



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

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN TERAPIA
RESPIRATORIA.**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE
CANCER PULMONAR**

AUTOR:

ZULLY JULEIDY PAREDES GAVILANEZ

TUTOR

DR. ROGELIO FERNANDEZ MARTINEZ

BABAHOYO-LOS RIOS-ECUADOR

2021

Contenido

TITULO DEL CASO CLINICO	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
MARCO TEORICO	10
1.1 Justificación	17
1.2 Objetivos	18
1.2.1 Objetivo General	18
1.2.2 Objetivos específicos	18
1.3 Datos generales	19
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	20
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	20
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)	20
2.3 Examen físico (exploración clínica)	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	22
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	23

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	23
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando los valores normales	23
2.8 Seguimiento	23
2.9 Observaciones.....	24
CONCLUSIONES.....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26

TITULO DEL CASO CLINICO

**PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE
CANCER PULMONAR**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios en primer lugar, porque sin el nada soy,

A mis padres, por todo el apoyo brindado,

A mi familia, por estar junto a mí,

A mis amigos, por los buenos momentos vividos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios en primer lugar, sin el nada soy,

A mis padres, por todos sus consejos, y palabras de aliento,

A la Universidad Técnica de Babahoyo, por abrirme sus puertas para continuar mis estudios,

A mis docentes, por todo el conocimiento transmitido,

A mi tutor Dr. Rogelio Fernández Martínez, por toda su guía en esta última etapa.

RESUMEN

El cáncer de pulmón es la mayor causa de muerte en comparación a los demás tipos de cáncer.

Los síntomas engloban desde tos, malestar general, pérdida de peso, y de menor aparición la hemoptisis.

Su diagnóstico se da mediante radiografías de tórax o por TC, y su confirmación es través de una biopsia. Aunque también se puede realizar una cirugía, pero eso dependiendo del estado de la enfermedad.

El tratamiento se basa en cirugía, quimioterapia, radioterapia o un combinado de todos ellos.

Su supervivencia es de aproximadamente 5 años dependiendo del paciente.

El riesgo de cáncer de pulmón incrementa debido a la exposición en relación a toxinas y tabaquismo. Otros factores de riesgo posibles o confirmados incluyen la contaminación en el aire, fumar marihuana, la exposición constante y temporal al humo del cigarrillo y la relación a agentes carcinógenos como el amianto, la radiación, el radón, el arsénico, los cromatos, el níquel, los éteres del clorometilo, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, también el gas mostaza, las emisiones de horno de coque, las cocinas antiguas, y la calefacción en chozas o cabañas, entre muchos otros.

Palabras claves: cáncer, biopsia, quimioterapia, radioterapia,

ABSTRACT

Lung cancer is the leading cause of death compared to other types of cancer.

Symptoms range from cough, general malaise, weight loss, and lesser onset hemoptysis.

Its diagnosis is given by chest x-rays or CT, and its confirmation is through a biopsy. Although surgery can also be performed, but that depending on the state of the disease.

Treatment is based on surgery, chemotherapy, radiation therapy, or a combination of all of them.

Its survival is approximately 5 years depending on the patient.

The risk of lung cancer increases due to exposure to toxins and smoking. Other possible or confirmed risk factors include air pollution, smoking marijuana, constant and temporary exposure to cigarette smoke and the relationship to carcinogens such as asbestos, radiation, radon, arsenic, chromates, nickel , chloromethyl ethers, polycyclic aromatic hydrocarbons, also mustard gas, coke oven emissions, old stoves, and heating in huts or cabins, among many others.

Keywords: cancer, biopsy, chemotherapy, radiotherapy,

INTRODUCCION

El cáncer de pulmón es la mayor causa de muerte en comparación a los demás tipos de cáncer.

Los síntomas engloban desde tos, malestar general, pérdida de peso, y de menor aparición la hemoptisis.

Su diagnóstico se da mediante radiografías de tórax o por TC, y su confirmación es través de una biopsia. Aunque también se puede realizar una cirugía, pero eso dependiendo del estado de la enfermedad.

El tratamiento se basa en cirugía, quimioterapia, radioterapia o un combinado de todos ellos.

Su supervivencia es de aproximadamente 5 años dependiendo del paciente.

El riesgo de cáncer de pulmón incrementa debido a la exposición en relación a toxinas y tabaquismo. Otros factores de riesgo posibles o confirmados incluyen la contaminación en el aire, fumar marihuana, la exposición constante y temporal al humo del cigarrillo y la relación a agentes carcinógenos como el amianto, la radiación, el radón, el arsénico, los cromatos, el níquel, los éteres del clorometilo, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, también el gas mostaza, las emisiones de horno de coque, las cocinas antiguas, y la calefacción en chozas o cabañas, entre muchos otros.

Este caso clínico se refiere a paciente masculino de 60 años de edad ingreso a urgencias por presentar tos con expectoración con sangre de una evolución de 10 días, acompañado de dolor en la región precordial y dorsal, también refiere cuadros de fatiga crónica además de pérdida de peso y disnea de pequeños esfuerzos.

MARCO TEORICO

CANCER PULMONAR

El carcinoma pulmonar es la mayor causa de muertes en relación con el cáncer alrededor del mundo. Cerca del 85% de los casos tienen relación con el hábito de fumar. Los síntomas pueden englobar la tos, malestar o dolor en el tórax, pérdida de peso y, con una frecuencia inferior, hemoptisis; no obstante, varios pacientes se padecen de una enfermedad metastásica junto a algún síntoma clínico. El diagnóstico se realiza habitualmente mediante radiografías de tórax o indagación por TC y se da la confirmación por biopsia.

El proceso del cáncer de pulmón es parecido a otros tipos de cáncer. La célula normal que se transforma en la célula tumoral se encuentra en el epitelio.
(Remon, 2019)

Dependiendo el estado de la enfermedad, el tratamiento se basa en una cirugía, quimioterapia, radioterapia o un combinado de todos estos procesos. En los últimos tiempos, el pronóstico de un paciente que padece de cáncer de pulmón fue negativo, únicamente un 15% de los afectados sobrevive > 5 años a partir del diagnóstico. Los pacientes con enfermedad en estado IV o metastásica, el porcentaje de supervivencia a los 5 años fue < 1%.

El cáncer es una enfermedad la cual las células del cuerpo se multiplican sin control. Si el cáncer se origina en el pulmón, se denomina cáncer de pulmón.
(CDC, 2020)

No obstante, los resultados han cambiado positivamente a causa de la identificación de ciertas mutaciones que pueden ser objetivos para la terapia y las tasas actuales de supervivencia a 5 años son del 19% (23% para las mujeres y 16% para los hombres).

METODO DE DIAGNOSTICO

Se tiene sospecha de un cáncer pulmonar (CP) posteriormente de la aparición de una imagen radiológica con relación en un paciente normalmente sintomático. El procedimiento para conseguir una confirmación citohistológica se basa en el tamaño y localización de la lesión pulmonar, de la posibilidad de posibles metástasis extratorácicas y del comportamiento terapéutica previsto. El esquema diagnóstico debe guiarse mediante el uso del proceso mayormente adecuado para el diagnóstico y estadificación, de igual manera evitar pruebas que generen molestias, potencialmente lesivas o innecesarias.

Por lo general, los cánceres de pulmón surgen en las células que revisten los bronquios y otras partes del pulmón, como los bronquiolos o los alvéolos. (American Cancer Society, 2019)

En pacientes con sospechas de metástasis extratorácica, el análisis de muestras citohistológicas de una lesión secundaria la cual es habitualmente a través de punción o aspiración con aguja fina o aguja de cortes es la opción más rápida para conseguir el diagnóstico y la estadificación del padecimiento. Desafortunadamente, muchas veces es difícil su elaboración como en los casos de las lesiones cerebrales, teniendo en cuenta una biopsiar la lesión primaria por el método que se considere más adecuado.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es otro factor de riesgo. Asimismo, lo es la fibrosis pulmonar difusa, especialmente idiopática (FPI). (Pefaur, 2018)

Cuando el tumor primario está acompañado de un derrame pleural, el proceso más eficaz es realizarle un estudio; el estudio citológico del líquido pleural posee más sensibilidad que la biopsia pleural ciega, al asentar en principio las metástasis de manera predominante en la pleura visceral; sin embargo, la biopsia pleural por toracoscopia es el procedimiento más conveniente en el estudio del derrame pleural que muy posiblemente tiene relación a un posible CP, con una sensibilidad del 90 entre el 100%.

Si las técnicas de imagen presentan una afectación mediastínica de gran extensión, la toma de muestras citohistológica a través fibrobroncoscopia con punción-aspiración transtráqueo-bronquial, punciónaspiración transtorácica o ecográfico-endoscópica, pueden formar el diagnóstico y la estadificación

mediastínica. Pero, no obstante, los bajos valores predictivos negativos de estas técnicas aportan en la realización de una indagación quirúrgica del mediastino en pacientes sin un resultado diagnóstico concluyente.

La tomografía por medio de emisión de positrones (PET) es capaz de descubrir una tasa elevada metabólica tisular, por lo que puede poseer algún beneficio en la determinación de una lesión pulmonar. La sensibilidad y especificidad de la PET en la determinación de una lesión pulmonar como maligna es de 97 entre 78%, proporcionalmente.

El proceso de desarrollo del cáncer es complejo y multifactorial. Involucra aspectos genéticos, inmunitarios, irritaciones celulares y de las mutaciones del ADN. (Mayoral, 2014)

Los resultados falsos negativos pueden ser debido y gravedad al tamaño de las lesiones menores a 0,6-1 cm–, y a la respectivamente inferior tasa metabólica que exhiben los tumores carcinoides y el carcinoma bronquioloalveolar. Los resultados falsos positivos llegan a ser de la elevada tasa metabólica que caracteriza a determinados procesos infecciosos o inflamatorios, como las infecciones pulmonares a causa de bacterias, micobacterias y hongos, y los nódulos reumatoideos, entre otros.

SIGNOS Y SINTOMATOLOGIA

La tos de nueva presentación o el cambio en la naturaleza de la tos aguda es el signo más común causado por el cáncer pulmonar. La hemoptisis temporal o frecuente de manera de expectoración hemoptoica periódica, suele surgir al momento que se ulcera la mucosa bronquial. La aparición de flema es además un síntoma común, generalmente asociada a un aumento de la expectoración y de la tos, sin embargo, puede asimismo ser a causa de la aparición de atelectasia o de neumonitis obstructiva.

En la mayoría de los casos de cáncer pulmonar en etapas tempranas no se detectan síntomas y se podría descubrir el cáncer mientras se realizan estudios por imágenes debido a otras razones. (Radiologyinfo, 2017)

La mitad de los afectados presentan cierto malestar torácico intermitentes y mal definidas, sin embargo, cuando el tumor afecta a la pleura, el dolor se relaciona con características pleuríticas. La invasión pleural, asimismo de dolor, puede causar flema por derrame pleural. La afectación de la pared torácica suele causar un dolor agudo y constante, que suele aumentar con la palpación.

De entre los cánceres de pulmón, alrededor de un 25% son asintomáticos y se detectan de manera ocasional a través de estudios por la imagen del tórax. Los signos y síntomas son origen de la progresión tumoral local, la diseminación territorial o las metástasis a distancia. Los síndromes paraneoplásicos y los síntomas constitucionales pueden surgir en cualquier estado del padecimiento. Sin embargo, por otro lado, los síntomas no son propios para la codificación o la histología del cáncer, ciertas complicaciones pueden tener más posibilidad con las diferentes clases.

El CP puede desarrollar muy rápidamente y propagarse tempranamente a otras partes del cuerpo, a menudo antes de que haya sido diagnosticado. (BupaSalud, 2011)

El tumor local puede producir tos y, con una frecuencia inferior, disnea a causa de la obstrucción de las vías aéreas, atelectasia posobstructiva o neumonía, y deficiencia de parénquima a causa de la diseminación linfangítica. En el caso de neumonía posobstructiva, puede surgir la fiebre. Aproximadamente la mitad de los pacientes experimenta un dolor torácico vago o localizado. La hemoptisis frecuente menos, y la disminución de sangre es mínima, a excepción en pocas veces cuando el tumor erosiona en una la arteria principal y genera hemorragia masiva y a constantemente la muerte por asfixia o exanguinación. La hemoptisis es el síntoma inicial en el 10% de los afectados; el 20% de los pacientes la experimentan durante el curso de su enfermedad.

La diseminación regional del tumor puede ocasionar un dolor torácico pleurítico o disnea a causa del desarrollo de un derrame pleural, los ronquidos a causa de la invasión del tumor en el nervio laríngeo constante y flema o hipoxia a causa de parálisis diafragmática por el compromiso del nervio frénico.

El síndrome de la vena cava superior es resultado de la compresión o la invasión del síndrome de la vena cava superior y puede producir cefalea o una impresión de embotamiento, hinchazón en la cara o del miembro superior, falta de aire en el decúbito supino, el surgimiento de una dilatación en las venas del cuello, cara y la parte superior del tronco, y rubor en la cara y del tronco o plétora.

El síndrome de Pancoast sucede al momento que los tumores apicales, generalmente un CPNM o tumor de Pancoast, invaden el plexo braquial, la pleura o los pectorales y generan malestar principalmente en el hombro y del miembro superior y agotamiento o atrofia de la mano homolateral. El síndrome de Pancoast asimismo puede contener el síndrome de Horner.

ETIOLOGIA

El riesgo de cáncer de pulmón incrementa debido a la exposición en relación a toxinas y tabaquismo. Otros factores de riesgo posibles o confirmados incluyen la contaminación en el aire, fumar marihuana, la exposición constante y temporal al humo del cigarrillo y la relación a agentes carcinógenos como el amianto, la radiación, el radón, el arsénico, los cromatos, el níquel, los éteres del clorometilo, los hidrocarburos aromáticos policíclicos, también el gas mostaza, las emisiones de horno de coque, las cocinas antiguas, y la calefacción en chozas o cabañas, entre muchos otros.

A veces, no existen factores de riesgo ni una causa conocidos que expliquen el cáncer de pulmón de una persona. (American Lung Association, 2021)

El riesgo de contraer cáncer de pulmón relacionado con los sistemas electrónicos de suministro de nicotina por ejemplo los cigarrillos electrónicos, aunque aún no se ha comprobado, se cree que los productos de la combustión del tabaco son los más determinantes carcinógenos.

El riesgo de cáncer se reduce posteriormente de dejar de fumar, sin embargo, no regresa al riesgo promedio que presentan las personas que no fuman. Alrededor del 15 al 20% de las personas que desarrollan cáncer de pulmón nunca ha fumado o lo ha hecho mínimamente.

La exposición al radón en el hogar incrementa el riesgo de cáncer de pulmón. La inflamación aguda incrementa el riesgo de muchos cánceres, incluido el cáncer de pulmón. Por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la falta de alfa-1 antitripsina y la fibrosis pulmonar incrementan la susceptibilidad al cáncer de pulmón.

Las personas las cuales tienen pulmones que tienen cicatrices por otras enfermedades pulmonares como la tuberculosis tienen un riesgo especialmente superior de cáncer de pulmón. Del mismo modo, los fumadores activos que toman suplementos de beta-caroteno poseen riesgo superior de padecer cáncer de pulmón.

El tratamiento depende según el tipo celular y el estado de la enfermedad. Muchos otros factores del paciente que no tienen relación con el tumor afectan la elaboración del tratamiento. La reserva cardiopulmonar insuficiente, la desnutrición, la debilidad o el mal estado físico, la cual es evaluado a través del estado de Karnofsky [KPS] o el estado del Eastern Cooperative Oncology Group [ECOGPS]), las enfermedades concomitantes, que incluyen las citopenias, y la enfermedad psiquiátrica o cognitiva pueden influir a tomar una decisión de tratamiento paliativo más que curativo o a no efectuar ningún procedimiento en general, inclusive aunque técnicamente sería posible una curación con un gran tratamiento.

La radioterapia acarrea el riesgo de neumonitis por radiación cuando se exponen zonas amplias del pulmón a altas dosis de radiación en el lapso. La neumonitis por radiación puede surgir hasta 3 meses posteriormente de haber completado el tratamiento. La tos, la flema, la fiebre leve o el dolor torácico pleural puede indicar este cuadro, y asimismo los crepitantes o un roce de fricción pleural detectado en la auscultación del tórax.

TRATAMIENTO

El tratamiento es diferente dependiendo del tipo celular y el estado de la enfermedad. Muchos factores del paciente no relacionados con el tumor afectan la elección del tratamiento. La reserva cardiopulmonar insuficiente, la desnutrición, la debilidad o el mal estado físico evaluado mediante del estado de

Karnofsky [KPS] o asimismo el estado del Eastern Cooperative Oncology Group [ECOGPS], las enfermedades concomitantes que incluyen las citopenias, y la enfermedad psiquiátrica o cognitiva pueden influir la elección de tratamiento paliativo mayormente curativo, inclusive a pesar de que prácticamente es probable una curación con un tratamiento potente.

Cuando el cáncer de pulmón está localizado es posible el abordaje quirúrgico y la curabilidad del paciente en un alto porcentaje de casos. (Corral, 22)

La radioterapia aumenta el riesgo de neumonitis por radiación debido a que el paciente expone grandes zonas del pulmón a altas dosis de radiación por constante tiempo. La neumonitis a causa de radiación puede surgir hasta 3 meses después de posteriormente completado el tratamiento. La tos, la flema, la fiebre leve o el dolor torácico pleural puede mostrar este cuadro, y además los crepitantes o también un roce de fricción pleural detectado en la auscultación del tórax. La radiografía de tórax puede llegar a mostrar hallazgos las cuales no sean específicas; la TC puede presentar un infiltrado inespecífico sin una masa evidente. El diagnóstico suele ser por exclusión. La neumonitis por radiación puede tratarse con un corticoide que disminuye temporalmente durante varios días y broncodilatadores para la cura de los síntomas.

Las decisiones terapéuticas importantes se toman en base al tipo de tumor. Así, los tumores microcítico se tratan con quimioterapia, sin cirugía, ya que siempre está extendido por muy precoz que se diagnostique. (Discaptenet, 2020)

La ablación por radiofrecuencia, en la que se usa una corriente eléctrica con una frecuencia elevada para eliminar las células cancerosas, es una técnica que en varias ocasiones puede usarse en pacientes que poseen tumores pequeños, incipientes o tumores pequeños que han reaparecido en un tórax anticipadamente irradiado. Este procedimiento puede mantener la función pulmonar más que la a cielo abierto y, como es menormente invasiva, puede ser adecuada para afectados que no están aptos para la cirugía de cielo abierto.

1.1 Justificación

El presente caso clínico se lo realizo para tener más conocimiento respecto al cáncer pulmonar, identificar las manifestaciones clínicas, para lograr un diagnóstico oportuno y administrar el tratamiento pertinente para evitar complicaciones futuras.

Como profesionales de la salud en especial del área de terapia respiratoria es esencial conocer de manera consensuada todo lo referente sobre el cáncer pulmonar y otras patologías que afectan el tracto respiratorio.

Es importante reconocer los factores de riesgo que son desencadenantes al cáncer del pulmón, como lo es el fumar, el paciente en cuestión es un ex fumador que consumía una cajetilla diaria, este se podría decir es la principal causa de padecer cáncer de pulmón.

Concientizar a las personas sobre el daño que causa los cigarrillos a los pulmones debe ser primordial, ya que el cáncer de pulmón causa muchas muertes en todo el pulmón.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Identificar las manifestaciones clínicas del paciente masculino de 60 años con diagnóstico de cáncer pulmonar

1.2.2 Objetivos específicos

Establecer el mejor tratamiento que se administrara al paciente de 60 años con cáncer pulmonar

Identificar los métodos de diagnósticos más eficaces para la detección de cáncer pulmonar en paciente de 60 años

Determinar la importancia de los exámenes complementarios para el diagnóstico de cáncer pulmonar en paciente de 60 años

1.3 Datos generales

Nombre: NN

Edad: 60 años

Raza: mestiza

Sexo: masculino

Estado civil: casado

Estudios realizados: secundaria

Profesión: agricultor

Nivel socio/cultural y socio/económico: bajo

Lugar de trabajo: Mata de Cacao

Domicilio: Mata de Cacao

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Paciente masculino de 60 años de edad ingreso a urgencias por presentar tos con expectoración con sangre de una evolución de 10 días, acompañado de dolor en la región precordial y dorsal, también refiere cuadros de fatiga crónica además de pérdida de peso y disnea de pequeños esfuerzos.

No refiere alergias, ex fumador consumía una cajetilla diaria por más 16 años, bebe cerveza aproximadamente un litro diario, entre sus patologías indica pancreatitis crónica.

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis)

El paciente masculino de 60 años, en cuestión refiere que hace dos semanas inicio los síntomas como disnea de moderados esfuerzo, que progresivamente aumento hasta presentarse en reposo y enfáticamente en la noche, el paciente indica que aproximadamente dos semanas empezó con una tos con expectoración amarillenta y hace 10 días la expectoración es con sangre, refiere que 3 días antes de ingresar a urgencias presento un dolor tipo hincada en la región precordial y dorsal acompañado de sensación de falta de aire en reposo, por lo tanto ingreso en urgencia bajo sospecha de una pericarditis, mediante un ecocardiograma se pudo constatar un derrame severo en el pericardio. Entre otras condiciones generales afirma que presenta interrupción del sueño por el dolor precordial y de espalda, además de haber perdido 5 kilos de su peso desde que inicio la enfermedad.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Examen físico

Presión arterial: 110/60 mmHg

Frecuencia cardiaca: 106 latidos/min

Frecuencia respiratoria: 18/min

Temperatura: 36.4°

Saturación: 93%

Condición general

Paciente despierto en cubito dorsal activo

Regular estado general

Piel tibia elástica e hidratada

No presenta palidez ni ictericia

No presenta edemas

En el cuello se observa una ingurgitación yugular

Respiratorio

Amplexación conservada

Vibraciones vocales disminuidas en base de hemitórax izquierdo

Murmullo vesicular disminuidos en ambas bases pulmonares

Cardiovascular

Ruidos cardíacos rítmicos, de baja intensidad sin soplos

En el abdomen ruidos hidroaereos, abdomen blando, depresible, no doloroso sin tumoraciones

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Hemograma

Glóbulos blancos: 17800

Hemoglobina: 13.1g/dL

Plaquetas: 390000

Hematocritos: 37.8%

Leucocitos: 8100xmm³

Eritrosedimentacion: 18mm/h

Fosfatasas alcalinas: 75U/L

Albumina: 4.8g/dL

Creatininemia: 0.77mg/dL

Espirometria

CVF(L): 5.70 (112%)

VEF₁(L): 3.86 (88%)

VEF₁/CVF: 68%

Radiografía de tórax

Infiltración intersticial con patrón micronodular, bilaterales y simétricos. Con volúmenes normales.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

- **Presuntivo:** tuberculosis
- **Diferencial:** pericarditis
- **Definitivo:** cáncer pulmonar

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

El cáncer de pulmón afecta los tejidos de este, especialmente las células que recubren los conductos de aire. Según lo referido por la paciente que fumaba algunos cigarrillos diarios y siendo este uno de los más grandes factores para desarrollar cáncer por lo tanto se puede deducir que esto lo origino, una vez realizado los exámenes correspondientes y comprobando el diagnóstico de cáncer se procede a realizar el tratamiento correspondiente, que consiste en terapia dirigida, quimioterapia y oxigenoterapia.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de la salud, considerando los valores normales

Considerando los valores reflejados por el paciente, frecuencia respiratoria $18x^1$, presión arterial 110/60, frecuencia cardiaca $106x^1$, temperatura $36.4^{\circ}C$ y saturación de 93%, comparando con los valores normales, frecuencia respiratoria $16-20x^1$, presión arterial 120/80, frecuencia cardiaca $80-100x^1$, temperatura $36.5^{\circ}C$ y saturación 99%, procedemos a la realización del tratamiento oportuno para contrarrestar los síntomas y normalizar los parámetros antes de que exista complicaciones.

2.8 Seguimiento

Paciente masculino de 60 años de edad ingreso a urgencias por presentar una tos con expectoración de sangre de una evolución de 10 días acompañado de dolor

en la región precordial y dorsal, también refiere cuadros de fatiga crónica además de pérdida de peso y disnea de pequeños esfuerzos.

Una vez realizados los exámenes correspondientes y tomando en cuenta su antecedente de fumador crónico se llega a conclusión que el paciente padece de cáncer de pulmón.

Como primera medida se llega a consenso que el paciente permanecerá 24 horas ingresado hasta estabilizar al paciente tanto hemodicamente como respiratoriamente.

El tratamiento principal para tratar el cáncer es la quimioterapia que se lo va a realizar ambulatoriamente puesto q es un tratamiento largo, así también la terapia dirigida.

Mientras tanto se procede a colocar al paciente una máscara con reservorio a 7 litros para suministrar oxígeno carente y de esta manera el paciente mejorar la saturación del paciente.

2.9 Observaciones

Se recomienda al paciente cumplir el tratamiento de terapia dirigida de manera que se lo explico el médico de cabecera, acudir a todas las citas estipuladas para someterse a quimioterapia.

Otra de las recomendaciones dadas al paciente es la mantener un estilo de vida sano no beber, no fumar.

Al ser esta patología mortal, lo único aplicable son cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente.

Se sugiere una visita al psicólogo con toda la familia para sobrellevar los cambios que se generaran con la quimioterapia que se debe aplicar.

CONCLUSIONES

El presente caso se realizó de manera que se puedan cumplir los objetivos propuestos.

Se identificó cada una de las manifestaciones clínicas presentadas por el paciente, esto más una buena anamnesis realizada fue el primer paso para el diagnóstico de la patología.

Se administró el tratamiento correspondiente a la patología, este se lo uso para paliar las manifestaciones clínicas, ya que el tratamiento principal es la quimioterapia.

Cada uno de los exámenes realizados al paciente fueron esenciales en cuanto la detección de la enfermedad.

Se concluyó que el cigarrillo es una de las principales causas de padecer cáncer pulmonar, por lo tanto, se debe incitar a la comunidad abandonar ese hábito, y así evitar padecerla

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Cancer Society. (1 de Octubre de 2019). Obtenido de

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-pulmon/acerca/que-es-cancer-de-pulmon.html>

American Lung Asociation. (1 de Enero de 2021). Obtenido de Lung.net:

<https://www.lung.org/espanol/salud-pulmonar-y-enfermedades/cancer-de-pulmon>

BupaSalud. (2 de Agosot de 2011). *BupaSalud*. Obtenido de

<https://www.bupasalud.com.ec/salud/cancer-pulmon>

CDC. (22 de Noviembre de 2020). *CDC*. Obtenido de

https://www.cdc.gov/spanish/cancer/lung/basic_info/what-is-lung-cancer.htm

Corral, J. (2019 de Enero de 22). *Clinica de Navarra*. Obtenido de

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/cancer-pulmon>

Discaptenet. (12 de Julio de 2020). *Discaptenet*. Obtenido de

<https://www.discalpnet.es/areas-tematicas/salud/enciclopedia/cancer-de-pulmon>

Mayoral, A. (2014). PERSPECTIVA MONOGRÁFICA DEL CÁNCER PULMONAR.

SCIELO, 2.

Pefaur, R. (2018). Imaginología actual del cáncer pulmonar. *ELSEVIER*, 2.

Radiologyinfo. (17 de Agosto de 2017). *Radiologyinfo.net*. Obtenido de
<https://www.radiologyinfo.org/es/info/lung-cancer>

Remon, J. (2019). Cancer de Pulmon. *SEOM*, 2.