de hidratación (mucosas húmedas, piel).
- Administrar medicación según prescripción médica.
- Dieta blanda hiperproteica.
- Utilizar cremas humectantes que ayuden a mantener la piel hidratada.
- Educar al paciente y familiares sobre el manejo de la enfermedad.

INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

El pronóstico de nuestro paciente y la duración de su estancia hospitalaria dependerá de una serie de variables una vez que se haya identificado el cáncer de pulmón. Esta patología requiere de ingreso hospitalario hasta que se recuperen sus funciones vitales ya que requiere un manejo integral, por lo que dependerá de varios factores el tiempo de permanencia en la residencia. Cuando se trata de los diversos problemas de salud, el paciente estará bajo observación constante durante su estadía en el hospital porque, dependiendo de la gravedad de su dificultad respiratoria, es posible que necesite asistencia respiratoria.

Se crea un plan de tratamiento que involucra al servicio de terapia respiratoria en caso de que el paciente requiera soporte ventilatorio, nutrición para prevenir desequilibrios proteico-energéticos, medicina interna para ajustar dosis, el departamento de oncología e histopatología para evaluar y dar un diagnóstico y manejo oportuno del paciente.

7. RESULTADOS

Seguimiento

Paciente que es ingresado por el área de emergencia por presentar disnea de medianos esfuerzos saturando 87% al ambiente, posterior a su ingreso y pase a sala se coloca cánula nasal donde llega saturación a 92% a 5 litros, se ayuda con salbutamol 2 puff cada 4h por tres días, dexametasona 8mg cada día y N-acetil-cisteína, quedando en condiciones estables dentro de los parámetros valorados, con indicaciones en piso para interconsulta con medicina interna, neumología y estudios de imagen

Paciente en condiciones estables, mejorando su apariencia y condiciones físicas, donde se permite estar un máximo de 2 horas sin apoyo ventilatorio, con resultado por tomografía que valora un nódulo sin forma definida, con tejido blando y cola pleural, se evidencia derrame pleural derecho masivo, que desplaza las estructuras, paciente en

estudio por posible neoplasia. Paciente en espera de drenaje de derrame pleural, con resultados de histopatología más antecedentes se informa mal pronóstico.

Un día después se realiza la toracocentesis con extracción de líquido de 2000cc de líquido hemático aproximadamente y se deja indicaciones con terapia respiratoria con bromuro de ipratropio

Se realiza el acompañamiento durante toda la estancia hospitalaria a paciente con mal pronóstico y alta probabilidad de muerte, por enfermedad neoplásica pulmonar primaria, con metástasis contralateral, y pleural. Al alta se envía con derivación al ministerio de salud pública para seguimiento por cuidados paliativos, y a su vez con seguimiento por el departamento de oncología de consulta externa del hospital IESS Babahoyo.

Observaciones

Se examinaron las distintas guías de práctica clínica y artículos académicos con el fin de adquirir los conocimientos necesarios para una mejor comprensión y dominio del tema, así como poder valorar el diagnóstico y evolución del caso clínico para intervenir adecuadamente. en el cuidado de nuestro paciente con el fin de asegurar una respuesta positiva al plan sugerido.

El paciente y la familia fueron informados de los beneficios e inconvenientes de cada procedimiento antes de su realización y posteriormente dieron su consentimiento para su realización.

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Paciente adulto mayor que entra por el área de emergencia por disnea de medianos esfuerzos, y posterior a valoración es aceptado y enviado a piso donde el quipo medico busca intervenir en todas sus afecciones para lograr un restablecimiento de su salud, al ser una patología que no tiene resolución se implementa el régimen de cuidados paliativos y la orientación a familiares sobre su patología y los cuidados a tener en cuenta para la conservación de una vida digna hasta el último día que pueda acompañarlos ya que por la gravedad de la extensión de su cáncer tiene mal pronóstico y muy pocas posibilidades de supervivencia a esto se le añade su edad y estilo de vida que tienen una importante relevancia en su salud.

TERCERA PARTE:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9. CONCLUSIONES

- Por medio de una correcta valoración del paciente, se logra identificar los patrones alterados que ponen en riesgo su salud, es importante enfatizar esta fase ya que a través de una correcta valoración podremos planificar y ejecutar las intervenciones que el paciente necesita para el restablecimiento de su salud.
- Luego de examinar el paciente se exponen los diagnósticos de enfermería, utilizando la taxonomía Nanda, Nic y Noc para proceder al actuar.
- Se logro elaborar un plan de cuidados de enfermería individualizado con la finalidad de ayudar a mejorar la calidad de vida de nuestro paciente adulto mayor.
- Se realizaron las intervenciones de enfermería y se evaluó su efectividad mediante un seguimiento continuo de su estado de salud.

10.RECOMENDACIONES

Dado que las neoplasias pulmonares se han vuelto más comunes en la ciudad recientemente, se recomienda:

- Realizar control médico de rutina a todos los fumadores ya que alguna vez han estado expuestos a sustancias que se sabe que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.
- Realizar exámenes médicos preventivos a todos los pacientes mayores de 60 años para prever el deterioro evidente de la patología, ya que por lo general es una patología silenciosa y suele presentar síntomas hasta que se encuentra en una etapa avanzada.
- Implementar un programa de tamizaje de cáncer de pulmón con la ayuda de un sistema de vigilancia epidemiológica ocupacional.

CUARTA PARTE:

BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemán, F. H. (2021). ACTUALIDADES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON. *HONDUR*, 25 - 30.
- Astudillo, E. S. (2019). Cáncer de pulmón, características clínico-patológicas en pacientes que acudieron a SOLCA. *TESIS UNIVERSIDAD DE CUENCA*, 1 - 49.
- Castillo, J. A. (2019). El cáncer de pulmón tiene una sobrevida del 12% en Ecuador. *Edicion Medica*, 5 - 8.
- García, A. C. (2019). Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con cáncer de pulmón en un servicio de neumología. *SCIELO*, 10 - 12.
- León, S. J. (2022). Factores etiológicos y caracterización de pacientes con cáncer de pulmón. *SCIELO*, 10 - 20.
- Medica), S. (. (2019). Cáncer de pulmón. *SEOM (Sociedad Española de Oncología Medica)*, 1 - 15.
- Palacios, C. V. (2022). Cáncer de pulmón y su importancia en el diagnóstico primario. *RECIAMUC*, 208 -217.
- Palacios, M. C. (2021). Causas y consecuencias del cáncer pulmonar. *DIALNET*, 305 - 312.
- Rodríguez, M. E. (2019). El cáncer del pulmón: algunas consideraciones epidemiológicas, del diagnóstico y el tratamiento. *SCIELO*, 10 - 15.
- Society, A. C. (12 de 01 de 2023). *Estadísticas importantes sobre el cáncer de pulmón*. Obtenido de American Cancer Society: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/acerca/estadisticas-clave.html#:~:text=Se%20diagnosticar%C3%A1n%20alrededor%20de%20238%2C340,67%2C160%20hombres%20y%2059%2C910%20mujeres>

12. ANEXOS



Figura 1. Actividades de enfermería



Figura 2. Radiografía de tórax simple



Figura 3. Radiografía de abdomen simple

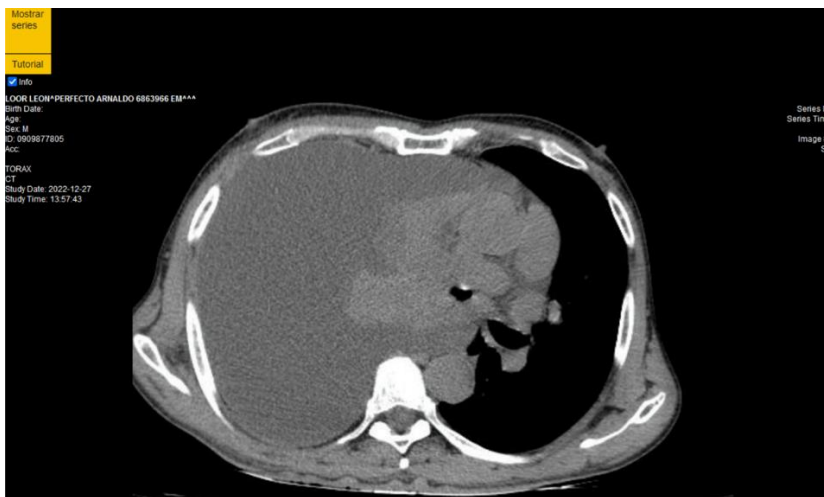


Figura 4. Tomografía Axial Computarizada (TAC)

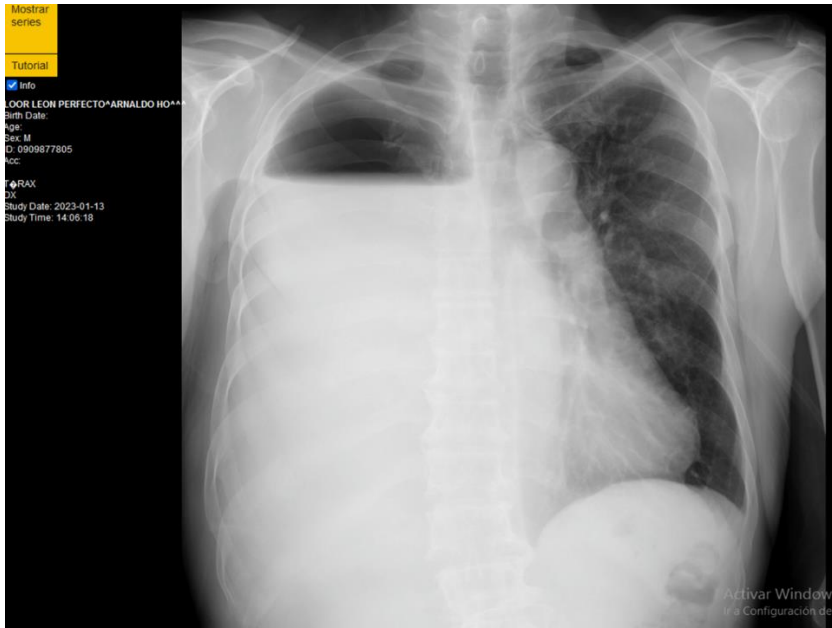


Figura 5. Radiografía de tórax simple