

## VI.—PRINCIPIOS GENERALES EN EL TRATAMIENTO.

Antes de determinar el tipo de tratamiento en cualquier paciente canceroso es necesaria una información precisa acerca de diversos puntos. Aún admitiendo la existencia de grandes lagunas en nuestro conocimientos, no por eso hemos de desistir del uso sistemático de la información sobre las diversas formas de la enfermedad maligna, su ritmo y tipo anatómico de difusión, dependencia hormonal y sensibilidad a la radiación y quimioterapia. Tales hechos, integrados con un conocimiento de la medicina general y fisiología humana, constituyen la base de la práctica racional en el tratamiento del cáncer con los métodos de que disponemos hoy en día.

### VALORACION DE LA ENFERMEDAD:

La valoración verdaderamente equilibrada de un caso es el resultado del conocimiento de la probable historia de la forma de enfermedad maligna en cada paciente, dicho conocimiento solo pueden proporcionar la experiencia y la observación concienzuda. La historia de la enfermedad, especialmente cuando nos la refiere un paciente capaz de ofrecernos datos exactos, puede revelar la marcha de la lesión y permite orientarse para descubrir posibles metastasis. A veces tienen evidente importancia los tratamientos (radiación y operaciones) previos. El examen de una lesión local debe de determinar la localización, tamaño y límites del tumor con la máxima precisión y considerar las técnicas más apropiadas al tratamiento en aquellas circunstancias. La extensión de un tumor en unos pocos milímetros hacia una dirección determinada puede decidir que abandonemos por inadecuada una técnica particular. Forma parte de este examen la movilidad activa de una región dada y la fijación del tumor a las estructuras vecinas y la valoración de la vascularidad del lecho tumoral. Se exploran siempre los territorios ganglionares linfáticos en relación con la localización primaria y se valoran, el tamaño, movilidad, distribución y significado de todos los ganglios palpables. Asimismo se exploran clínica y radiológicamente los puntos en que con frecuencia se descubren las metástasis. Las exploraciones radiológicas se emplean no solo para contribuir al diagnóstico, sino también para determinar la extensión e invasión de las estructuras vecinas. La tomografía, sobre todo la transversa, es frecuentemente muy valiosa para la determinación del volumen, localización y extensión del tejido afecto, constituyendo uno de los requisitos necesarios para la adecuada aplicación de la radioterapia de precisión.

En muchas ocasiones, cuando la parte u órgano es fácilmente accesible a la inspección o palpación, el diagnóstico y valoración no presentan ninguna dificultad. En otros casos es posible el examen endoscópico de la región, y entonces no debe omitirse nunca.

#### LA BIOPSIA:

La biopsia realizada con el endoscopio, por excisión parcial o completa de una lesión superficial o por acceso a través de la piel y tejidos subcutáneos sanos, es normalmente una etapa esencial, no únicamente para confirmar la impresión clínica, sino también para el pronóstico parcial del curso del tumor.

La repetición abusiva de exploraciones manuales de un neoplasma, tanto en la clínica como en el lecho del enfermo en un centro docente, es probablemente mucho más peligroso, pues se ha señalado como posible causa de la difusión de células malignas a la sangre. Entre los métodos de biopsia, cuando no está indicada la total extirpación del tumor, la insición en la zona tumefacta, es un método más seguro para la obtención de material, que la punción con aguja o trocar.

Una biopsia negativa, puede ser motivo de error, y no debe interpretarse como prueba de la no existencia de un carcinoma; en cambio, no debe ignorarse nunca una biopsia de malignidad positiva. Si se desea un diagnóstico inmediato puede recurrirse a un corte congelado, examinado por un patólogo experimentado en el método. Si se desea un corte incluido en parafina, los exámenes urgentes requieren poco más de treinta y seis horas si se dispone de máquinas automáticas.

La presencia de sepsis, en especial la formación de abscesos, puede ser decisiva para decidirse por la radioterapia o la cirugía, ya que un carcinoma destructivo con infección y abscesación secundarias y una zona circundante de edema inflamatorio, excluye la radioterapia.

#### VALORACION DEL PACIENTE:

Aún cuando la localización y naturaleza de un tumor maligno en un paciente debe definirse en lo posible por la exploración clínica y estudio histológico con el objeto de formular el tratamiento "ideal", todo paciente difiere tanto en su estado físico como mental, que en no raras ocasiones exige cierta modificación de este plan. Hemos de referirnos a la edad y condición del paciente, así como a la simultaneidad de otra enfermedad manifiesta. Debe considerarse siempre la edad del paciente, cuando por ejemplo; la enfermedad maligna se presenta en las décadas séptima u octava de la vida, se superpone frecuentemente a una enfermedad simultánea generalizada, tal como la arteroesclerosis, que ha determinado ya en el paciente, uno o más episodios, tales como trombosis coronaria o trombosis cerebral. O por el contrario muchos pacientes, de 80 años o más se encuentran en buen estado y soportan fácilmente la

operación o tratamiento elegido para su curación. Gracias a las modernas técnicas de anestesia y reanimación las indicaciones operatorias son muy amplias. También la edad tiene su importancia en el tratamiento del cáncer en la mujer. Es posible que se deba afrontar al problema de la gestación.

Ya se ha indicado cómo la enfermedad simultánea y la edad pueden o no influir en la elección del tratamiento, un factor siempre notable es el cuadro hematológico. Para el cirujano, la anemia supone un obstáculo formidable al éxito quirúrgico y debe ser remontada, lo que se consigue generalmente con transfusiones de sangre pre y postoperatorias. También es evidente que la pérdida sanguínea en el cáncer de útero, es causa que las pacientes acudan al tratamiento con distintos estados de anemia. La radiosensibilidad y el tratamiento de los tumores por radiación están estrechamente relacionados con el riego sanguíneo y oxigenación de los tumores, de modo que no es preciso volver a insistir sobre la importancia trascendental de la corrección de la anemia tanto en la radioterapia como en cirugía. La tolerancia del paciente a la radiación de amplio campo y fármacos antimetabólicos se aprecia por los recuentos de plaquetas y leucocitos.

## CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL TRATAMIENTO POR RADIOTERAPIA

La enfermera debe inspirar confianza al paciente que está empuzando o iniciando su tratamiento por radiaciones, y explicarle que los tratamientos no son dolorosos. Le ha de informar que aún cuando se encuentre solo en la sala de tratamientos, estará bajo observación constante y puede hacer señales al técnico para que acuda a él durante el tratamiento si juzga necesario hacerlo.

Habrá que explicarle la importancia de permanecer en la posición en que haya sido colocado para el tratamiento, y se le dirá también el número aproximado de tratamientos que se ha planeado.

Si aparecen lesiones por radiación o reacciones cutáneas, el médico debe de hablar del asunto con el paciente y explicarle que la dosis necesaria para tratarlo afecta los tejidos corporales, por lo que no es raro que tenga algunas lesiones desagradables. La enfermera puede inspirarle confianza al paciente, explicándole que la radioterapia se emplea con frecuencia y se ha convertido en una forma acertada de tratamiento de gran variedad de enfermedades. Debe evitar usar el término "CANCER", cuando habla con pacientes que tienen alguna lesión, aún cuando ya se le haya dicho anteriormente que la tiene al hacer el diagnóstico.

Ya sea que la radioterapia se está administrando para un padecimiento maligno o no, hay que considerar cuatro factores en cuanto a los cuidados de enfermería de estos pacientes: Mantenimiento de la dosis precisa; dar cuidado adecuado a la zona lesionada; tratamiento de la enfermedad por radiación, y conservación del buen estado físico y mental del mismo.

### MANTENIMIENTO DE LA DOSIS ADECUADA.-

La radiación se aplicará solamente en la zona indicada, y las demás partes del cuerpo se protegerán de la exposición. En la terapéutica con radium, la enfermera ha de vigilar que se quite este metal a la hora exacta indicada por el médico. Una dosis excesiva en la zona tratada puede producir destrucción de tejidos.

Mientras cuida al paciente que tiene aplicado radium, la enfermera debe observar cuidadosamente los signos que indiquen que el aplicador de radio ha cambiado de posición. Si esto sucede sin que se

note, la zona que se está tratando puede estar recibiendo menor cantidad de radiación, en cambio las zonas adyacentes pueden estar expuestas en forma excesiva. Debe tenerse cuidado que las estructuras cercanas a la zona que se está tratando no sufran distensión y de esta manera reciban mayor dosis de radiación de la que pueda considerarse, inocua.

El radio, debe conservarse en un envase grueso de plomo, que se guarda bajo llave cuando no se usa.

Para limpiar un aplicador de radio, se lavará en una jofaina, para evitar el peligro de perderlo en un fregadero con drenaje abierto.

#### CUIDADOS ADECUADOS DE LA ZONA EXPUESTA:

La parte que se está tratando debe conservarse limpia y libre de irritaciones. Se destruyen las células tumorales, pero también las normales están sujetas a las lesiones por radiación, y es necesario tener cuidado de evitar infecciones u otros efectos secundarios.

Al tratar la piel con radiaciones hay que observar las siguientes reglas: En el área afectada no se usarán soluciones, polvos o pomadas que contengan elementos pesados como zinc, bismuto o magnesio, ya que estas sustancias aumentan la potencia de la radiación.

Las zonas deben mantenerse secas, evitando que agua o soluciones acuosas entren en contacto directo con ellas. Deben darse baños de esponja durante el tiempo que dura el tratamiento y durante unas semanas después. No se usará espadrapo en zonas cutáneas afectadas, ya que éste contiene zinc. Se usarán ropas sueltas para evitar irritaciones. Es necesario proteger la zona del calor y fríos extremos, así como del sol, diatermia y otros fenómenos físicos.

Las pacientes que reciben tratamiento con radiaciones para afecciones uterinas han de aplicarse lavados vaginales para limpiar el flujo.

#### TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR RADIACION:

La enfermedad por radiación puede presentarse en diversos grados en los pacientes que están expuestos a este tipo de tratamiento; los síntomas son: náuseas, pérdida del apetito, malestar general, y tendencia a cansarse con mucha facilidad. El tratamiento suele consistir en administración de solución glucosada o salina por vía intravenosa, extracto de hígado y vitaminas en alguna forma. Para prevenir la náusea y el malestar general es útil suspender la comida, durante varias horas antes y después de la exposición a la radiación. Los síntomas como vómito, diarrea, dolor y hemorragia han de tratarse según se necesite.

## MANTENIMIENTO DEL BUEN ESTADO FISICO Y MENTAL:

Ayudar al paciente a que se restablezca del debilitamiento de su estado física y del decaimiento del ánimo son necesidades de importancia capital en el cuidado de enfermería, de los pacientes que reciben tratamiento con radiaciones.

El reposo y el sueño nocturnos, aproximadamente de ocho horas deben complementarse con períodos de descanso durante el día. La dieta debe ser rica en proteínas y carbohidratos, para reparar el tejido destruido y mantener y aumentar el peso corporal. El paciente suele aceptar de buen agrado platillos frecuentes con pequeñas raciones de alimentos, que las tres comidas regulares al día.

Solo mediante atención cuidadosa del medio que rodea al paciente, se logrará inspirarle tranquilidad mental, conservando su habitación o cuarto limpio, atractivo y agradable, y mediante actividades de distracción para mantenerlo ocupado e interesado. Puede pedirse a familiares y amigos que hagan visitas frecuentes al paciente y le inspiren confianza de manera continua, sobre todo en cuanto al interés que tienen en su bienestar.

A los pacientes que reciben tratamiento con radio, no se les permite ir al baño o retrete, por el peligro de que se pierdan pequeñas partículas. Todos los apósitos, ropa de cama y equipo que use el paciente que está siendo tratado con radio, ha de examinarlos cuidadosamente, antes de sacarlos de la habitación o cuarto para tener la seguridad de que no contienen partículas de este metal.

La enfermera ha de manejar el radio solamente con pinzas y trabajar con rapidez para no exponerse en forma indebida a la radiación. Siempre que sea posible el radio se sostendrá a la distancia de los brazos y la enfermera se protegerá con una bata de plomo.

### COBALTO 60:

Semidesintegración, 5.27 años; radiaciones beta y gamma.

### PRUEBA DIAGNOSTICA:

Anemia perniciosa. Se administran 0.5. La prueba puede hacerse en pacientes externos.

### USOS TERAPEUTICOS:

- 1.—Se usan semillas o agujas de Cobalto 60 en lugar de las de radio y radón, en tratamientos intracavitarios o intraparenquimatosos. Para este tipo de tratamiento, se colocan alambres que contienen Cobalto 60 en cápsulas de acero inoxidable que tienen un compartimiento especial para repuestos.
- 2.—El Cobalto, también se usa para irradiación externa, por ejemplo: con Rayos X de alto voltaje. La máquina que contiene el Cobalto es grande y similar en tamaño a la de Rayos X. El irradiador de Cobalto está colocado en el compartimiento de radiación y no presenta peligros. Cuando el tratamiento termina no queda radioactividad en el paciente.

RECOMENDACIONES QUE LA ENFERMERA DEBERA HACER AL  
PACIENTE QUE ESTA RECIBIENDO TRATAMIENTO POR RÁDIACIONES

1.— Durante el tratamiento, no deberá ser lavada con agua y jabón la zona expuesta a las radiaciones, ni durante dos semanas más.

2.— No se dará masaje en la piel afectada, y se impedirá la fricción de ropas personales y de cama.

3.— Se aumentará el ingreso total de líquidos diarios.

4.— Cuando la reacción es lo bastante intensa para justificar el empleo de apósitos, debe aplicarse una capa delgada de pomada de vitamina A y D en la lesión, para impedir la adherencia del apósito. Se aplicará pomada en el apósito, y no sobre la piel. No se emplearán capas gruesas pues ello impide que rezume suero, y de este modo aparezca infección. No se emplearán talcos o pomadas metálicas, ya que el metal que contienen irritarán más la piel.

5.— Si hay solución de continuidad de la piel o desprendimiento de la misma, debe aplicarse solución de violeta de genciana al 1x100, para aliviar el prurito o el dolor.

6.— Por todos los medios la enfermera nunca aplicará a la piel substancias que no haya indicado el médico.

7.— Debe orientarse a los pacientes de consulta externa, a evitar los "baños de sol" durante la terapéutica.

NOTA.— Las reacciones de la radioterapia poco a poco desaparecen después de terminar el tratamiento.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

La prueba directa de que los ganglios invadidos en el cáncer cervical se curan por radioterapia, requeriría una comprobación preliminar de los ganglios antes del tratamiento y una disección completa de los ganglios después de la radioterapia, lo cual es totalmente impracticable. La prueba absoluta de "esterilización" de los ganglios será difícil, muchos de los tratamientos se aplican a enfermas sin invasión ganglionar. Actualmente es difícil establecer una forma cualquiera de resultados comparativos entre los métodos quirúrgicos y terapéuticos modernos.

La posición actual, es que el rádium puede curar el cáncer, cuando la enfermedad está en la cervix y los tejidos paracervicales. Por otro lado la radioterapia, puede lograr la curación de las adenopatías aunque no se ha demostrado todavía.

El caso quirúrgico es aquel en que una extirpación amplia del cáncer del cuello uterino puede ser curativo con tal que la extensión del neoplasma esté limitada al cuello y los tejidos adyacentes próximos. La técnica operatoria radical no es fácil y existe siempre el peligro de una diseminación tumoral. Si la neoplasia se extiende a la vagina, se puede extirpar la mayor parte de la vagina, como parte de la operación radical. En una neoplasia muy precoz y localizada, sólo se extirpa la mitad superior de la vagina.

La principal ventaja que se atribuye a la cirugía reside en que se puede extirpar la mayor parte del campo linfático juntamente con la neoplasia en una sola operación. En los casos correspondientes al estadio I, existe propagación ganglionar linfática pélvica en un 15% de los mismos.

El tratamiento quirúrgico basado en la extensión de la neoplasia, indicando cuando son apropiadas las alternativas quirúrgicas y radioterapéutica en los casos operables. En la mayoría de los casos existe una alternativa radioterapéutica a la operación por carcinoma invasor.

Además la cirugía no está indicada cuando existe una verdadera induración del parametrio. Así, la radioterapia solamente es el tratamiento de elección para los casos en estadios II (parametrio), y estadio III, así como puede aplicarse a los tumores menos avanzados en estadio I y II.

## CARCINOMA DE LA CERVIX EN EL EMBARAZO:

La frecuencia del carcinoma de la cervix coincidente con el embarazo es muy baja: 1 entre 10,000 casos de embarazo aproximadamente. Casi todos los casos de embarazo precoz coincidente con cáncer del cuello uterino se han acompañado de neoplasias relativamente precoces. En fases posteriores al embarazo, el cáncer crece más aprisa y se encuentran neoplasias más avanzadas. En los primeros meses de embarazo, el tratamiento puede hacerse por rádium y radioterapia, y el primer tratamiento de rádium determinará la muerte del feto y su aborto subsiguiente. La alternativa es la histerectomía radical con histerotomía o sin ella.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO

### INTRODUCCION -

La cirugía forma tratamiento de cualquier neoplasia sospecha de ser cancerosa

Existen referencias históricas sobre el tratamiento quirúrgico del cáncer, la más antigua fué encontrada en el Corpus Hipocraticum, en la que ya se mencionaba la extirpación de polipos submucosos, más tarde en el Siglo XVIII, ya fueron numerosas las publicaciones acerca de la cirugía oncológica, en Alemania y Francia.

La extirpación quirúrgica total de cualquier tumor canceroso es considerado el mejor método para el tratamiento del cáncer; aún cuando debe de hacerse una selección entre Cirugía y Radioterapia, dependiendo del caso si es operable o no, como sucede con el cáncer cervicouterino.

### ESTADIOS DEL CANCER Y SELECCION DEL TRATAMIENTO:

#### 1.— CARCINOMA IN SITU, ESTADIO 0:

Biopsia circular o conización profunda (diagnóstica y terapéutica), con vigilancia posterior prolongada; en mujeres de mayor edad que no desean tener hijos, histerectomía con conservación de ovarios.

#### 2.— CARCINOMA IN SITU CON SOLO AREAS MICROSCOPICAS DE INVASION DE LA ESTROMA (CARCINOMA).

- a).— Histerectomía total o salpingoovariectomía bilateral.
- b).— Histerovaginectomía con disección de ganglios.
- c).— Rádium, o rádium y radioterapia.

#### 3.— CARCINOMA DE LA CERVIX, ESTADIO I:

Histerovaginectomía, con un ancho manguito de parametrio y linfadenectomía pélvica.  
Radioterapia (rádium y Rayos X), si la cirugía está contraindicada

por razones médicas, por ejemplo: enfermedad cardiovascular u obesidad.

4.— ESTADIO I:

- a).— Neoplasia grande, en tonel a menudo endocervical.
- b).— Neoplasia en "coliflor" (exofítica).

Aplicación de rádium y radioterapia.

5.— ESTADIO II:

Vagina laterosuperior invadida, parametrio libre.

Si está invadida la pared vaginal anterior con peligro para la vejiga, se prefiere la radioterapia. Si está invadida la pared vaginal posterior, con peligro real para el recto, es preferible la cirugía con extirpación del recto y vagina como parte del Wertheim. Rádium y radioterapia.

- 6.— ESTADIO II; Conducto cervical superior invadido hasta el endometrio. Carcinoma del cuello y cuerpo uterino. Se prefiere el Wertheim (Histerovaginectomía con disección de ganglios).

Rádium y radioterapia, pero el rádium tiene inconvenientes cuando está afectado el cuerpo uterino.

7.— ESTADIO I ó II CON "MASA" PELVICA:

Por ejemplo: quiste ovárico, hidrosalpinge, piosalpinge, grandes fibromas.

Wertheim con extirpación de la "masa".

8.— ESTADIO I ó II CON EMBARAZO:

- a).— Histerectomía (primeros meses de embarazo) y además Wertheim.
- b).— Cesárea a término y además Wertheim.
- c).— Cesárea a término con retraso de dos a tres semanas para permitir la involución del útero y reducción de la vascularización y después Wertheim.
- d).— Rádium y radioterapia. (primeros meses del embarazo).
- e).— Cesárea seguida de rádium y radioterapia. (Últimos meses del embarazo).

9.— CARCINOMA POSTHISTERECTOMIA SUBTOTAL (MUÑON CERVICAL).

Si es muy precoz, extirpación y disección de ganglios. Es preferible la radioterapia.

- 10.— ADENOCARCINOMA EN ESTADIO I ó II (con probable invasión ganglionar).  
Se prefiere el Wertheim. En su respuesta a la radioterapia, se considera el adenocarcinoma más resistente que el carcinoma de células escamosas.
- 11.— ESTADIO IV:  
VEJIGA INVADIDA, PARAMETRIO RELATIVAMENTE LIBRE.  
Wertheim más extirpación de la vejiga; implantación de los uréteres en el colon o mejor a una asa íleal.
- 12.— ESTADIO IV: INVASION DEL RECTO, PARAMETRIO RELATIVAMENTE LIBRE:  
Wertheim más extirpación de toda la vagina, ano-recto y colostomía terminal.
- 13.— ESTADIO IV: RECTO Y VEJIGA INVADIDOS POR UNA NEOPLASIA MASIVA.

#### CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PRE Y POST OPERATORIOS.

##### ORIENTACION AL PROCEDIMIENTO.

El paciente hospitalizado para ser intervenido quirúrgicamente, por lo regular sabe que es necesario ese método, pues su médico se lo ha comunicado semanas o días antes de su ingreso. En el periodo de espera antes de su ingreso, hay bastante tiempo para que en el aparezcan aprensión y temor. La enfermera puede ser muy útil para disipar los temores del paciente al valorar en primer término, lo que el sabe de su operación, y si sus conocimientos son adecuados, también explicarle en detalle la serie de hechos que ocurrirán durante los periodos preoperatorios, transoperatorio y postoperatorio.

La preparación psicológica para cada enfermo varía un poco, dado que varían las necesidades de cada sujeto, con la edad, sexo, posición en la familia y en el grupo social, ocupación, diagnóstico y otros factores.

Si es necesario llevar al paciente a otro departamento después de la cirugía, debe comunicarsele antes de la operación.

##### PREPARACION FISICA

Por lo regular los pacientes se internan en el hospital un día antes de su operación.

##### PREPARACION EN EL DIA DE LA ADMISION:

- 1.— El médico practicará el examen físico, poniendo especial interés en corazón, pulmones y riñones.

- 2.— Estudios de Laboratorio y Rayos X.
- 3.— En la oficina de admisión, el paciente ha de firmar el permiso para ser operado.
- 4.— Obsérvese con cuidado las reacciones físicas y mentales.
- 5.— Aumentar la ingestión de líquidos y administrarse dieta ligera normal.
- 6.— Instruir al paciente sobre las actividades postoperatorias.
- 7.— Prestar atención a la higiene personal.
- 8.— Es importante que el paciente guarde reposo.

#### PREPARATIVOS EN LA NOCHE ANTERIOR A LA OPERACION:

- 1.— Preparación de la piel.
- 2.— Aplicación de la enema.
- 3.— Administración de un sedante.
- 4.— El paciente tomará comida ligera por la tarde.
- 5.— Después de la medianoche se suspende todo medicamento y alimento por vía oral.
- 6.— Retirar protesis dentales (o demás).
- 7.— Retirar cosméticos y barniz de uñas, para darse cuenta si se presenta cianosis.

#### PREPARACION DEL PACIENTE EL DIA DE LA OPERACION:

- 1.— Toma de Signos Vitales, informando inmediatamente de cualquier anormalidad.
- 2.— Colocar en un lugar seguro las pertenencias del paciente.
- 3.— La vejiga debe ser vaciada inmediatamente antes de que el paciente vaya al quirófano.
- 4.— Al ser llevado al quirófano el paciente tendrá ropas flojas y bata hospitalaria. El cabello deberá ir recogido y colocársele un gorro.
- 5.— La medicación preoperatoria se administra cuando ya se hayan cumplido las otras etapas de la preparación.
- 6.— Expediente y Radiografías.

#### CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES EN POSTOPERATORIO:

##### INMEDIATO:

Después de que el paciente ha sido llevado al quirófano la enfermera prepara el cuarto para su regreso. El equipo necesario para hacerlo, depende del tipo de intervención y las costumbres y facilidades del hospital. La mayor parte de los hospitales cuentan con una unidad a la que se transporta al paciente inmediatamente después de la intervención, y en ella se le mantiene y observa, hasta que se recupera totalmente de la anestesia. Esta unidad se llama comunmente cuarto de recuperación. Suele estar cerca del quirófano y está equipado con todo lo necesario para la asistencia postoperatoria y cualquier tipo de urgencias quirúrgica y post anestésicas. En este cuarto tienen dispuesto, pa-

ra su uso inmediato; equipos de oxigenoterapia, aparato de respiración, máscara, pinzas para lengua, aditamentos para mantener permeables las vías aéreas en forma artificial, baumanómetro, instrumentos estériles, fármacos, soluciones, ropa blanca y utensilios.

El equipo de urgencia incluye instrumentos de traqueostomía y flebotomía, de masaje cardíaco a cielo abierto, desfibrilador cardíaco eléctrico, marcapaso cardíaco, así como un respirador.

En instituciones donde no hay cuarto de recuperación, la enfermera debe saber donde colocar los artículos que puedan necesitarse en urgencias postoperatorias. El equipo necesario, para el cuidado postoperatorio inmediato se coloca en la mesa que está al lado de la cama del paciente.

La asistencia de enfermería en el postoperatorio, se basa en la prevención de molestias y complicaciones postoperatorias, y la rehabilitación del paciente. Los métodos para alcanzar estos objetivos empiezan cuando el paciente pasa del quirófano al cuarto de recuperación. Como la mayor parte de las instituciones han adoptado el uso del cuarto de recuperación, la técnica de enfermería empleada en el periodo postoperatorio puede clasificarse así:

- 1).— La que se aplica al paciente cuando se recupera de la anestesia.
- 2).— La que se aplica una vez ya recuperado.

#### **DURANTE LA RECUPERACION DE LA ANESTESIA:**

Los objetivos del cuidado de enfermería durante estos periodos y sus métodos son:

#### **CONSERVACION DE LA VIAS AEREAS PERMEABLES:**

Para ello se toman las siguientes medidas:

- a).— Colocar en posición adecuada al paciente.
- b).— Aplicar el aparato de aspiración, para eliminar secreciones de garganta, cuando sea necesario, y
- c).— Cambio de posición del paciente, vigilar continuamente por si se presentan náuseas y vómitos.

#### **VIAS AEREAS ARTIFICIALES:**

Se introduce una cánula por la boca del paciente antes y después de ir al cuarto de recuperación. Dicha cánula mantiene la lengua del paciente hacia adelante y asegura que no se obstruya la respiración. Estas cánulas están hechas de plástico, caucho duro o suave, o metal. Se retirará cuando el paciente comience a arquear o a empujarla con la lengua. Esto indica recuperación del reflejo de deglución. Puede ser necesario un abatelenguas para mantener separados los dientes durante el tiempo que dure la aspiración de secreciones.

#### POSICION ADECUADA DEL PACIENTE:

En circunstancias ordinarias, se le coloca en posición lateral, para impedir aspiración de secreciones. Si está contraindicada esta posición, como sucede en algunos tipos de cirugía, se le coloca en decúbito dorsal, pero con la cabeza volteada hacia un lado.

#### MANERA DE ASPIRAR SECRECIONES DE GARGANTA:

Mientras no se recupere el reflejo de deglución, las secreciones de la garganta han de aspirarse cada vez que sea necesario. Introducir la sonda en la boca del paciente hasta llegar a la garganta, si no puede abrirse la boca, introducir la sonda por la nariz, en este caso, al introducir y quitar la sonda hay que oprimirla, para no causar daño en la mucosa.

#### PREVENCION DE CAIDAS DEL LECHO:

Esto se logra poniendo aditamentos laterales metálicos en la cama y por vigilancia continua. El paciente anestesiado en ningún momento debe dejarse solo.

#### USO DE ADITAMENTOS LATERALES DE METAL:

Si el paciente regresa a su cuarto, después de la operación éstos serán colocadas en su cama:

#### TECNICAS ADICIONALES:

##### ALIVIO DEL DOLOR:

- a).— Empleo de analgésicos.
- b).— Asistencia cuidadosa del paciente al moverlo.
- c).— Evitar ruido y confusión.
- d).— Cambio de posición con la frecuencia adecuada y procurando posturas cómodas.
- e).— Fijación correcta de las sondas de drenaje.

#### OBSERVACION DE SIGNOS DE CHOQUE Y HEMORRAGIA:

- 1.— Hay que medir y anotar los signos vitales cada 15 minutos, (a menos que se indique otra cosa) hasta estabilizarse.
- 2.— Observar frecuentemente los vendajes en busca de hemorragia.
- 3.— Observar vómitos y el líquido aspirado, en busca de sangre.
- 4.— Vigilancia de apósitos de herida quirúrgica.

#### ATENCION AL EQUILIBRIO DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS:

- 1.— Anotar ingreso y eliminación de líquidos.

2.— Administrar líquidos por vía intravenosa, como lo haya ordenado el médico.

#### ATENCION A LA HIGIENE PERSONAL:

- 1.— Cambiar la ropa de cama y bata, cuando sea necesario.
- 2.— Limpiar secreciones y sudor de la cara.

#### OBSERVACION DE SIGNOS DE DESPERTAR:

- 1.— Movimientos involuntarios, deglución, pestañeo y respuestas a estímulos dolorosos que preceden a la reaparición de la conciencia.
- 2.— El paciente no está plenamente conciente hasta que responde por su nombre, contesta preguntas correctamente y responde con movimientos coordinados al hacerle una indicación.

#### HOJAS DE REGISTRO:

Los registros se hacen al momento, anotando las observaciones y tratamientos relacionados con el cuidado de enfermería.

La recuperación de la anestesia se considera completa cuando el paciente ya está plenamente conciente. Si no hay problema especial que requiera cuidado intensivo, se saca al paciente del cuarto de recuperación en cuanto esté conciente. La decisión para llevarlo a su cuarto es tomada por el cirujano, ayudantes o por el anesthesiólogo.

#### DESPUES DE RECUPERAR LA CONCIENCIA:

Muchos de los cuidados de enfermería durante la recuperación de la anestesia, se repiten en el siguiente período:

#### ALIVIO DEL DOLOR:

- 1.— Empleo de analgésicos, según se necesite, generalmente durante 48 horas después de la operación. Solo deben administrarse cuando las molestias del paciente no puedan aliviarse por otros medios.
- 2.— Empleo de las otras medidas de enfermería ya mencionadas.

#### ATENCION DE LA HIGIENE PERSONAL:

- 1.— Poco después de que el paciente se ha recuperado por completo de la anestesia, se le pone bata hospitalaria limpia, y cuantas veces sea necesario se le cambia la ropa de cama.
- 2.— Es importante la higiene bucal, porque la boca se siente seca y además no puede permitirse ningún alimento por ésta vía, durante varias horas. Cuando no se cuida la boca, la lengua y la mucosa se irritan, pudiendo presentarse parotiditis. Los dientes deben cepillarse varias veces al día, enjuagando bien la boca. En caso de que no se vaya

a permitir al paciente nada por vía oral durante un período prolongado, deben tenerse cuidados especiales de la boca cada hora: lavando la boca con agua bicarbonatada frecuentemente, y aplicación de vaselina en labios, para impedir resequedad de los mismos.

3.— Suele requerirse asistencia de las necesidades higiénicas, desde el día siguiente de la operación.

#### OBSERVACION DE CHOQUE Y HEMORRAGIA:

La observación de los síntomas, especialmente los de hemorragia, debe hacerse con frecuencia, durante las primeras 24 horas.

#### MANERA DE AYUDAR A QUE EL APARATO DIGESTIVO SE NORMALICE:

- 1.— Los métodos utilizados para aliviar náuseas y vómitos, son:
  - a).— Instruir al paciente para que respire profundamente.
  - b).— Para que permanezca acostado un poco.
  - c).— Para que al moverse lo haga lentamente. Si las náuseas y los vómitos persisten más de unas horas después de que el paciente se haya recuperado de la anestesia, se informará al médico.
- 2.— Puede administrarse agua en cuanto desaparezcan náuseas y vómitos, y antes del agua puede darse té o caldo.
- 3.— Hay que evitar leche, chocolate y jugo de naranja, durante los primeros días, porque provocan la formación de gas.
- 4.— La dieta es prescrita por el médico, según el tipo de cirugía y padecimiento.
- 5.— Algunos médicos prescriben laxantes o enemas, para estimular la defecación.
- 6.— Para aliviar los dolores por gas;
  - a).— Debe instruirse al paciente para que no degluta aire, especialmente al beber.
  - b).— Hay que eliminar todos los alimentos que formen gas.
  - c).— Instruir al paciente a moverse en la cama, a que se levante de ella o ambas cosas.
  - d).— Por indicación médica, introducir una sonda rectal, preparada para aliviar el meteorismo.

#### MANERA DE PREVENIR COMPLICACIONES RESPIRATORIAS:

- 1.— Cambio de posición del paciente, cuando menos cada dos horas.
- 2.— Ayudarle a que haga ejercicios respiratorios profundos. Para ellos, se siguen uno o más de los siguientes métodos, según lo indique el cirujano.

A.— Indicar al paciente que haga una inspiración profunda, y luego que tosa varias veces. Puede ser necesario que la enfermera coloque su mano en el lugar de la insición, ya que al toser el paciente siente que le duele ésta. Informar al paciente sobre el valor de este ejercicio,

para que coopere y tosa profundamente como le sea posible.

B.— Indicar al paciente como deben hacer los ejercicios de inspiración y expiración en una bolsa de papel. La acumulación de bióxido de carbono en la bolsa estimula la respiración profunda. Este ejercicio suele hacerse cada una o dos horas.

C.— El médico generalmente ordena que la botella para inflar se use cada una o dos horas. Enseñar al paciente cómo debe inflar en la botella (con fuerza suficiente) para que provoque la formación de burbujas dentro de ella.

#### PREVENCION DE COMPLICACIONES CIRCULATORIAS:

1.— AMBULACION TEMPRANA.

2.— Enseñar al paciente la manera de flexionar y extender ambos brazos y piernas varias veces cada hora, aún estando en la cama.

#### ATENCION A LA ELIMINACION DE ORINA:

1.— Anotar con sumo cuidado el ingreso de líquidos y la eliminación de orina por lo menos durante 24 horas después de la operación.

2.— Si el paciente no evacúa 200 a 400 ml., durante seis a ocho horas, después de la operación se informará al médico.

3.— Si el paciente no orina en un término de seis a ocho horas, después de la operación, es posible que se indique aplicación de sonda vesical.

4.— Se buscan síntomas de retención con rebosamiento (evacuaciones de cantidades pequeñas y frecuentes).

#### TRATAMIENTO POR QUIMIOTERAPIA.

La quimioterapia constituye una tercera modalidad terapéutica entre las importantes para los pacientes cancerosos. Aunque la Cirugía y la Radioterapia sean tratamientos anticancerosos efectivos, el médico tiene aún que enfrentarse con las recidivas de la enfermedad, así como con el problema del cáncer inicialmente avanzado. No se dispone de ninguna referencia fidedigna sobre "curación" del cáncer una vez que se haya en estado avanzado, aunque se han conocido casos aislados, en los que al parecer se había producido ésta. No obstante el concepto de control de cáncer es algo real, siendo posible considerar a la enfermedad como crónica a la luz de los más recientes avances en quimioterapia.

#### LO QUE EL PACIENTE DEBE CONOCER:

Los médicos no se han puesto de acuerdo acerca de lo que se debe decir al paciente sobre el cáncer existente. Las opiniones varían des-

de los que creen que no se les debe decir nada, hasta de los que son de la opinión opuesta de decirle todo lo relacionado con el cáncer y su pronóstico. El médico que atiende a un paciente, tendrá en cuenta la personalidad de éste y su respuesta potencial a dicha información; no es posible hacer recomendaciones generales. Con los muchos medios de divulgación existentes, el paciente actual está informado acerca de los problemas del cáncer. En muchos casos, sin embargo, ésta información dará lugar a malas interpretaciones de los hechos. Es esencial que el paciente reciba suficientes explicaciones para aliviar sus temores y le proporcionen estímulo y una esperanza realista. Bajo ninguna circunstancia se le facilitará a los pacientes información falsa. La mayoría de los enfermos prestan atención a una información fidedigna de su problema. El médico debe facilitar la ayuda que el paciente necesita durante la fase de información. Cuando se le dice a un paciente que tiene un cáncer avanzado, esta información debe ir seguida por una descripción agresiva y positiva para los futuros planes, para el control de la enfermedad. Esta necesidad no implica un resultado optimista, sino simplemente una demostración de que el médico va a emprender un gran esfuerzo para controlar la enfermedad, en un intento para rehabilitar al paciente y aliviar sus penosos síntomas. Con este enfoque positivo, la mayor parte de los pacientes demostrarán poseer un coraje y entereza razonables para hacer frente a los problemas del futuro. Un punto de vista pesimista por parte del médico o las "mentiras piadosas" acabarán por desalentar al paciente y por enfriar las relaciones entre el médico y éste.

Un paciente informado de la presencia de un cáncer avanzado, debe recibir una explicación adecuada de la quimioterapia que va a recibir. Cuando va a emplearse un medicamento en fase experimental es importante que el médico describa el método del tratamiento y los efectos generales de la quimioterapia, a menos que opine que dicha información puede perjudicar el bienestar de su paciente. El paciente está entonces en disposición de hacer frente a las alteraciones fisiológicas sin sorpresa alguna o aprensión.

#### MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO POR QUIMIOTERAPIA EN EL CANCER CERVICOUTERINO.

##### A).— AGENTES ALQUILANTES POLIFUNCIONALES:

Gran número de compuestos con estructuras químicas diferentes se identifican como agentes alquilantes y producen lesiones celulares, por un mismo mecanismo. Un agente alquilante reaccionará en cierto grado con todos los componentes de las células, pero su efecto sobre el ácido desoxirribonucleico (DNA), es particularmente crítico, causando lesión o muerte de la célula. Los agentes alquilantes parecen actuar sobre el DNA, cruzando cadenas de DNA a cadenas de DNA con histona, o bien reaccionando selectivamente con guanina para romper una cadena. El DNA lesionado que constituye el material genético de la célula

que dirige las funciones celulares, no puede repararse fácilmente por sí solo, y la célula pierde la capacidad de funcionar normalmente o duplicarse. Tanto las células normales como las neoplásicas, sobre todo las que proliferan rápidamente, son lesionadas o destruidas.

#### 1.— THIO—TEPA:

Se incluye porque parece ser tan eficaz como HN2 por vía intravenosa y no tiene tanta tendencia a producir náuseas y vómitos; puede emplearse en pacientes de consulta externa. El producto de THIO-TEPA, se usa principalmente para iniciar una serie terapéutica con agentes alquilantes como dosis de sostén en pacientes ambulatorios administrando una inyección intravenosa cada semana o cada dos semanas.

#### 2.— CICLOFOSFAMIDA:

Puede darse por vía intravenosa o por vía oral en dosis de 400 a 500 mg. diariamente durante cuatro días y por seis semanas y repetirlo según aceptación al tratamiento y criterio médico. Hay la impresión documentada en un estudio, de que dosis terapéuticas equivalentes de ciclorosamida producen menor inhibición de plaquetas que los demás agentes alquilantes. Aunque la ciclofosfamida pocas veces produce náuseas y vómitos, y suele ser bien tolerada, tiene dos acciones tóxicas (la producción de alopecia, y la cistitis, que puede ser hemorrágica) que no suelen observarse con los demás alquilantes. La ciclofosfamida tiene propiedades muy peculiares como alquilante, que recomiendan su empleo en ocasiones muy específicas.

#### B).— ANTIMETABOLITOS:

Los antimetabolitos utilizados en quimioterapia del cáncer actúan sobre vías relacionadas con la biosíntesis de purinas y pirimidinas y las conversiones mutuas de estos compuestos. La interferencia con la producción de sustancias esenciales para la formación de DNA, RNA y coenzimas, es causa de destrucción de la célula.

#### 1.— METHOTREXATE:

Es el antagonista del ácido fólico más ampliamente utilizado, ninguno de los productos similares tiene ventaja sobre él. Se administra por vía oral y es rápidamente absorbido por el intestino. El ácido fólico puede proteger contra la toxicidad del methotrexate. Sin embargo, cuando ya se ha manifestado la toxicidad del methotrexate, el ácido fólico no impide su progresión. El ácido fólico tiene que darse antes o después de una dosis tóxica de methotrexate, para evitar sus efectos. El ácido fólico en la práctica se utiliza para evitar la acción tóxica general del methotrexate que se administra por inyección intravenosa continua en la arteria que riega una zona donde reside el tumor.

## 5—FLUORURACILO

El fluoruracilo viene preparado para inyección intravenosa, todavía no se encuentra un preparado especial para ser administrado por vía oral con buenas características de absorción. Puede administrarse por vía intravenosa directa, pero se ha comprobado que es menos tóxico si se aplica con solución Glucosada o Salina Isotónica con lentitud. Se ha señalado que la 5-fluorodesoxiuridina, era más eficaz que el 5-fluoruracilo aunque no está confirmado aún. Algunos antibióticos relacionados de estructura conocida, azaserina, norleucina (DON) y diazomicina, son antagonistas de la glutamina e inhiben la biosíntesis de purina. El tratamiento se aplica: 500 mg. de 5-fluoruracilo diariamente durante 5 días y se repite según criterio médico durante varias semanas.

## ESTEROIDES SUPRARRENALES:

Hay muchos esteroides suprarrenales disponibles, pero la PREDNISONA, es uno de los más utilizados en terapéutica cancerosa. Es activo por vía oral y su dosis varía entre 10 y 100 mg. Raramente hay indicación para administrar esteroides por vía parenteral; cuando es necesario se dispone de hemisuccinato de prednisona. (METICORTELONA). Se emplea como elemento de sostén y para lograr sensación de bienestar en el paciente con cáncer avanzado. Su dosis varía de acuerdo al peso, talla y edad del paciente.

## ALCALOIDES DE VINCA:

### VINCRISTINA (ONCOVIN).

Tiene poderosa acción neurotóxica; las neuritis periféricas, ileoparalíticas, y parálisis diversas que puede producir, son muchos más notables que la lesión de la médula ósea. Se aplica en dosis de 1 a 5 mg. según criterio médico, en vía intravenosa muy lenta.

En el tratamiento por quimioterapia se les hará las indicaciones precisas a los pacientes que lo recibirán puesto que algunos medicamentos tienen la acción de producir náuseas, vómitos y la tendencia de que el cabello se caiga, se les explicará que dejarán de sentir tales molestias al terminar de recibir el tratamiento y que el cabello volverá a salir.

## CRISIS EMOCIONAL DEBIDO AL DIAGNOSTICO DE CANCER COMUNICACION DEL DIAGNOSTICO:

El cáncer es tan ubicuo y afecta a tantas personas sin que pueda preverse en ningún momento donde dará su siguiente golpe que cualquiera sabe bien el peligro que representa, y todos le temen. La racionalización que se manifiesta por: "no puede pasarse ni a mí, ni a mi familia", es un mecanismo de defensa común que constituye un problema de interacción cuando se confirma el diagnóstico de cáncer. La enfer-

mera debe recibir del médico las instrucciones acerca de sus funciones, pero muchas veces tiene que atender a un paciente con diagnóstico de cáncer, y cuyo médico no quiere hacérselo saber o cuya familia quiere "proteger" a su ser querido conservando secreto el diagnóstico; deberá estudiar y adaptar sus propias maneras de pensar respecto al cáncer, para poder establecer con el paciente relaciones de apoyo auténtico. Se inicia así un juego entre el paciente, la familia y el personal de salud, de tipo "Sabe usted lo que yo sé"? y "No le demos malas nuevas al enfermo".

#### REACCION AL DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de cáncer desencadena una crisis emocional en el paciente y en la familia. Esta situación requiere mucha comprensión, delicadeza y compasión por parte de la enfermera, que debe ser sensible a la dinámica de interacción en esta familia durante la crisis.

Frente a un diagnóstico reciente, el problema suele centrarse en la idea que tiene la familia de que habrá de soportar mejor el diagnóstico que el propio enfermo; esta familia alivia en parte su carga tratando de ocultar las malas nuevas al paciente. Un problema más difícil para la enfermera es cuando ni el paciente, ni la familia pueden o quieren aceptar el diagnóstico.

Esta crisis de situación debida al diagnóstico se complica por el impacto emocional que causa la palabra "CANCER". Para el público en general la palabra cáncer es sinónimo de muerte. La trabajadora de salud debe en primer lugar confrontar el impacto emocional sobre quienes sufren la crisis representada por el cáncer. La enfermera debe ayudar o tratar de ayudar al paciente y a la familia a aceptar el diagnóstico de cáncer de la mejor manera posible.

La participación emocional de la familia y de los amigos del enfermo de cáncer es un factor positivo. Demuestra preocupación por el estado del paciente. La enfermera debe confirmar las ideas procedentes de sus contactos con el paciente y la familia para saber si las reacciones emocionales que observa provienen de sentimientos de culpa o del temor a una pérdida inminente. La actitud terapéutica de la enfermera, depende del origen de la reacción emocional, y si se trata de un sentimiento de culpa, de rechazo o ambas.

La participación de la familia en la atención del enfermo de cáncer puede entrañar sentimientos de culpa, o puede ayudar a los miembros de la familia que deben sobreponerse al tipo de problemas. Para la familia, el diagnóstico de cáncer suele significar un cambio de tipo de vida. Son importantes todas las actividades que la enfermera desarrolla en la atención del enfermo de cáncer. Reflejan la necesidad de todo paciente ser aceptado y apoyado.

Se busca individualizar la atención, cumplir un papel de auditor

receptivo, mostrar un interés sincero por el paciente y los que los rodean, y en último lugar, tener para responder a las necesidades físicas del enfermo. Todas estas metas pueden lograrse mejor si intervienen parientes cercanos en la atención del enfermo. La enfermera debe indagar si la familia está dispuesta a intervenir de esta manera, para enseñar, guiar y vigilar la realización de las tareas, establecer la capacidad de la familia para aprender y llevar a cabo satisfactoriamente los pasos necesarios, y respetar el deseo del paciente como elemento final del grado de intervención deseable por parte de la familia.

La sospecha de un cáncer, y su confirmación por el diagnóstico suelen desencadenar una reacción similar tipo emocional al paciente moribundo. Quizá no todos los enfermos muestran etapas de rechazo, ira, discusión, depresión y aceptación, y quizá no se pase en la forma ordenada de una etapa a otra. No es raro un período incierto entre las diversas etapas:

#### **RECHAZO:**

Antes del diagnóstico de cáncer, no es raro encontrar una etapa de rechazo. Un paciente que teme padecer un cáncer está fundamentalmente atemorizado, piensa que toda ayuda es inútil y toda esperanza remota, por la naturaleza abrumadora de los posibles efectos del cáncer, muchas veces retrasa el diagnóstico y el tratamiento, esperando que el problema se resolverá solo. La enfermera en cuyas palabras y acciones demuestran su respeto del paciente como individuo único, descubre pronto que la confianza que logra permitir al paciente descubrir sus pensamientos y temores profundos acerca del cáncer. Muchas veces es la enfermera quien tiene el privilegio de poder ofrecer al paciente la ayuda de este difícil momento de la vida. Los miembros de la familia no tienen este privilegio, porque también en ellos existe un rechazo intelectual del diagnóstico.

#### **IRA:**

Es común la conducta que asumen en este momento al tener el diagnóstico de cáncer ya que tratan de buscar llamar la atención, rehusar al tratamiento, cooperar con el personal médico y paramédico, pero la enfermera como buena observadora tratará de aceptar estas crisis, mostrando atención y paciencia al cuidado del paciente y percatarse de que ésta crisis de ira no es sino una expresión de su temor de sufrir un cáncer.

#### **DISCUSION:**

La esencia de curarse era asimilar a un "permiso de vivir".

#### **DEPRESION:**

Después de confirmado el diagnóstico se oscila entre el rechazo

y la ira, pero en su estado psicológico, se basa en una reacción depresiva. El aislamiento voluntario de otras personas, su limitación de actividad, su desinterés general en las diversiones de cualquier tipo, se refleja el estado depresivo.

En ningún aspecto la enfermería queda al margen de este enigma que se llama "cáncer". Ningún ser humano está a salvo de esta insidiosa enfermedad que no respeta ni edad, ni sexo, ni estado social, ni económico o fisiológico.