UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

"FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 – 2017"

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Nancy Patricia Medina Gualán

DIRECTORA:

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR
2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 10 de Mayo del 2017

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación titulado: **"FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÈUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017"** de autoría de la Srta. Nancy Patricia Medina Gualan, estudiante de la Carrera de Enfermería, la misma que cumple con los requisitos reglamentarios. Por consiguiente autorizo su presentación y sustentación.

Atentamente,

.....
Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Nancy Patricia Medina Gualán**, declaro ser autora del presente trabajo titulada **"FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017"**, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.

Firma:.....

Cedula: 1900739655

Fecha: 10 de Mayo del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Nancy Patricia Medina Gualán, declaro ser autora de la tesis titulada **"FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017"**, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 10 días del mes de Mayo del dos mil diecisiete, firma la autora.

Firma:.....

Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.
Cedula: 1900739655
Dirección: Av. 8 de diciembre, cerca del redondel de la Pitas.
Correo Electrónico: nancitamedina1993@hotmail.com
Teléfono: 3038313/ 0981801521

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.
TRIBUNAL DE GRADO
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc.
MIEMBRO: Lic. Ana del Rocío Granda Sarango, Mg. Sc.
MIEMBRO: Lic. Carmen Noemi Dávila Chamba, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico a Dios y a la Virgen, por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi carrera universitaria y a comprender que el perfeccionamiento se logra a través de la superación personal, con humildad y sacrificio.

A mis adorados padres: José y Rosa, por su apoyo incondicional, por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi capacidad, por sus consejos, comprensión, han hecho de mí una persona con valores para poder desenvolverme en esta etapa profesional.

A mi amada hija, Yasely, quien en mi vientre se formó y es la Bendición que Dios me regaló, por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi hermana, Tania, por estar siempre junto a mí, acompañándome y apoyándome para poder realizarme profesionalmente.

A mi directora de tesis Mg. Bertila Tandazo, por su dedicación, colaboración y tolerancia que Dios le de toda la sabiduría para que siga educando a las futuras generaciones.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome para que este sueño se haga realidad.

Nancy Medina G.

AGRADECIMIENTO

Primeramente agradecer a mis padres, hermana e hija y a toda mi familia que siempre han estado a mi lado; quienes me brindaron su apoyo emocional e incondicional y simplemente porque sin ellos no hubiera sido posible acariciar la ilusión de cumplir mis sueños.

A mi Dios y a la virgen que me ha permitido alcanzar esta meta propuesta y sobre todo porque me han dado salud e inteligencia para poder seguir adelante, por todo esto, te estaré eternamente agradecida.

A la Universidad Nacional de Loja, por abrir sus puertas para ser mejores personas y buenos profesionales; a sus dignas autoridades y docentes, quienes impartieron sus conocimientos durante mi formación profesional, de manera especial a Mg. Bertila Tandazo Águila Directora de Tesis, quien jugó un papel indispensable en el mismo ya que con su confianza, paciencia y sobre todo con sus conocimientos supo asesorarme para el desarrollo y culminación del trabajo.

Nancy Medina G.

ÍNDICE

CARÁTULA……. i
CERTIFICACIÓN…… ii
AUTORÍA…….…….……..…… iii
CARATA DE AUTORIZACIÓN……..……...…….. iv
DEDICATORIA…….…….……. v
AGRADECIMEINTO……..…….…… vi
ÍNDICE……..…… vii

1. TÍTULO……..……..… 1
2. RESUMEN……..…….. 2
   SUMMARY…...……..……. 3
3. INTRODUCCIÓN……...……..…… 4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA……..…… 8
   4.1.Antecedentes del cáncer……..... 8
      4.1.1. Oncología……..……..……. 8
      4.1.2. Carcinogénesis……..……...…… 9
      4.1.3. Oncogénesis…….. 9
   4.2.CÁNCER…….……...…… 10
      4.2.1. Tipos de cáncer……. 11
      4.2.2. Clasificación por estadíos……...…….…… 12
      4.2.3. Factores de riesgo…….……. 14
      4.2.4. Etiología del cáncer….…….…… 16
      4.2.5. Diagnóstico……..…. 17
      4.2.6. Tratamiento……...……...….... 18
   4.3.QUIMIOTERAPIA……..... 19
      4.3.1. Efectos adversos más frecuentes……...……..…. 22
      4.3.2. Factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento……..……..… 25
      4.3.3. Consecuencias del abandono del tratamiento quimioterapéutico……..…….. 27
5. MATERIALES Y MÉTODOS……..... 29
6. RESULTADOS……..……..…… 32
7. DISCUSIÓN….……...…..... 36

8. CONCLUSIONES……. 39
9. RECOMENDACIONES…… 40
10. BIBLIOGRAFÍA…… 41
11. ANEXOS…… 45

1. TÍTULO

“FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017”

2. RESUMEN

En un paciente oncológico el cumplimiento de la administración quimioterapéutica es importante para el éxito del tratamiento, ya que la continuidad de este contribuye a lograr la remisión de la enfermedad y evitar recaídas, sin embargo, no todos los pacientes cumplen a cabalidad. Es muy importante resaltar que los fármacos citotóxicos son fuertes que pueden deteriorar físicamente al paciente, por tanto, necesita ser administrado paulatinamente de manera que el paciente se recupera para el siguiente ciclo. El presente estudio es de tipo transversal y descriptivo, para lo cual se manejó una guía de recolección de datos, con la información de 133 historias clínicas de pacientes oncológicos, con el objetivo de determinar la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico. Los resultados muestran que el 41% de pacientes abandonaron. Los factores asociados a éste son los efectos adversos que se produce tras la administración terapéutica, el más experimentado es el estreñimiento en un 17%, seguido de anorexia con 16%, y el 14% presentan vómito. En mínimo porcentaje presentan alopecia, dolor, neutropenia, mucositis, diarrea y neuropatía. El nivel socioeconómico resulta poco significativo para dicho abandono, de los cuales el 27% constituyen el grupo de edad más afectado (41 – 60), con nivel de instrucción secundaria en un 23%, en su mayoría son de género femenino 22% y en minoría se da en las personas que radican en la zona urbana, con ocupación amas de casa y de estado civil casado.

Palabras claves: quimioterapia, cáncer, efectos adversos.

SUMMARY

In an oncologic patient, compliance with chemotherapy is important for the success of the treatment, since the continuity of this contributes to achieve the remission of the disease and to avoid relapses, however, not all patients fully comply. It is very important to emphasize that the cytotoxic drugs are strong that can physically deteriorate the patient, therefore, needs to be administered gradually so that the patient recovers for the next cycle. The present study is transversal and descriptive type, for which a data collection guide was used, with the information of 133 clinical histories of cancer patients, in order to determine the frequency of withdrawal of the chemotherapeutic treatment. The results show that 41% of patients abandoned the therapeutic treatment. The factors associated with this are the adverse effects that occur after the therapeutic administration, the most experienced is constipation in 17%, followed by anorexia with 16%, and 14% have vomit. Minimal percent present alopecia, pain, neutropenia, mucositis, diarrhea and neuropathy. The socioeconomic level is not very significant for that abandonment, of which 27% constitute the age group (41-60 years), with a secondary education level of 23%, the majority of which are female, 22% and minority occurs in people who live in the urban area, occupying housewives and marital status.

Key words: chemotherapy, cancer, adverse effects.

3. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad grave y como tal, genera a sus alrededores una serie de mitos y miedos muchas veces erróneos, que llegan a bloquear las capacidades de los familiares y de la persona para poder soportarla (León, 2014).

El cáncer representa uno de los mayores problemas no solo para la salud pública y la medicina preventiva, sino para la ciencia en general. Adquiere mayor relevancia sanitaria en los países económicamente desarrollados mientras que en los que se encuentran en vías de desarrollo va incrementando sus cifras a medida que se controlan los problemas alimenticios y las enfermedades transmisibles (Chiriboga & Guamán, 2013).

Según datos de la OMS, cerca de 34.000 muertes por cáncer al año pueden atribuirse a dietas que son altas en carnes procesadas. Esa es una pequeña fracción de las 8,2 millones de muertes que causó en 2012 el cáncer (Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, 2016).

Para un individuo, el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal por consumo de carne procesada sigue siendo pequeño, pero este riesgo aumenta con la cantidad de carne consumida, dijo el doctor Kurt Straif, Jefe del Programa de Monografías del CIIC. En vista del gran número de personas que consumen carne procesada, el impacto global sobre la incidencia del cáncer es de importancia para la salud pública. Recientemente se han realizado estudios que el consumo moderado de carnes rojas o carnes procesadas contribuyen a la aparición de cáncer. El consumo de la carne varía mucho entre los países, desde un pequeño porcentaje hasta un 100% de las personas que consumen carne roja, dependiendo del país, y proporciones algo más bajas en el consumo de carnes procesadas (Organización Mundial de la Salud, Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo, 2011).

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Es la segunda causa de muerte en la región de las américas (Organización Mundial de la Salud, Cáncer, 2015).

Se entiende que el abandono al tratamiento es lo mismo que el incumplimiento de la administración de terapias oncológicas a recibir, ésta es la principal motivación para poder identificar cuáles son las causas, de que muchas de las personas abandonan el tratamiento el cual se va a necesitar de una cautelosa intervención en esta problemática para encontrar estrategias que disminuyan el abandono y el paciente termine con éxito el tratamiento (León, 2014).

Uno de los estudios en el que observa mayor índice de prevalencia de incumplimiento con la quimioterapia es del 68% y la de cumplimiento el 32%. Como factor asociado a ésta, se encontró el estadio de la enfermedad, razón por la cual se establece propuestas de intervenciones adecuadas para la población colombiana, teniendo en cuenta el papel del psicólogo dentro de la elaboración e implementación de éstas estrategias e intervenciones, pues no se debe olvidar que el cumplimiento es un tema comportamental (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

La OMS puso en marcha el Plan de Acción Global para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 que tiene como objetivo reducir la mortalidad prematura por el 25% de cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Uno de los objetivos está reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud. En la Declaración Política se reconoce la importancia fundamental de reducir el grado de exposición de las personas y las

poblaciones a los factores de riesgo comunes como: promoción de dietas saludables, fomentar la actividad física, y reducción del uso nocivo del alcohol y Tabaco, los cuales se pueden modificar y así prevenir las enfermedades no transmisibles, y fortalecer al mismo tiempo la capacidad de las personas y de las poblaciones para tomar decisiones más saludables y adoptar comportamientos que propicien la buena salud (Organización Mundial de la Salud, Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles , 2013) .

El término Calidad de Vida se emplea en diferentes disciplinas. Sin embargo, al hablar de calidad de vida en Oncología según la OMS, menciona que forman parte de ellas las dimensiones del paciente físicas, psíquicas y sociales, como el estado emocional, la relación con los familiares, la influencia que tienen en ella, la enfermedad y los tratamientos oncológicos. Por otro lado, nos referimos no solo al mantenimiento de la salud, sino también a su mejora (Arrarás, 2011).

En la constitución 2008 del Ecuador señala en Art. 32 que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos: el derecho al agua, la alimentacion, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativos y ambientales, el acceso permanente, oportuno sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitucion Nacional de la República del Ecuador, 2008).

La OMS, menciona que el cáncer es una enfermedad que representa una de las 10 principales causas de mortalidad en nuestro medio y en el mundo entero, con diferentes manifestaciones, tratamientos y pronósticos. Datos generales muestran que, después de las enfermedades cardiovasculares y las muertes violentas, neoplasias malignas son la tercera causa de mortalidad y morbilidad; en 2012 hubo aproximadamente 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas con el cáncer (Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, 2016).

En las historias clínicas se pueden apreciar la gran cantidad de pacientes que abandonan el tratamiento de su enfermedad, por eso cuando son readmitidos presentan estadios más avanzados, esto implica: menor probabilidad de tratamiento o la necesidad de realizar más estudios y procedimientos de mayor complejidad que originan un mayor gasto económico y social (Chiriboga & Guamán, 2013).

Esta enfermedad es causa de interés e importancia en nuestro medio porque abarca múltiples aspectos como factores socioeconómicos y factores asociadas a la enfermedad. Como factores socioeconómicos encontramos: edad, sexo, zona de residencia, ocupación y estado civil. El estadío del cáncer, los efectos adversos, corresponden a factores asociados a la enfermedad. Es por ello que se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico en pacientes que recibieron la terapia en el hospital de Solca núcleo Loja.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. ANTECEDENTES DEL CÁNCER

La palabra cáncer es de origen latín y significa cangrejo, cuando se empezó a analizar los tumores éstos tenían un patrón de invación y adhesión firme a los tejidos por lo que se les asoció a las patas de los cangrejos que pueden agarrar firmemente a sus presas, por ello cuando agarran un tejido con fuerza y se expanden, se dice que eran malignos y si los sujeta con menos fuerza son menos benignos. Los primeros registros de cáncer datan a partir de los siglos XVII A.C., los beneficios de su detección oportuna e impacto en el tratamiento se documentan desde principios del siglo XIX (Aibar, y otros, 2013).

El fenómeno de la metástasis, meta significa más allá y éstasis alojamiento, fue reconocido por Galeno alrededor del año XX A. C. En 168 A.C., Galeno médico romano, creía que el cáncer era curable en etapas tempranas y que los tumores avanzados deberían ser operados ya sea mediante la reducción al rededor del área afectada o por cauterización. En la actualidad son tres los tratamientos más aceptados en el combate contra el cáncer, sin embargo existen diversos tratamientos nuevos que han surgido últimamente, los cuales vas incorporándose poco a poco a la clínica y otros son aún experimentales (Ramaswamy, 2016).

4.1.1. Oncología

La oncología estudia los tumores malignos que constituyen el cáncer. El término oncología deriva del griego oncos que significa masa o tumor y el sufijo logia estudio. La oncología, por lo tanto se encarga de detectar, combatir y controlar el cáncer. Por otra parte se ocupa de ofrecer cuidados paliativos a quienes padecen enfermedades terminales, indaga sobre

las cuestiones éticas asociadas a la atención de los individuos con cáncer y aborda los exámenes genéticos focalizados en la detección de tumores.

4.1.2. Carcinogénesis

Es el proceso por el cual una célula normal se convierte en una célula cancerígena. El proceso por el cuál las mutaciones producidas en el DNA de células sanas llevan a la aparición de células cancerosas se denomina carcinogénesis, siendo de duración variable, según el tipo de cáncer.

Se caracteriza por la progresión de varios cambios celulares a nivel del material genético que finalmente desemboca en la reprogramación de la célula provocando que se reproduzca de manera descontrolada, formando de esta forma una masa que el cuerpo rechaza por ser diferente genéticamente.

4.1.3. Oncogénesis

La oncogénesis es el proceso por el cual se produce el cáncer, en donde una célula normal se convierte en una célula cancerosa.

Las células normales del cuerpo crecen, se dividen, tienen mecanismos para dejar de crecer y mueren con el tiempo, mientras que en el cáncer aparecen células anormales que crecen, se reproducen descontroladamente y no mueren.

Las células cancerosas suelen agruparse y formar tumores, un tumor en crecimiento se transforma en bulto de células cancerosas que destruyan a las células normales que rodean al tumor y dañan los tejidos sanos de cuerpo. Los tumores pueden ser benignos o malignos:

Los tumores benignos:

- Son de crecimiento lento.
- Solo crecen hasta un determinado tamaño.
- No destruyen células normales.
- Crecen de manera ordenada.
- No se propagan a otros tejidos.

Los tumores malignos:

- Algunas son de crecimiento lento, pero con frecuencia son de crecimiento rápido.
- Crecen de manera progresiva e invasiva.
- Destruyen células, tejidos y órganos.
- Crecen de manera desordenada.
- Se propagan a tejidos de otros órganos del cuerpo como metástasis.

4.2. CÁNCER

El cáncer es un grupo de enfermedades se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La trasformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y que denominamos tumor primario. Además las células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen y la de diseminarse por la sangre o la linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que conocemos como metástasis.

El cáncer no solo es una enfermedad sino muchas enfermedades, hay diferentes tipos de cáncer. La mayoría de canceres toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan; por ejemplo, el cáncer que empieza en el colon se llama cáncer de colon; el cáncer que empieza en las células basales de la piel se llama carcionoma de las células basales.

El cáncer no tiene causa única, los científicos creen que es producto de la interacción de muchos factores los mismos que pueden ser ocasionados por las características genéticas, ambientales o constitucionales de un individuo, cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer en el hombre.

4.2.1. TIPOS DE CÁNCER

El cáncer se clasifica según la parte del cuerpo en donde se inicia y por su apariencia al observarse a través de un microscopio. Los distintos tipos de cáncer varían en cuanto al índice de crecimiento, formas de propagación y respuesta a diferentes tipos de tratamiento. Dentro de los tipos de cáncer podemos determinar lo siguiente:

- **Hiperplasia:** incrementa en el número de células de un tejido en un área específica. Ej. La hiperplasia benigna de prostata.
- **Metaplasia:** anormalidad en la diferenciación celular.
- **Displasia:** se trata de un desarrollo anormal del tejido.
- **Carcionoma:** tumor maligno que se origna en la capa que recubre los órganos.
- **Melanoma:** tumor maligno que se origina en las células que producen la coloración de la piel.
- **Sarcoma:** tumor maligno que se origina en los tejidos conectivos.
- **Leucemia:** popularmente conocido como cáncer a la sangre.

- **Linfoma:** El linfoma afecta a un grupo de glóbulos blancos llamados linfositos. Los dos tipos principales de linfomas de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin. El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Los tipos más frecuentes de cáncer diagnosticados en este estudio son: cáncer de próstata, pulmón, colon rectal y estómago en hombres; y los canceres de mama, cérvix y ovarios en mujeres.

4.2.2. CLASIFICACIÓN POR ESTADÍOS

En general, los estadíos son:

- Estadío I: pequeños, localizados y habitualmente curables.
- Estadío II y III: localmente avanzados y/o con afectación de los ganglios linfáticos locales.
- Estadío IV: metastáticos y en la mayoría de casos inoperables.

A lo largo de cada una de estas fases las células van acumulando mutaciones que hacen que pierdan sus características alterando su funcionamiento.

EPIDEMIOLOGÍA

Se calcula que en 2012 la carga mundial de cáncer alcanzó los 14 millones de casos nuevos al año, una cifra que se prevé que aumente hasta los 22 millones anuales en los próximos dos decenios. En el mismo periódo, se prevé que las muertes por cáncer aumenten desde los aproximadamente 8, 2 millones de casos anuales hasta los 13 millones de casos anuales. Los cánceres diagnosticados con más frecuencia a nivel mundial fueron el de pulmón (1, 8 millones de casos), el de mama (1, 7 millones) y el cáncer colon rectal (1, 4 millones). Los tipos de cáncer que provocaron un mayor número de muertes fueron los de pulmón (19, 4%), hígado (9, 1%) y estómago (8, 8%).

Incidencia y prevalencia:

La Organización Mundial de la Salud, prevé que la incidencia de las enfermedades oncológicas en la población mundial aumente un 75% en el año 2030, habrá un incremento anual de 26 millones de casos. Prácticamente, la mitad de los cánceres, un 49.3% se diagnosticaron en los países de desarrollo, en estos países el cáncer más frecuente es el de pulmón seguido de colon y recto, mientras que en países en vías desarrollo el cáncer más frecuente es el de cuello uterino. En el mundo la incidencia varía según el sexo, el cáncer más frecuente en la mujer es de mama, y en los varones, el de pulmón (OMS, 2012).

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Representa la segunda causa de muertes en la región de las américas. Los tipos más frecuentes de cáncer en la región incluyen: los canceres de próstata, pulmón, colon rectal y estómago en hombres; y los canceres de mama, cervicouterino en mujeres.

Se estima que cada año en América Latina y el Caribe hay alrededor de 900.000 nuevos caos, 542.000 muertes y más de 2 millones de personas que conviven con la enfermedad.

En Ecuador los tumores malignos de estómago ocupan el décimo lugar en la escala de las 20 enfermedades mortales, continúa siendo el mayor causante de muertes tanto en hombres y mujeres. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador posee una de las tasas anuales más altas en Latinoamérica con un 11,6%. Entre las ecuatorianas, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de aparición, con una tasa de 35,4 por cada 100.000 mujeres mayores de 40 años seguido del cáncer de cuello uterino, aunque en Ecuador no presenta mayor índice de mortalidad. En los hombres, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar de prevalencia con un 13%, el riesgo de cáncer de próstata crece con la edad e incluso aumenta a partir de los 50 años.

En Loja en el caso de los hombres ocupa el primer lugar el cáncer de estómago con una prevalencia del 18%, seguido el cáncer de próstata con un 15%.En las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar con un 23%, seguido el cáncer de cuello uterino, con un 15%. En el caso de los niños, la leucemia es el que ocupa el primer lugar de prevalencia con un 9% (Registro hospitalario de Solca - Loja, Boletín N° 01, 2015).

4.2.3. FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo más comunes que aumentan la probabilidad de contraer el cáncer tenemos:

Edad: la edad es un factor importante en el desarrollo del cáncer. Algunos tipos de cáncer, como el tumor de Wilms, la leucemia linfática aguda y el linfoma de Burkitt afectan casi exclusivamente a la gente joven. Sin embargo, la mayoría de los cánceres más comunes en personas adultas y adultas mayores, muchos de ellos como los de próstata, estómago y colon, tienen más probabilidad de aparecer después de los 60 años. En los paises desarrollados más del 60% de los cánceres se presenta en personas de más de 65 años. El riesgo de desarrollar cáncer se duplica cada 5 años después de los 25 años de edad.

Tabaco: el consumo de tabaco es el factor de riesgo de mayor importancia en cáncer que se puede prevenir. Los órganos más expuestos al humo de tabaco son los más afectados pero también están en riesgo tejidos alejados, como por ejemplo, vejiga, cuello uterino y páncreas. El riesgo de enfermedad está directamente relacionado a la cantidad de cigarrillos fumados, tiempo de duración del tabaquismo y tipo de tabaco utilizado.

Alcohol: los estudios científicos muestran que al consumir más de dos bebidas alcohólicas por día durante varios años puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de boca, garganta,

esófago, laringe, hígado, mama y colorrectal. El alcohol sirve como solvente de las sustancias carcinógenas del tabaco.

Alimentación: la ingesta de grasas en forma excesiva se ha vinculado al desarrollo de diferentes tumores, especialmente el cáncer de mama, ovario, endometrio, colon y próstata. La ingesta de determinadas sustancias como omega 3 presente en el pescado, y antioxidantes están siendo estudiados como posibles factores protectores.

La forma de elaboración, cocción y conservación de alimentos puede producir sustancias cancerígenas, por Ej. Los productos ahumados y la carne asada que contiene hidrocarburos policíclicos aromáticos, muchos de los cuales son carcinógenos.

Radiación: la exposición prolongada a la radiación ultravioleta sobre todo la que proviene del sol causa cáncer de piel. La exposición a la radiación de radiografías de diagnóstico aumenta el riesgo de cáncer en los pacientes y los radiólogos.

Los científicos consideran que la radiación ionizante causa leucemia, cáncer de tiroides y cáncer de mama en la mujer, también se puede vincular con el mieloma y los cánceres de pulmón, estómago, vejiga y otros.

El riesgo de padecer cáncer después de la exposición a radiación ionizante en las radiografías de diagnóstico es más alto para los grupos de menor edad que para los de edad más avanzada, y es más alto para las mujeres que para los hombres.

Ciertos productos químicos y otras sustancias: algunas personas tienen un riesgo mayor de cáncer debido al trabajo que realizan (pintores, trabajadores de construcción, e industria química). Muchos estudios han demostrado que la exposición al asbesto, benceno, bencidina, cadmio, níquel y cloruro de vinilo en el trabajo puede causar cáncer, además

demuestra que el consumo de agua que contiene gran cantidad de arsénico se vincula con cánceres de piel, vejiga y pulmón.

Virus y bacterias: existen ciertos virus y bacterias que pueden causar cáncer, entre ellas los siguientes:

- El virus del papiloma humano (VPH) aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, pene, vagina, ano y orofaringe.
- Los virus de la hepatitis B y C aumentan el riesgo de cáncer de hígado.
- El virus de Epstein-Barr aumenta el riesgo de linfoma de Burkitt.
- La bacteria Helicobacter pylori aumenta el riesgo de cáncer de estómago.

Ciertas hormonas: el personal de salud puede recomendar hormonas para aliviar algunos problemas que suelen ocurrir durante la menopausia. Sin embargo, algunos estudios muestran que la terapia hormonal en la menopausia puede causar efectos secundarios graves que pueden aumentar el riesgo de cáncer de seno, ataques cardíacos, derrame cerebral o coágulos sanguíneos.

Antecedentes familiares de cáncer: la mayoría de los cánceres aparecen debido a cambios (mutaciones) en los genes. Una célula normal puede convertirse en célula cancerosa después de que ocurren una serie de cambios en los genes.

Algunos cambios en los genes que aumentan el riesgo de padecer cáncer pasan de padres a hijos. Estos cambios están presentes en todas las células del cuerpo desde el nacimiento.

4.2.4. ETIOLOGÍA DEL CÁNCER

El cáncer no tiene causa única, los científicos creen que es producto de la interacción de muchos factores los mismos que pueden ser ocasionados por las características genéticas,

ambientales o constitucionales de un individuo cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer en el hombre.

Según la teoría monoclonal, generalmente aceptada, el cáncer es un problema genético que se originan a partir de una célula única, tras la suma de múltiples mutaciones en ciertos genes que controlan el comportamiento celular. Esta cadena de mutaciones induce a una célula y sus descendientes a un comportamiento anómalo, de invasión de otros tejidos y multiplicación sin control, dando lugar a un clon de células malignas, que es el tumor. Las alteraciones genéticas que provocan el cáncer, consisten en mutaciones que inactivan genes cuya función es limitar la división celular y eliminar células muertas o defectuosas, en otras ocasiones las mutaciones potencia la acción de genes que favorecen el movimiento y la multiplicación de las células afectadas.

Se plantean de forma muy general dos grandes causas fundamentales: las exógenas, responsables del 80 - 90% de todas las neoplasias y las endógenas responsables del 10 - 20% restante. Éstas últimas, a diferencia de las primeras, ocurren en el organismo independiente a cualquier incidencia externa. Pueden ser mutaciones espontáneas debidas a fallas en procesos biológicos endógenos naturales que ocurren en la célula como es el caso de la reparación del ADN que realizan enzimas correctoras específicas o por herencia, es decir, transmisión de mutaciones en genes recesivos llamados supresores que se trasmiten de generación en generación en las llamadas familias con síndrome de cáncer.

4.2.5. DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del cáncer incluye:

Anamnesis, realizada por el médico, para determinar si existe algún síntoma sospechoso en el paciente. Los síntomas pueden ser muy variados, dependiendo del órgano afectado, por

ejemplo esputos con sangre en el cáncer de pulmón, hemorragia en las heces en el cáncer de colon, dificultad para orinar en el cáncer de próstata o la aparición de un nódulo palpable en el cáncer de mama. No siempre es posible diagnosticar precozmente un cáncer debido que en las primeras fases es asintomático. Existen métodos en los cuales se deben realizar cada año con la finalidad de prevenir el cáncer.

El segundo paso consiste generalmente en realizar una prueba complementaria, para confirmar la sospecha, puede consistir en radiografía de pulmón, de mama (mamografía), endoscopía u otros estudios como análisis de sangre, ecografías, resonancia magnética nuclear o tomografía axial computarizada. Para llegar al diagnóstico de certeza, suele ser necesario tomar una muestra del tumor (biopsia), para realizar un estudio histológico del tejido.

4.2.6. TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Otras posibilidades de tratamiento incluyen la hormonoterapia, inmunoterapia, nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas y el trasplante de médula. El tratamiento puede ser multidisciplinar, por exigir la cooperación entre distintos profesionales: cirujanos, oncólogos, dermatólogos, neumólogos, ginecólogos etc. Virtualmente todos los enfermos requieren cirugía para establecer el diagnóstico y resecar el tumor primario, pero este esfuerzo es sólo la primera parte de un plan muy intrincado que, con mucha frecuencia, incluye quimioterapia o terapia biológica y radioterapia (Chabner, 2015).

La quimioterapia es una de las modalidades más utilizadas para tratar todo tipo de cáncer, cuyo objetivo principal es evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invación a los tejidos adyacentes o el desarrollo de metástasis. Sin embargo es muy importante

resaltar que los fármacos citotóxicas son fuertes, estos causan daño a muchas células en crecimiento, incluidas algunas células sanas, por lo cual no se puede administrar todos los días, ya que necesita ser administrada paulativamente, de manera que tenga tiempo para desencadenar y recuperarse antes del próximo tratamiento. Estos fármacos causan diferentes efectos secundarios, los más relevantes son: náuseas, vómito, alopecia y pérdida de apetito, los cuales predisponen al paciente a suspender el tratamiento. La elección del tratamiento depende de lo siguiente:

- Tipo de cáncer (el tipo de células anormales que provocan el cáncer).
- El estadío del tumor (es decir, cuanto cáncer se ha extendido en el cuerpo, si esque esto ha ocurrido).

Cirugía: Es uno de los pilares fundamentales del tratamiento oncológico, se usa con fines preventivos, curativa, diagnóstica, paliativa, reductora; recidivas tumorales.

Radioterapia: Se utiliza energía (llamada radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. El objetivo de la radioterapia es destruir el mayor número posible de células cancerosas y limitar el daño que sufre el tejido sano de alrededor.

Hormonoterapia: Las hormonas también pueden ejercer un resultado favorable en tumores que se originan en órganos independientes de hormonas, como las leucemias y linfomas (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

4.3. QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia antineoplásica es un conjunto de medicamentos citotóxicos que se utiliza en tumores malignos, tiene como objetivo evitar que las células cancerosas se multipliquen, invadan, y hagan metástasis. Los avances científicos han permitido entender

mejor éste tratamiento su mecanismo de acción, farmacocinética, efectos secundarios y métodos para prevenirlos, lo que ha llevado al diseño de estrategias en la utilización de terapia sistémica (quimioterapia); ya sea sola o asociada a la cirugía o radioterapia.

Este tratamiento se administra en ciclos, que consiste en la administración de medicamentos durante seis meses o un año, o siempre y cuando funcione. Los médicos generalmente administran estos fármacos con pausas, de manera que tenga tiempo para descansar y recuperarse antes del próximo tratamiento. Esto permite que sanen sus células sanas. Cada periódo de tres semanas se denomina un ciclo de tratamiento. Varios ciclos conforman un curso de quimioterapia. Un curso por lo general dura tres meses o más.

Los fármacos, las dosis y el cronograma de tratamiento de la quimioterapia dependen de muchos factores. Estos factores incluyen los siguientes:

1. El tipo de cáncer
2. El tamaño del tumor, su ubicación y el estadío del cáncer.
3. Su edad y estado de salud general.
4. Qué tan bien puede afrontar ciertos efectos secundarios.
5. Alguna otra afección médica que tenga.
6. Tratamientos previos contra el cáncer.

Los fármacos de la quimioterapia tradicional son una parte importante del tratamiento para muchos cánceres. Los fármacos afectan a las células cancerosas y a las células sanas. Sin embargo, los científicos han diseñado fármacos más nuevos que actúan más específicamente para tratar el cáncer. Dependiendo del medicamento elegido, la quimioterapia afecta a las células malignas en una de tres formas:

1. Dañando el ADN de las células cancerosas de tal modo que estas ya no pueden reproducirse. Esto sucede por la alteración de la estructura del ADN en el núcleo de la célula, evitando así la replicación.
2. Durante la fase S del ciclo celular, inhibe la síntesis de cordones de ADN nuevo de tal manera que no sea posible la replicación celular. Esto ocurre cuando los fármacos bloquean la formación de los nucleótidos necesarios para la creación de ADN nuevo.
3. Deteniendo el proceso mitótico de tal modo que la célula cancerosa no pueda dividirse en dos células. La formación de usos mitóticos es indispensable para desplazar el ADN original y el ADN replicado hacia lados contrarios de la célula y esta puede dividirse en dos células.

El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácidos nucleicos, división celular o síntesis de proteínas. La acción de los diferentes citostáticos varía según la dosis a la que se administre. Debido a su inespecificidad afecta a otras células y tejidos normales del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa como la médula ósea y las de mucosas. Por tanto, la quimioterapia es la utilización de diversos fármacos que tiene la propiedad de interferir con el ciclo celular, ocasionando la destrucción de células (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

Objetivos y finalidad de la quimioterapia

El objetivo de la quimioterapia es destruir las células malignas, pero su finalidad puede variar en función del tipo de tumor, la fase en la que se encuentre y del estado general del paciente. Las finalidades de la quimioterapia son fundamente dos:

- **Curativa:** en este caso, la intención de la quimioterapia es curar la enfermedad, pudiéndose emplear como tratamiento único o asociado a otros. Un paciente se

considera curado cuando no existe evidencia de células tumorales durante mucho tiempo.

- **Paliativa:** con la quimioterapia se pretende controlar los síntomas producidos por el tumor.

Su objetivo primordial es mejorar la calidad de vida del enfermo y, si fuera posible, aumentar también su supervivencia.

Las manifestaciones a tener en cuenta durante la quimioterapia son: hinchazón en la zona de punción, picor de la garganta, palpitaciones, escalofríos, etc.

4.3.1. EFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES.

El tratamiento quimioterápico puede deteriorar físicamente a los pacientes con cáncer. Los agentes quimioterápicos destruyen también las células normales sobre todo las que se dividen más rápidamente, por lo que los efectos secundarios están relacionados con estas células que se destruyen (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico, los más experimentados son:

- **Náuseas y vómitos:** las náuseas y los vómitos, además de ser los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia, suelen ser los más témidos. Pueden aparecer tempranamente (1 ó 2 horas después de la administración) o tardíamente (24 horas o más después del ciclo). Generalmente desaparecen en unos pocos días. Si el tratamiento que recibe incluye alguno de ellos que produce este efecto, indicará que se administre antes de la quimioterapia un tratamiento con algún fármaco antiemético (medicamento cuya finalidad es hacer disminuir o desaparecer las náuseas y vómitos).

- **Diarrea:** cuando la quimioterapia afecta a las células que recubren el intestino, el funcionamiento del mismo se puede ver alterado. Como consecuencia, el intestino pierde la capacidad de absorber el agua y los distintos nutrientes, dando lugar a una diarrea.
- **Estreñimiento:** algunos fármacos pueden disminuir los movimientos intestinales favoreciendo la absorción del líquido de las heces, por lo que éstas se vuelven secas y duras, dando como resultado un cuadro de estreñimiento. Éste puede verse incrementado por los cambios en la alimentación y la disminución de la actividad física como consecuencia del malestar provocado por la quimioterapia.
- **Mucositis:** las células de las mucosas se dividen de forma rápida, por lo que éstas son muy sensibles a los efectos de la quimioterapia, pudiendo aparecer alteraciones en la mucosa oral y del tubo digestivo superior en más de la mitad de los pacientes sometidos a quimioterapia. Consiste en una inflamación de la misma acompañada de llagas o úlceras dolorosas, que en ocasiones pueden sangrar y sobre infectarse. Suele aparecer de 7 a 10 días después de iniciar la quimioterapia y generalmente, si no existe infección, mejora al cabo de 1 a 2 semanas. La boca es una zona del cuerpo con un nivel elevado de bacterias y hongos. Cuando la mucosa está alterada y se destruye, como ocurre en la mucositis, se infecta con facilidad dificultando su curación y favoreciendo el paso de bacterias a la sangre, pudiendo provocar infecciones, sobre todo si el paciente tiene las defensas disminuidas.
- **Alopecia:** la caída del cabello, es un efecto secundario frecuente del tratamiento quimioterápico. Se produce por la acción de los distintos fármacos sobre el folículo piloso provocando una destrucción del mismo y, por tanto, la pérdida del pelo. Es un efecto secundario que no aparece siempre, ya que depende fundamentalmente del tipo de medicamento empleado. Así mismo, existe la posibilidad de que la

caída de pelo sea generalizada, es decir, que además de afectar al cuero cabelludo, también lo haga a otras partes del cuerpo como pueden ser axilas, brazos, piernas, cejas, pestañas, etc.

La alopecia secundaria al tratamiento con quimioterapia es reversible siempre, aunque el cabello puede crecer con características diferentes a las originales (color, textura, etc.).

- **Anorexia:** se denomina anorexia a la pérdida del apetito o deseo de comer. La anorexia es una complicación frecuente, bien por la propia enfermedad o por la quimioterapia que pueden llegar a provocar una severa desnutrición. La energía se obtiene de los nutrientes y por ello es indispensable tratar este síntoma. La quimioterapia provoca alteraciones en las mucosas orales, esofágicas, gástricas, las náuseas, vómitos, mal sabor de boca etc. que dificultan la ingesta de alimentos y por tanto hace que haya una pérdida de apetito.
- **Neutropenia:** ocurre cuando hay una disminución de los glóbulos blancos sobre todo de neutrófilos. Estas células se dividen rápidamente, lo que las hace muy sensibles al efecto de la quimioterapia. Generalmente se produce un descenso de células más o menos importante.
- **Dolor:** el dolor puede ser causado por la propia enfermedad, por los procedimientos diagnósticos realizados o por la quimioterapia. También puede que no tenga nada que ver con su enfermedad, usted puede tener una cefalea habitual, una tensión muscular u otros malestares. Los efectos secundarios dolorosos más frecuentes producidos por la quimioterapia son: dolores punzantes en manos y pies, dolores por lesiones en la boca, cefaleas, mialgias y dolor abdominal.
- **Neuropatías:** La neuropatía es el término general para el dolor o la molestia ocasionados por el daño a los nervios del sistema nervioso periférico. El sistema

nervioso periférico se compone de muchos nervios que llevan señales desde el cerebro y la médula espinal hacia otras partes del cuerpo (periféricas), como las manos y los pies. El daño a estos nervios puede afectar al modo en que tu cuerpo envía señales a los músculos, las articulaciones, la piel y los órganos internos. Esto puede ocasionar dolor, adormecimiento, pérdida de sensibilidad, etc.

4.3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Las principales razones que las personas han referido para no llevar a cabo el tratamiento médico son la falta de recursos económicos y el miedo a los efectos secundarios que produce Sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad, el abandono es una conducta de gran complejidad que está determinada por múltiples factores y su diversa interacción.

Nivel educativo. Entre mejor preparada esté una persona, tendrá mejores recursos cognitivos para comprender la enfermedad y su tratamiento. Esto se comprueba en varios estudios en los que se ha observado que las conductas de falta de adherencia son características de las personas con un reducido nivel de estudios (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

Ocupación. Contar con un trabajo y percibir ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas se relaciona directamente con el nivel socioeconómico; así, las personas que tienen un buen empleo pueden solventar mejor el gasto que trae consigo la enfermedad y, por lo mismo, adherirse mejor al tratamiento médico (Chiriboga & Guamán, 2013).

Edad: Se ha reportado que la edad influye sobre la adherencia, pero de manera irregular. En algunas investigaciones se ha reportado que los pacientes con menos edad se adhieren en menor medida, pero en otras se ha hallado lo contrario.

Sexo: Si bien hay estudios que no encuentran una relación entre sexo y el cumplimiento, encontraron que las mujeres tienen menor cumplimiento que los hombres (Isaac, Flores, Mora, Leal, & Méndez, 2013),

Zona de procedencia: Los paciente que viven alejados de los centros de salud, que no disponen de una residencia estable o que viven en la calle son más propenso a abandonar el tratamiento médico e incluso nunca acceder a él (Vargas & Palacios , 2011).

Factores asociados a la enfermedad: En relación con el incumplimiento asociados a la enfermedad, se pudo identificar factores asociados como son: altos costos del tratamiento, efectos secundarios de la misma, estadío de la enfermedad, lo que indica que hay una diferencia estadística significativa en cuanto al cumplimiento dependiendo de la etapa en que se encuentre la enfermedad, siendo probamente menor el cumplimiento en estadíos más avanzados, hecho que concuerda con ciertos estudios internacionales (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

La adherencia terapéutica es un concepto que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar tomar parte en un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

La adherencia a una terapéutica es parte del comportamiento humano relacionado con la salud y es expresión de la responsabilidad de los individuos con el mantenimiento de la

misma. Con independencia del término que se utilice, "adherencia" o cumplimiento", en la mayoría de los casos es el paciente quien ejecuta o no el consumo de sus medicamentos. La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diferentes formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (que puede manifestarse como omisión total, de dosis, de tiempo, de propósito), la inasistencia a consultas e interconsultas y la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad.

El cumplimiento del tratamiento puede ser considerado como un complejo proceso de autorregulación que corresponde las tres etapas siguientes:

- Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el facultativo y su puesta en práctica.
- La adherencia o seguimiento contínuo.
- Incorporación al estilo de vida de conductas saludables.

4.3.3. CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

El paciente oncológico que abandona su tratamiento de quimioterapia puede presentar complicaciones por progresión de la enfermedad como metástasis a otros órganos o estructuras al inicial, afectando la funcionabilidad y desarrollo metabólico normal desencadenando complicaciones metabólicas que pueden precisar atención urgente en el paciente oncológico como: hipercalcemia, hiponatremia, síndrome de lisis tumoral, acidosis láctica, hiperuricemia, insuficiencia renal, hiperpotasemia, etc.

El incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de

complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales, ha dicho el Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Todas estas consecuencias directas alteran la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población.

Cualquiera de estas complicaciones pueden llegar a comprometer la vida del paciente e incluso causar su muerte, es por esto que el paciente no debe abandonar o interrumpir el tratamiento de la quimioterapia (Chiriboga & Guamán, 2013).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1.Área de estudio

La presente investigación se realizó en hospital SOLCA Núcleo de Loja, perteneciente al cantón Loja, provincia de Loja, la misma que se encuentra ubicada en la Av. Salvador Bustamante Celi, frente al Parque Recreacional Jipiro.

SOLCA Núcleo de Loja, es un Hospital especializado en la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico, quirúrgico, radioterapéutico y de medicina nuclear contra el cáncer, cuenta con infraestructura moderna y de última tecnología en las: Áreas de Cirugía; Área de Gastroenterología; Área de Medicina Clínica; Área de Radioterapia y Medicina Nuclear; Área de Ginecología; Laboratorio Clínico; Laboratorio de Patología y Citología; Centro de Diagnóstico e Imagen; Sala de Cuidados Intensivos y el Departamento de Docencia y Registro de Tumores.

5.2. Tipo de estudio.

La metodología empleada en el presente estudio fue de carácter descriptivo y transversal, diseñado para identificar la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico en pacientes que recibieron la terapia en el Hospital de Solca núcleo de Loja.

5.3. Universo y muestra de estudio.

La investigación se realizó en el hospital de SOLCA con un universo de 202 usuarios, de la cual se tomó una muestra de 133 pacientes oncológicos que recibieron tratamiento quimioterapéutico durante el mes de Noviembre – Diciembre, el grupo está conformado por hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 18 a mayores de 60 años de

edad, para ello se manejó una guía de recolección de datos (Anexo 1) con la información de las historias clínicas.

Para el cálculo de la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{\mathrm{N}\sigma^2 Z^2}{(N-1)(\pm e^2)+\sigma^2 Z^2}$$

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población.

$\sigma =$Desviación estándar de la población, la constante es de 0,5.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. En esta caso se toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96.

e = Límite aceptable de error muestral. En este caso se utiliza el 0.05%.

$$n = \frac{\mathrm{N}\sigma^2 Z^2}{(N-1)(\pm e^2)+\sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{202 \text{ x } 0.5^2 \text{ x } 1.96^2}{(202-1)(0.05^2)+0.5^2 \text{x } 1.96^2}$$

$$n = \frac{194.0008}{1.4629}$$

$$n = 132.61$$

$$n = 133$$

5.4.Métodos e instrumentos de recolección de datos

Para la recoleción de la información se realizó a través de la revisión de historias clínica de los pacientes (anexo 1) derivada de los ítems correspodientes a las variables estudiadas.

5.5.Fuentes de información

La fuente de información que se utilizó para la obtención de datos de la presente investigación fue las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico, otras fuentes secundarias como libros, revistas científicas, artículos, etc.

5.6.Presentación y análisis de datos

Los resultados obtenidos fueron procesados en el programa Excel a través de tablas (Anexo 2) y los resultados son representados en gráficos con su respectivo análisis en el contexto de la revisón de la literatura que consta en el presente informe.

5.7.Consideraciones éticas

Una vez recolectada los datos, la información obtenida se manejó con absoluto respeto, responsabilidad y confidencialidad.

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS QUE INFLUYEN EN LA ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.

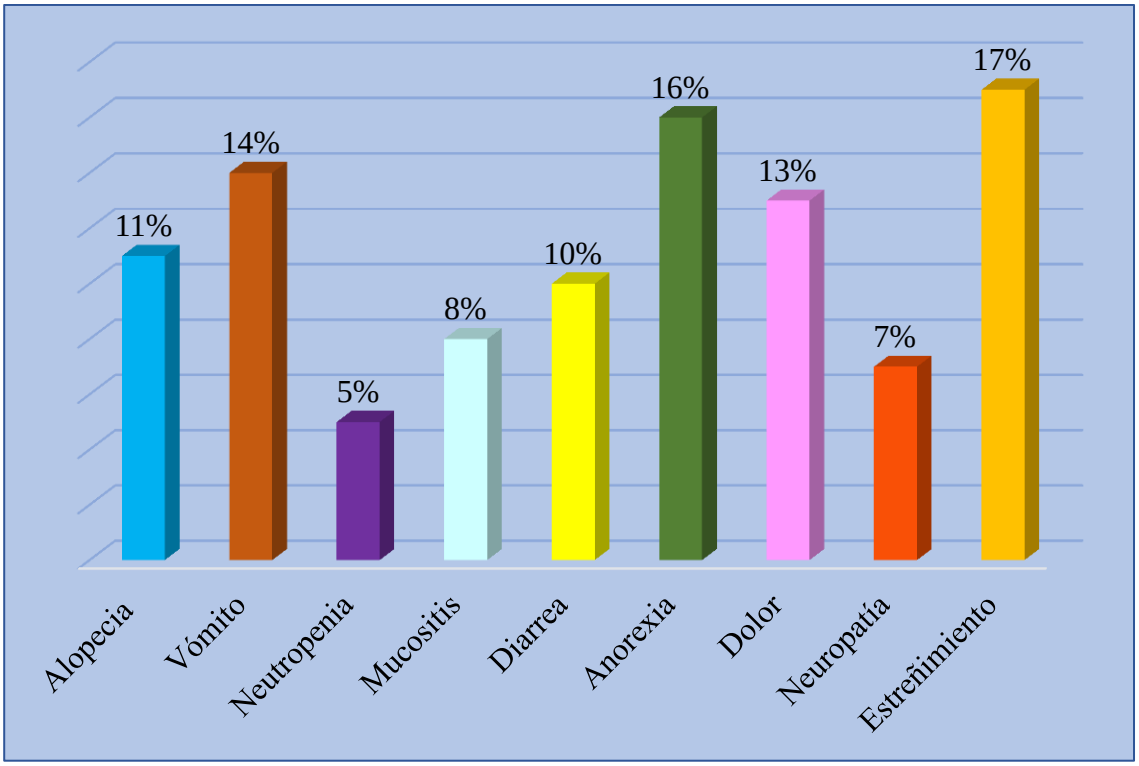
VARIABLES	MUESTRA TOTAL		ABANDONO DEL TRATAMIENTO	
	N	%	f	%
Género (n= 133)				
Masculino	55	41%	25	19%
Femenino	78	59%	29	22%
Edad (n= 133)				
18 - 40	35	26%	7	5%
41 - 60	74	56%	35	27%
> 60	24	18%	12	9%
Tipo de población (n=133				
Urbana	86	65%	28	21%
Rural	47	35%	26	20%
Nivel de instrucción (n=133)				
Superior	27	20%	9	7%
Secundaria	61	46%	30	23%
Primaria	45	34%	15	11%
Ocupación (n=133)				
Empleado público	25	19%	11	8%
Ama de casa	62	47%	23	17%
Jornalero	46	35%	20	15%
Estado civil (n=133)				
Casado	60	45%	25	19%
Divorciado / separado	20	15%	12	9%
Soltero	10	8%	4	3%
Viudo	32	24%	7	5%
Unión libre	11	8%	6	5%

Fuente: Guía de recolección de datos.
Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.

Según los resultados respecto a los factores sociodemográficos que influyen en el incumplimiento del tratamiento quimioterapéutico del total de pacientes tenemos: género femenino en un 22%, el grupo etario (41 – 60años) representan el (27%). El nivel de instrucción en su mayoría secundaria (23%), seguido de las pacientes con ocupación ama de casa (17%) y de estado civil casado (19%).

GRÁFICO N° 1:

EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO QUE EXPERIMENTARON LOS PACIENTES QUE RECIBIERON LA TERAPIA.

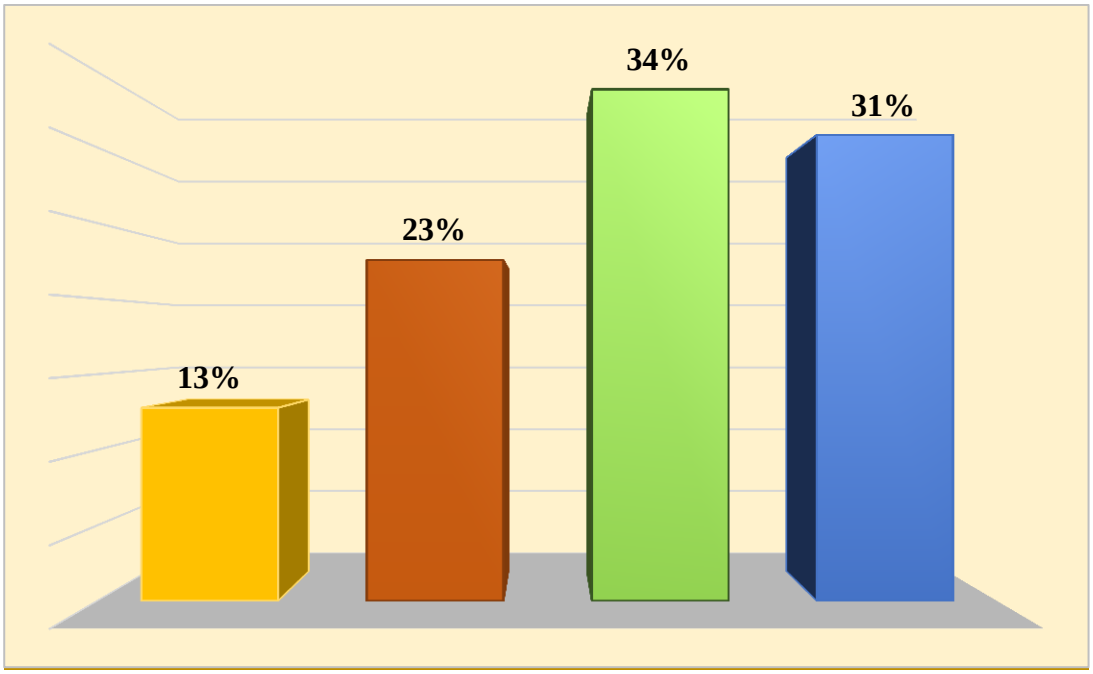


Fuente: Guía de recolección de datos.
Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.

En el presente gráfico se observa que el efecto adverso más frecuente de los 133 pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico en el Hospital de SOLCA Núcleo Loja fue el estreñimiento (17%) seguido de anorexia (16%) y vómito (14%).

GRÁFICO N° 2:

ESTADÍO DEL CÁNCER DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.

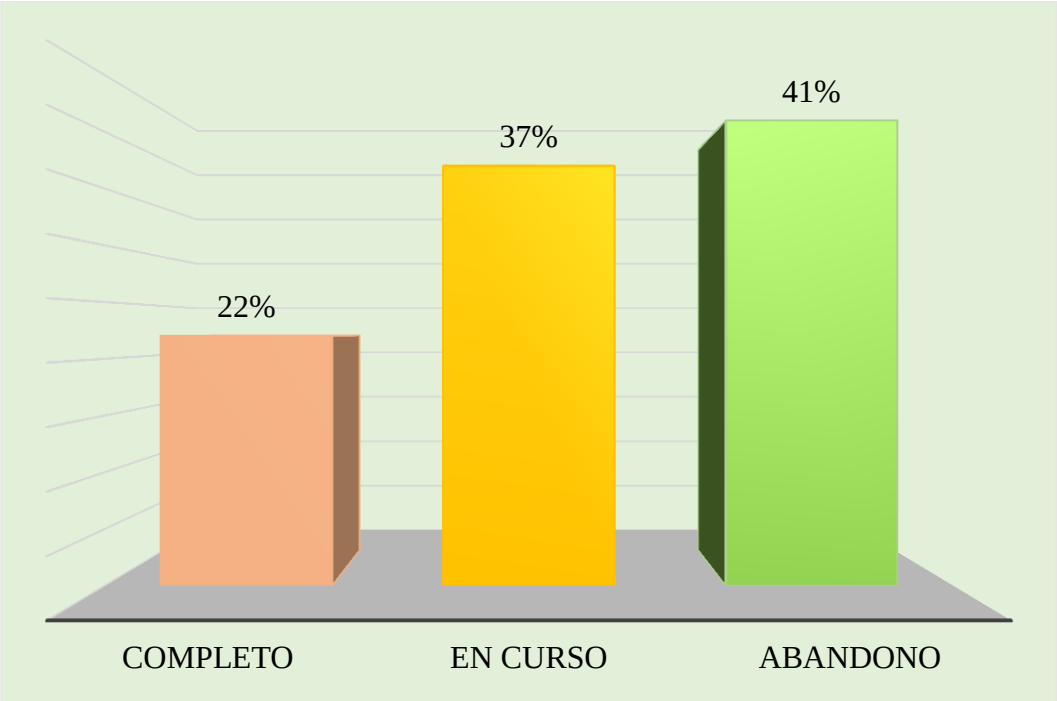


Fuente: Guía de recolección de datos.
Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.

Del total de pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico en el hospital de Solca núcleo Loja se encuentran en el estadío III en un 34%.

GRÁFICO N° 3:

FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.



Fuente: Guía de recolección de datos.
Autora: Nancy Patricia Medina Gualán

En el presente gráfico se puede apreciar, que de los pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico en el hospital de Solca Núcleo Loja, el 41% lo abandonaron.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio, se determinó la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico de los pacientes oncológicos del hospital de Solca núcleo Loja, el cuál conto con la información de 133 pacientes oncológicos. Por medio de la guía manejada, fue posible determinar la frecuencia de abandono que existe en dicha población con respecto a los ciclos establecidos por el facultativo oncológico.

Analizando en detalle el rendimiento de cada aspecto evaluado en los pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico en el hospital de Solca, el 59% son de género femenino, un 56% perteneció al grupo de 41 - 60 años, así mismo el 65% radican en la zona urbana. Los pacientes que representan el 46% tienen un nivel de instrucción secundaria, el 47% son amas de casa y el 45% de los pacientes son casados. Los factores que contribuyen al abandono se encuentran el nivel de instrucción, edad y género en un 41% de los pacientes.

Los resultados del estudio realizado por (Isaac, Flores, Mora, Leal, & Méndez, 2013), revelan que entre mejor capacitada este la persona (nivel de instrucción), tendrá mejores recursos cognitivos para comprender la enfermedad y su tratamiento. Esto se comprueba en varios estudios en los que se ha observado que las conductas de falta de adherencia al tratamiento son características de las personas con un reducido nivel de estudios. Contar con un trabajo y percibir ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas se relaciona directamente con el nivel socioeconómico; así, las personas que tienen un buen empleo pueden solventar mejor el gasto que trae consigo la enfermedad y, por lo mismo, adherirse mejor al tratamiento médico

Se ha reportado que la edad influye sobre la adherencia, pero de manera irregular. Se ha reportado que los pacientes con menos edad se adhieren en menor medida, pero en otras se

ha hallado lo contrario, los pacientes adultos mayores tiene menor probabilidad de cumplir con los tratamientos (Heijmen, Sharaf, & Yasui, 2012), hecho que se ve reflejado en la progresión de la enfermedad, el empeoramiento de los síntomas, las constantes recaídas, (Adisa & Bajpai, 2012). Hay estudios que no encuentran una relación entre sexo y el cumplimiento, pero en otros encontraron que las mujeres tienen menor cumplimiento que los hombres (Isaac, Flores, Mora, Leal, & Méndez, 2013). Los pacientes que viven alejados de los centros de salud, que no disponen de una residencia estable o que viven en la calle son más propenso a abandonar el tratamiento médico e incluso nunca acceder a él (Vargas & Palacios , 2011).

Los efectos adversos más experimentados por los 133 pacientes que recibieron tratamiento quimioterapéutico en el hospital de Solca núcleo Loja, es el estreñimiento (17%) seguido de anorexia (16%) y vómito (14%) y en mínimo porcentaje presentaron alopecia, dolor, gneutropenia, mucositis, diarrea y neuropatía. En cuanto al estadío del cáncer, el 34% se encuentran en estadío III, el 31% en estadío IV y el 36% de los pacientes tienen cáncer en estadío I y II de la enfermedad.

En un estudio realizado en el 2011 menciona las razones para el incumplimiento del tratamiento se encuentra: la negatividad del paciente a continuar, toxicidad, presencia de efectos adversos, dificultades financieras, sensación de bienestar y de no necesitar más tratamiento, decisión de seguir una intervención alternativa, tradicional o religiosa, olvido, la edad y falta de acceso a las entidades de salud (Alam, Chagpar, & Butow, 2011). Esto implica la atención integral del paciente, reconociéndolo en su complejidad, en su individualidad y en su objetividad; es decir, admitiendo que el cumplimiento de un paciente con su tratamiento es una conducta modulada por innumerables factores de tipo biológico, social, cognoscitivo, comportamental, emocional, afectivo y por su puesto

ambiental. Por lo tanto su cultura, sus prácticas y el significado con el que viene la enfermedad son también factores determinantes de la conducta en mención. Así, es fundamental la presencia de un equipo interdisciplinario que se ocupe y se preocupe por la vivencia que el paciente y su entorno tienen de la enfermedad; y en este equipo es ineludible la presencia y participación activa de la Psicología, por ser su objeto de estudio la conducta humana (Ritchie, 2013). La imposibilidad de recibir un tratamiento completo en los paciente oncológicos es un problema complejo, cuya causa es multifactorial, y que repercute sobre sobre la mortalidad de los pacientes al contribuir a las causas de muerte inevitable (Suárez, Guzmán, Villa, & Gamboa, 2011).

Del total de pacientes que recibieron tratamiento quimioterapeutico en el hospital de Solca Núcleo Loja, el 41% no cumplen con los ciclos establecidos, es decir lo abandonan, mientras que solo el 22% si lo cumplen. El 37% de pacientes se encuentran llevando en curso el tratamiento, cosa que pueden o no abandonar la terapia oncológica.

En un estudio menciona que el incumplimiento puede influir en el resultado del tratamiento al no ser administrada la medicación de acuerdo al programa establecido, esto puede favorecer el surgimiento de clonas resistentes a las drogas que se utilizan como quimioterapia, teniendo como consecuencia pérdida del control de la enfermedad (Olmos, Aguilar, Caba , & Nuñez , 2011). El tratamiento quimioterápico puede deteriorar físicamente a los pacientes con cáncer, lo cual limita su desplazamiento o provocando pérdida de destrezas que conducen al paciente para que se halle imposibilitado para realizar apropiadamente las instrucciones médicas (Isaac, Flores, Mora, Leal, & Méndez, 2013). Los agentes quimioterápicos destruyen también las células normales sobre todo las que se dividen más rápidamente, por lo que los efectos secundarios están relacionados con estas células que se destruyen (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

8. CONCLUSIONES

- Los factores sociodemográficos que influyen en el incumplimiento del tratamiento quimioterapéutico en el hospital de Solca de Loja corresponden en su mayoría al grupo etario (41 – 60 años), el nivel de instrucción secundaria y el género femenino.

- Los factores que contribuyeron al incumplimiento del tratamiento principalmente son los efectos adversos como el estreñimiento, anorexia y vómito en su mayoría, mientras que en menor porcentaje presentaron dolor, alopecia, neutropenia, mucositis, diarrea y neuropatía. Otro de los factores corresponde el estadío III de la enfermedad.

- El porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento quimioterapéutico están representados por el 41%.

9. RECOMENDACIONES

- A la líder de enfermería conjuntamente con el equipo de salud que labora en el servicio de quimioterapia ambulatoria del hospital de Solca núcleo de Loja, dar información adecuada a los pacientes y a sus familiares, en un lugar apropiado, sin prisas de forma relajada y asegurar la continuidad e informar sobre los efectos secundarios que puedan complicar la salud del paciente.
- Al equipo de salud que planifique actividades de educación sobre los cuidados que deben tener antes, durante y después de la administración de quimioterapia.
- Realizar actividades recreativas como reuniones grupales y familiares de los pacientes así como evaluaciones periódicas del estado de salud mental.
- Que la universidad Nacional de Loja conjuntamente con los estudiantes de la carrera de Enfermería implementen charlas de concientización en la importancia del cumplimiento del tratamiento quimioterapéutico.

10. BIBLIOGRAFÍA

Instituto Nacional del Cáncer. (01 de 03 de 2015). Estadísticas del cáncer.

Memoria Institucional 1962 - 2012. (2012). Departamento Oportuno de Cáncer.

Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017. (2013). Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida.

Registro hospitalario de Solca - Loja. (2015). Boletín N° 01.

Adisa, & Bajpai. (2012). Cumplimiento de tratamiento a largo plazo. *Psicología infantil*, 27 - 37.

Aecc. (31 de 07 de 2015). Obtenido de Origen del cáncer: https://www.aecc.es/SobreElCancer/elcancer/Paginas/Origendelaenfermedad.aspx

Aibar, S., Constanza , C., Chambi., M., Estrada, S., Gandur, N., Gange., P., . . . Grance, G. (2013). *Manual de enfermería ocológica.* Argentina: Lic. Ariana Goldman.

Alam, Chagpar, & Butow. (2011). Modelos de cognición y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en psicología latina*, 7 - 21.

American Cancer Society. (2016). Cáncer de colon - rectal. *American College of Gastroenterology*, 1 - 50.

Arrarás, J. (2011). La calidad de vida en paciente oncólogo. 152 - 160.

Cancer.Net Editorial Board. (01 de 08 de 2015). Quimioterapia.

Chabner, B. (2015). Clases de fármacos. En Harrison, *Manual de oncología* (pág. 21). México: Javier de León Fraga.

Chiriboga, L., & Guamán, L. (2013). Impactodel tratamientoquimioterapéutico en pacientes que asisten a la unidad de oncología del ¨hospital Vicente Corral Moscoso¨.Cuenca, 2013. *Revista clínica de oncología*, 1- 50.

Constitución Nacional de la República del Ecuador. (2008). Salud. *Constitución Nacional de la República del Ecuador*, Art. 32.

Diario El Mercurio. (14 de 02 de 2014). Cáncer Infantil.

Díaz, M., Rodriguez, M., Trujillo, N., & Palacios, X. (2013). *Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en pacientes oncológicos adultos.* Bogotá.

Generalidades de oncología. (06 de Septiembre de 2014). Obtenido de http://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf

Heijmen, Sharaf, & Yasui. (2012). *Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos.* Bogotá: HSY1923.

Instituto del Cáncer SOLCA Loja. (01 de 05 de 2012).

Isaac, G., Flores, M., Mora, I., Leal, C., & Méndez, J. (2013). Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda. *Psicología y salud*, 75 - 87.

Klúnder, M., Miranda, A., Dorantes, E., Zapata, M., Carrazco, T., Escamilla, A., . . . Villasís, M. (2012). Frecuencia de abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. vol. 69.

León. (2014). Prevención del abandono del tratamiento oncológico de niños, niñas y adolescentes pacientes de Solca. Guayaquil - Ecuador: Roxana León ; Marlene Mantilla.

León, R. (2014). Prevención del abandono del tratamiento oncológico de niños, niñas y adolescentes pacientes de Solca. Guayaquil - Ecuador.

Lippincott Williams and Wilkins, Wolters Kluwer. (2013). *Manual de oncología clínica.* México: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins.

Olmos, R., Aguilar, F., Caba , E., & Nuñez , A. (2011). Causas de diferimiento en la administración de quimioterapia a pacientes pediátricos ambulatorios. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50 - 65.

Organización Mundial de la Salud. (01 de 05 de 2011). Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo. *El cáncer*.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2012). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles . 1- 44.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Cáncer.

Organización Mundial de la Salud. (26 de 10 de 2015). Salud. *Federación Europea de Asociaciones Cárnicas*.

Organización Mundial de la Salud. (11 de 09 de 2016). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*.

Penson, R., Marcela, d., Krasner, C., & Moy, B. (2011). Oncología ginecológica. En Harrison, *Manual de Oncología* (págs. 1 - 76). México: Mc Graw-Hill / Interamericana de México.

Ramaswamy, G. (2016). *Manual Washington de oncologia.* Bógota: Lippincott Health.

Registro hospitalario de Solca - Loja. (2015). Boletín N° 01.

Ritchie. (2013). *Psicología de la salud humana*, 236 - 243.

Solca Loja. (20 de 06 de 2016). Obtenido de http://solcaloja.med.ec/site/

SOLCA Núcleo de Loja. (2015). Registro hospitalario. boletín N° 01.

Suárez, A., Guzmán, C., Villa, B., & Gamboa, Ó. (2011). Abandono del tratamiento: una causa de muerte evitable en el niño con cáncer.

Vargas, L., & Palacios , X. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 425 - 434.

11. ANEXOS

ANEXO 1.

GUÍA DE RECOLECIÓN DE DATOS. **N°**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora de la tesis titulada "Frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico en pacientes de Solca Núcleo Loja 2016-2017"**,** previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, la información obtenida será totalmente confidencial.

Marque con una **X** según corresponda.

1. **DATOS ESPECÍFICOS:**

Género.	Masculino.	
	Femenino.	
Edad.	18 – 40 años.	
	41 – 60 años.	
	> 60 años.	
Estado civil.	Casado.	
	Divorciado/Separado.	
	Viudo.	
	Soltero.	
	Unión libre.	
Zona de residencia.	Urbana.	
	Rural.	
Nivel de educación.	Primaria	
	Secundaria.	
	Superior.	
Ocupación**.**	Jornalero.	
	Ama de casa.	
	Empleado público.	

2. **DATOS GENERALES:**

1. **Tipo de cáncer que padecio.**

   Cáncer de pulmón……

   Cáncer de próstata……

   Cáncer de colon - recto……..

   Cáncer de estómago……

   Cáncer de ovarios……...

   Cáncer de cérvix…….

   Cáncer de mama…….

2. **Cumplimiento de ciclos programados con el oncólogo.**

   Ciclo completo……..Abandono**……..**En curso……

3. **Tipo de tratamiento quimioterapéutico que recibió.**

   Quimioterapia adyuvante……

   Quimioterapia neoadyuvante……..

   Quimioterapia de inducción o conservación…

4. **Estadío del cáncer por el que está cursando.**

   Estadío I……

   Estadío II……

   Estadío III……

   Estadío IV…….

5. **Efectos secundarios que experimentó al uso de tratamiento quimioterapéutico.**

   Alopecia……..…..

   Vómitos……..…

   Neutropenia……....

   Mucositis…….……

   Diarrea……....

   Anorexia.....…..

   Dolor……..…....

   Neuropatías…..…..

   Estreñimiento……..

ANEXO 2.

TABLA DE DATOS PROCESADOS EN EXCEL.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO: "FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016-2017"

TABLA N° 1.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL				ABANDONO DEL TRATAMIENTO	
	n	%	f	%	n	%
GÉNERO (n= 133)					54	41%
Masculino	55	41%	25	19%		
Femenino	78	59%	29	22%		
EDAD (n= 133)					54	41%
18 - 40	35	26%	7	5%		
41 - 60	74	56%	35	27%		
> 60	24	18%	12	9%		
TIPO DE POBLACIÓN (n=133)					54	41%
Urbana	86	65%	28	21%		
Rural	47	35%	26	20%		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN (n=133)					54	41%
Superior	27	20%	9	7%		
Secundaria	61	46%	30	23%		
Primaria	45	34%	15	11%		
OCUPACIÓN (n=133)					54	41%
Empleado público	25	19%	11	8%		
Ama de casa	62	47%	23	17%		
Jornalero	46	35%	20	15%		
ESTADO CIVIL (n=133)					54	41%
Casado	60	45%	25	19%		
Divorciado / separado	20	15%	12	9%		
Soltero	10	8%	4	3%		
Viudo	32	24%	7	5%		
Unión libre	11	8%	6	5%		

Fuente: Guía de recolección de datos.

Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.

TABLA N° 2:

FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD.

VARIABLES	MUESTRA TOTAL	
	N	**%**
TIPO DE CÁNCER (n=133)		
Ca de pulmón	12	9%
Ca de próstata	33	25%
Ca de colon - recto	9	7%
Ca de estómago	8	6%
Ca de ovario	10	8%
Ca de cérvix	16	12%
Ca de mama	45	34%
ESTADÍO DEL CÁNCER (n=133)		
Estadío I	17	13%
Estadío II	30	23%
Estadío III	45	34%
Estadío IV	41	31%
EFECTOS ADVERSOS (n=133)		
Alopecia	15	11%
Vómito	19	14%
Neutropenia	6	5%
Mucositis	10	8%
Diarrea	13	10%
Anorexia	21	16%
Dolor	17	13%
Neuropatía	9	7%
Estreñimiento	23	17%

Fuente: Guía de recolección de datos.

Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.

TABLA N° 3:

FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.

CICLOS	MUESTRA TOTAL	
	n	**%**
Completo	30	22%
En curso	49	37%
Abandono	54	41%
TOTAL	133	100%

Fuente: Guía de recolección de datos.

Autora: Nancy Patricia Medina Gualán.

ANEXO 3.

EVIDENCIAS DEL TRABAJO DE CAMPO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

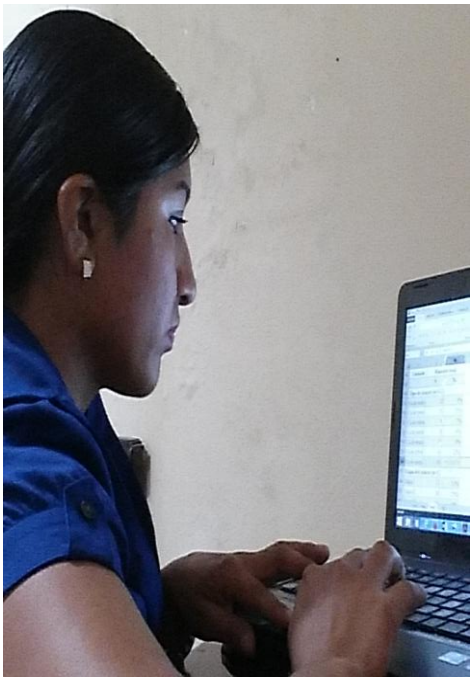
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO: "FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016-2017"

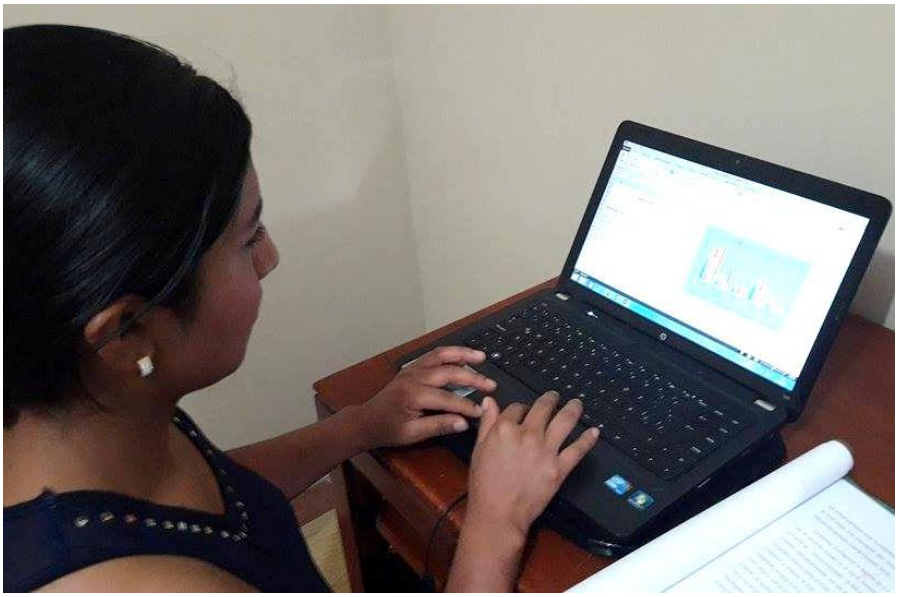
ACTIVIDAD: TABULACIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO EN EL PROGRAMA EXCEL.

Fecha: 17 de Enero /2017.



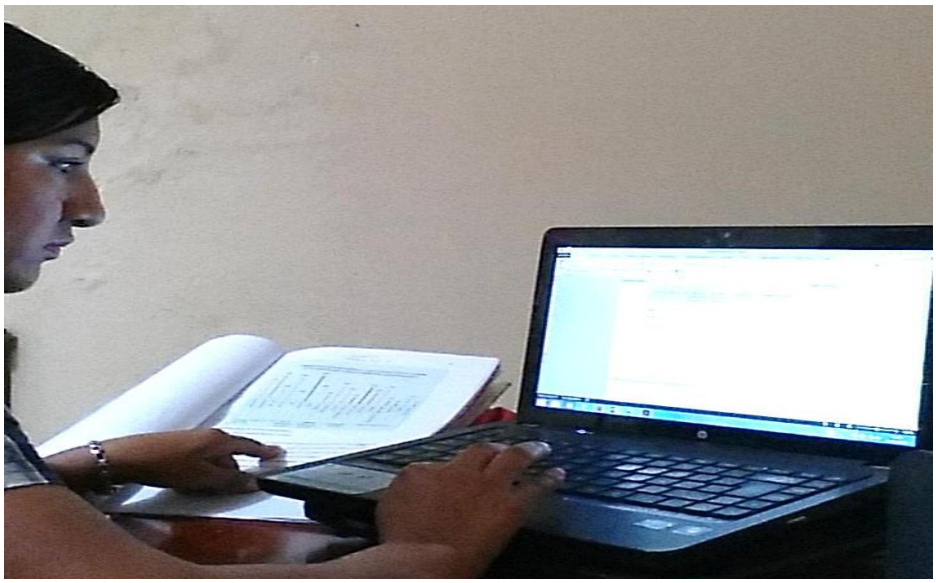
ACTIVIDAD: REALIZANDO GRÁFICOS DE ACUERDO A LOS DATOS OBTENIDOS.

Fecha: 19 de Enero /2017.



ACTIVIDAD: CORRIGIENDO EL PRIMER BORRADOR.

Fecha: 25 de Enero /2017.



ANEXO 4.

Solicitud para la autorización de la dirección del hospital SOLCA núcleo de Loja, para obtener acceso a los datos de las historias clínicas de los/as pacientes.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Of. Nº. 001 - CCE-ASH-UNL.
Loja, 03 de enero de 2017

Señor Licenciado
Claudio Burneo Burneo
DIRECTOR DE SOLCA-LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a Usted, en la oportunidad de desearle éxitos en este nuevo año en las funciones que tan acertadamente dirige, a su vez solicitarle muy comedidamente su autorización para que la señorita: **NANCY PATRICIA MEDINA GUALAN**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, pueda obtener la información necesaria y aplicación del instrumento de recolección de datos ,a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes de dicha institución, a fin de llevar a cabo la realización de su tesis intitulada **"FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPEUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NUCLEO LOJA 2016-2017".** Previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Por la favorable atención que se dé al presente le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Lic. María del Cisne Agurto Mg. Sc
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA ASH-UNL

Cof. Lic. Carmen Cabrera
C.c. Archivo.

SOLCA NUCLEO DE LOJA
SECRETARÍA DE PRESIDENCIA
FECHA 5 ENERO/2017
RECIBIDO

ANEXO 5.

CERTIFICADO DE LA TRADUCCIÓN DEL RESUMEN

Lideres en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA

C E R T I F I C A:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPEÚTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO DE LOJA 2016-2017" autoría de la Srta. Nancy Patricia Medina Gualán con cédula 1900739655, egresada de la carrera de enfermería de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 04 de Mayo de 2017

FINE - TUNED ENGLISH CÍA. LTDA. LOJA - ECUADOR

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA

ANEXO 6.

PROYECTO DE TESIS

a. **TEMA:**

“FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017”

b. PROBLEMÁTICA;

El cáncer representa uno de los mayores problemas no solo para la salud pública y la medicina preventiva, sino para la ciencia en general. Adquiere su mayor relevancia sanitaria en los países económicamente desarrollados mientras que en los que se encuentran en vías de desarrollo va incrementando sus cifras a medida que se controlan los problemas alimenticios y las enfermedades transmisibles (Chiriboga & Guamán, 2013).

Se calcula que en 2012 la carga mundial de cáncer alcanzó los 14 millones de casos nuevos al año, una cifra que se prevé que aumente hasta los 22 millones anuales en los próximos dos decenios. En el mismo periódo, se prevé que las muertes por cáncer aumenten aproximadamente 8, 2 millones de casos anuales (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La OMS puso en marcha el Plan de Acción Global para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 que tiene como objetivo reducir los factores de riesgo modificables y la mortalidad prematura por el cáncer en un 25%, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. En la Declaración Política se reconoce la importancia fundamental de reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo comunes como: promoción de dietas saludables, fomentar la actividad física, y reducción del uso nocivo del alcohol y Tabaco, los cuáles se pueden modificar y así prevenir las enfermedades no transmisibles, y fortalecer al mismo tiempo la capacidad de las personas y de las poblaciones para tomar decisiones más saludables y adoptar comportamientos que propicien la buena salud (Organización Mundial de la Salud, Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013 - 2020, 2013).

El término Calidad de Vida se emplea en diferentes disciplinas. Sin embargo, al hablar de calidad de vida en Oncología según la OMS, menciona que forman parte de ellas las dimensiones del paciente físicas, psíquicas y sociales, como el estado emocional, la relación con los familiares, la influencia que tienen en ella, la enfermedad y los tratamientos oncológicos. Por otro lado, nos referimos no solo al mantenimiento de la salud, sino también a su mejora (Arrarás, 2011).

En el Art. 32 de la constitución 2008 del Ecuador señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativos y ambientales, el acceso permanente, oportuno sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitucion Nacional de la República del Ecuador, 2008).

Según el comunicado de la Federación Europea de Asociaciones Cárnicas (Ciltravi) que representa a 3,000 empresas en 28 países de la Unión Europea, afirma que asociar la ingesta de carne con cáncer es un tema muy complejo que puede depender de una combinación de otros factores, como la edad, genética, dieta, medio ambiente y estilo de vida. No es un único grupo de alimentos específicos por sí mismos el que define los riesgos asociados con la salud, sino la dieta en su conjunto, junto con algunos otros factores, como el tabaco o la contaminación o la falta de ejercicio (Organización Mundial de la Salud, Salud, 2015).

De acuerdo con estimados citados por la OMS, cerca de 34.000 muertes por cáncer al año pueden atribuirse a dietas que son altas en carnes procesadas. Esa es una pequeña fracción de las 8,2 millones de muertes que causó en 2012 el cáncer, según los últimos datos de la OMS (Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, 2016).

Para un individuo, el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal por su consumo de carne procesada sigue siendo pequeño, pero este riesgo aumenta con la cantidad de carne consumida, dijo el doctor Kurt Straif, Jefe del Programa de Monografías del CIIC. En vista del gran número de personas que consumen carne procesada, el impacto global sobre la incidencia del cáncer es de importancia para la salud pública. Recientemente se han realizado estudios que el consumo moderado de carnes rojas o carnes procesadas contribuyen a la aparición de cáncer. El consumo de la carne varía mucho entre los países, desde un pequeño porcentaje hasta un 100% de las personas que comen carne roja, dependiendo del país, y proporciones algo más bajas en el consumo de carnes procesadas (Organización Mundial de la Salud, Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo, 2011).

Las tasas de incumplimiento con la quimioterapia para el cáncer son altas (10-80%), lo que hace que ésta sea ineficaz, dando lugar a un aumento de la morbilidad y mortalidad y los costos de la asistencia sanitaria. Sin embargo, en Colombia no hay estudios al respecto (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

El abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda se circunscribe a los paises en vías de desarrollo, con una tasa promedio de abandono de 24%, que puede llegar a ser hasta de 64%, con tendencia a disminuir con el tiempo. La frecuencia de abandono previa al Seguro Popular fue de 21.4%, en contraste con mayor porcentaje de abandono del tratamiento. El cuál concluye ser posible, que en otras partes del mundo, la menor tasa de abandono al tratamiento de niños con leucemia linfoblástica aguda afiliados al Seguro Popular se deba a los apoyos sociales y económicos relacionados con el programa. Sin embargo, la frecuencia de abandono continúa siendo alta por lo que requiere de otras acciones para mejorar este problema (Klúnder, y otros, 2012).

Otro de los estudios, dice que el diferimiento de la administración de quimioterapia fue de 13.5%, la principal causa fue la inasistencia a la aplicación del tratamiento con

10.5%, seguido de la punción lumbar traumática 1.5% y neutropenia 1%. El cuál sugiere que se debe implementar estrategias con la ayuda del equipo multidisciplinario para localizar a los pacientes y recordar a sus familiares la cita, así como sensibilizarlos de la importancia al cumplimiento del tratamiento en las fechas establecidas (Olmos, Aguilar, Caba , & Nuñez , 2011).

Los resultados muestran un índice de abandono de casi una cuarta parte. El nivel socioeconómico resulta significativo para dicho abandono del tratamiento, siendo la pobreza el factor principal. Sin embargo, se constató que una considerable mayoría de los pacientes en pobreza extrema recibían algún tipo de apoyo económico, lo que sugiere que el abandono del tratamiento médico se debe a procesos cognitivos y emocionales que los propios pacientes y familiares experimentan ante la enfermedad (Isaac, Flores, Mora, Leal, & Méndez, 2013).

La tasa de abandono del tratamiento es de 17.87%, en la cual memciona que la probabilidad de recaer o morir a causa de la enfermedad es alto. La variable más significativa que se asocia al abandono es la falta de educación por parte de los padres. El resto de variables no mostraron resultados significativos. Finalmente el porcentaje del abandono de tratamiento es alto, comparado con los países desarrollados, y muestra una fuerza de asociacion elevada para recaer o morir (Suárez, Guzmán, Villa, & Gamboa, 2011).

Uno de los estudios en el que observa mayor índice de prevalencia de incumplimiento con la quimioterapia es del 68% y la de cumplimiento de 32%. Como factor asociado a ésta, se encontró el estadio de la enfermedad, razón por la cual se establece propuestas de intervenciones adecuadas para la población colombiana, teniendo en cuenta el papel del psicólogo dentro de la elaboración e implementación de éstas estrategias e intervenciones, pues no se debe olvidar que el cumplimiento es un tema comportamental (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

La Organización Mundial de la Salud, menciona que el cáncer es una enfermedad que representa una de las 10 principales causas de mortalidad en nuestro medio y en el mundo entero, con diferentes manifestaciones, tratamientos y pronósticos. El país no tiene aún conocimiento certero acerca del cumplimiento de la enfermedad en nuestro medio. Datos generales muestran que, después de las enfermedades cardiovasculares y las muertes violentas, neoplasias malignas son la tercera causa de mortalidad y morbilidad; en 2012 hubo aproximadamente 14 millones de nuevos casos y 8.2 millones de muertes relacionadas con el cáncer (Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010, 2016).

Un informe de la Organización Mundial de la Salud, señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como el cáncer, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres (como el nuestro), donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de

recursos (Organización Mundial de la Salud, El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura, 2012).

Se entiende que el abandono al tratamiento es lo mismo que el incumplimiento de la administración de terapias oncológicas a recibir, ésta es la principal motivación para poder identificar cuáles son las causas, de que muchas de las personas abandonan el tratamiento el cual se va a necesitar de una cautelosa intervención en esta problemática para encontrar estrategias que disminuyan el abandono y el paciente termine con éxito el tratamiento (León, 2014).

La Organización Mundial de la Salud, prevé que la incidencia de las enfermedades oncológicas en la población mundial aumente un 75% en el año 2030, habrá un incremento anual de 26 millones de casos. Prácticamente, la mitad de los cánceres, un 49.3% se diagnosticaron en los países de desarrollo, en estos países el cáncer más frecuente es el de pulmón seguido de colon y recto, mientras que en países en vías desarrollo el cáncer más frecuente es el de cuello uterino. En el mundo la incidencia varía según el sexo, edad (Organización Mundial de la Salud, Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo, 2011).

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Es la segunda causa de muerte en la región de las américas (Organización Mundial de la Salud, Cáncer, 2015).

Se estima que cada año en América Latina y el Caribe hay alrededor de 900.000 nuevos caos, 542.000 muertes y más de 2 millones de personas que conviven con la enfermedad.

Los tumores malignos de estómago ocupan el décimo lugar en la escala de las 20 enfermedades mortales en el Ecuador, mientras que el cáncer de estómago continúa siendo el mayor causante de muertes tanto en hombres y mujeres. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador posee una de las tasas anuales más altas en Latinoamérica con un 11,6%. Entre las ecuatorianas, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de aparición, con una tasa de 35,4 por cada 100.000 mujeres mayores de 40 años seguido del cáncer de cuello uterino, aunque en Ecuador no presenta mayor índice de mortalidad. En los hombres, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar de prevalencia con un 13%, el riesgo de cáncer de próstata crece con la edad e incluso aumenta a partir de los 50 años (Chiriboga & Guamán, 2013).

A pesar de los avances científicos de las últimas décadas el cáncer infantil sigue siendo una dolorosa realidad; por circunstancias de pobreza, desamparo social o ignorancia de sus progenitores, el diagnóstico muchas de las veces es tardío, cuando las posibilidades de curación son muy pocas. La mayoría de los tumores malignos alcanzan su máxima frecuencia después de los 55 años de edad, pero hay cánceres propios de la infancia, como el retinoblastoma del globo ocular y el tumor renal de Wilms o nefroblastoma y tumores

más frecuentes en niños como leucemias, linfomas; neuroblastomas, sarcomas de hueso y músculos esqueléticos (Diario El Mercurio, 2014).

En Loja, el cáncer de estómago ocupa el primer lugar de prevalencia con un 18% en los hombres, seguido el cáncer de próstata con un 15%. En las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar con un 23%, seguido el cáncer de cuello uterino, con un 15%. En el caso de los niños, la leucemia es el que ocupa el primer lugar de prevalencia con un 9% (Registro hospitalario de Solca - Loja, 2015).

La presente investigación se realizará en SOLCA Núcleo - Loja, perteneciente al cantón Loja, provincia de Loja. Su clima es frío húmedo, su temperatura es de 1°C, viento del E a 6 km/h, humedad del 69 %, es una provincia meridional de la República del Ecuador ubicada en el sur de la Sierra ecuatoriana. Tiene una superficie de 11.026 km². Loja limita con las provincias de El Oro al oeste; con la provincia de Zamora Chinchipe al este; con la provincia del Azuay al norte; y al sur con la República del Perú. Con un total de 21. 574 habitantes, según el INEC 2010 lo cual el 50. 18% de la población son hombres y el 49. 82% son mujeres. El hospital Solca Núcleo – Loja se encuentra ubicada en la Av. Salvador Bustamante Celi, frente al Parque Recreacional Jipiro. Es un Hospital especializado en la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico, quirúrgico, radioterapéutico y de medicina nuclear contra el cáncer, cuenta con infraestructura moderna y de última tecnología en las: Áreas de Cirugía; Área de Gastroenterología; Área de Medicina Clínica; Área de Radioterapia y Medicina Nuclear; Área de Ginecología; Laboratorio Clínico; Laboratorio de Patología y Citología; Centro de Diagnóstico e Imagen; Sala de Cuidados Intensivos y el Departamento de Docencia y Registro de Tumores (Solca Loja, 2016).

Este estudio se realizará en el mes de Octubre 2016 a Marzo 2017, donde se revisara las historias clínicas de los pacientes que recibieron tratamiento quimioterapeutico, donde se medirá la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapeutico, dentro de ello esta los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, zona de procedencia, ocupación, nivel de instrucción) y factores asociados a la enfermedad como tipo de cáncer, estadio del cáncer y los efectos adversos que experimenta el paciente tras la administración del tratamiento quimioterapeutico, por lo tanto es necesario.

¿Identificar la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico en pacientes de SOLCA Núcleo Loja 2016 - 2017?

c. JUSTIFICACIÓN;

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel nacional, quince de cada cien muertes en el país se producen a causa del cáncer, en el caso de las mujeres, el cáncer que se presenta con mayor frecuencia es el de mama (34,7 casos por cada 100.000 mujeres). Aunque es prevenible, el cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente, seguido por el cáncer de tiroides, mientras que en los hombres, el cáncer de próstata es el más frecuente, con una incidencia de 37,8 casos por cada 100.000 hombres, seguido por el cáncer de estómago, colorrectal y de pulmón (Instituto Nacional del Cáncer, 2015)**.**

Esta enfermedad es causa de interés e importancia en nuestro medio porque abarca múltiples aspectos clínicos, institucionales, sociales, económicos y administrativos, es por ello que se realizó la presente investigación en la que enfocamos la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico en pacientes que asisten a la Sociedad de lucha contra el cáncer, núcleo Loja. En los registros y consultas del hospital SOLCA se pueden apreciar la gran cantidad de pacientes que abandonan total o parcialmente el tratamiento de su enfermedad, por eso cuando son readmitidos presentan estadios más avanzados, esto implica: menor probabilidad de tratamiento o la necesidad de realizar más estudios y procedimientos de mayor complejidad que originan un mayor gasto económico y social (Chiriboga & Guamán, 2013).

La enfermedad oncológica es una enfermedad grave y como tal, genera a sus alrededores una serie de mitos y miedos muchas veces erróneos, que llegan a bloquear las capacidades de los familiares y de la persona para poder soportarla (León, 2014).

La propuesta pretende determinar el número de pacientes que abandonan su tratamiento oncológico, teniendo como finalidad fortalecer los conocimientos acerca de la importancia del cumplimiento en la administración del tratamiento quimioterapeutico, la misma que va encaminado a mejorar la calidad de su vida y la de su familia.

El problema del abandono abarca problemas por causa asociadas a condiciones socioeconómicas y factores asociadas a la enfermedad. Dentro de los factores socioeconómicos que cabe señalar son; edad, el tratamiento responde mejor en edades superiores que en inferiores; sexo, la calidad de vida disminuye a medida que aumenta el número de ciclos del tratamiento, la misma que se refleja más en las mujeres que en los hombres.

Otro de los factores relacionados a la enfermedad está el tipo de cáncer, estadio de la enfermedad y el tipo de tratamiento que está recibiendo, muchas de las veces los pacientes se sienten mal debido a los efectos adversos provocados por la administración de fármacos citotaxicos.

d. OBJETIVOS;

Objetivo general.

- Identificar la frecuencia de abandono del tratamiento quimioterápico.

Objetivos específicos:

- Determinar los factores socioeconómicos que influyen en el incumplimiento del tratamiento quimioterapéutico.
- Señalar los factores asociados a la enfermedad que influyen en el incumplimiento de la administración farmacológica.

e. MARCO TEÓRICO;

CONTEXTO GENERAL

Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.

Cuatro categorías de enfermedades: las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes, son las principales responsables de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles y constituyen el objetivo prioritario del plan de acción. Esos cuatro tipos de enfermedades no transmisibles pueden prevenirse o controlarse en gran parte mediante intervenciones eficaces que abordan factores de riesgo comunes, como son el consumo de tabaco, la dieta, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, así como mediante una detección y un tratamiento temprano. Esas enfermedades especialmente importantes y sus factores de riesgo se consideran de forma conjunta en el plan de acción a fin de poner de relieve los factores etiológicos compartidos y los enfoques comunes para su prevención (Organización Mundial de la Salud, Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013 - 2020, 2013) .

Objetivo 3: Reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud.

La OMS puso en marcha el Plan de Acción Global para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 que tiene como objetivo reducir la mortalidad prematura por el 25% de cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Uno de los objetivos está reducir los factores de riesgo modificables de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes sociales subyacentes mediante la creación de entornos que fomenten la salud. En la Declaración Política se reconoce la importancia fundamental de reducir el grado de exposición de las personas y las poblaciones a los factores de riesgo comunes como: promoción de dietas saludables, fomentar la actividad física, y reducción del uso nocivo del alcohol y Tabaco,

los cuales se pueden modificar y así prevenir las enfermedades no transmisibles, y fortalecer al mismo tiempo la capacidad de las personas y de las poblaciones para tomar decisiones más saludables y adoptar comportamientos que propicien la buena salud (Organización Mundial de la Salud, Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013 - 2020, 2013) .

Objetivo del buen vivir: calidad de vida de la población.

Entre los derechos del ciudadano que tiene para mejorar la calidad de vida son: acceso al agua, alimentación, a vivir en un ambiente sano, a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de situación social y económica, al ejercicio del derecho a la ciudad y a la salud. La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución, dentro del Sistema Nacional de Inclución y Equidad, para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitad y vivienda, transporte y gestión de riesgos (Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017, 2013).

Constitución de la República del Ecuador.
Art. 32. La salud.

En la constitución 2008 del Ecuador señala el Art. 32 que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos: el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativos y ambientales, el acceso permanente, oportuno sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (Constitucion Nacional de la República del Ecuador, 2008).

CONTEXTO ESPECÍFICO

ANTECEDENTES DEL CÁNCER.

El cáncer son de masas tumorales encontradas en los huesos liofilizados de hombres prehistóricos que datan hace 1.5 millones de años, existen momias egipcias con carcionoma nasofaríngeo y sarcoma estrogénico que datan hace 5.000 años aproximadamente. Fueron los egipcios quienes reconocieron por primera vez que había distintos tipos de tumores, los cuáles debían ser tratados de forma distinta. Hipócrates en Grecia nombro a "oncos" como masa tumoral y uso por primera vez el término carcionoma.

La palabra cáncer es de origen latín y significa cangrejo, cuando se empezó a analizar los tumores éstos tenían un patrón de invación y adhesión firme a los tejidos por lo que se les asoció a las patas de los cangrejos que pueden agarrar firmemente a sus presas, por ello cuando agarran un tejido con fuerza y se expanden, se dice que eran malignos y si los sujeta con menos fuerza son menos benignos. Los primeros registros de cáncer datan a partir de los siglos XVII A.C., los beneficios de su detección oportuna e impacto en el tratamiento se documentan desde principios del siglo XIX (Aibar, y otros, 2013).

El fenómeno de la metástasis, meta significa más allá y éstasis alojamiento fue reconocido por Galeno alrededor del año XX A. C. En 168 A.C., Galeno médico romano, creía que el cáncer era curable en etapas tempranas y que los tumores avanzados deberían ser operados ya sea mediante la reducción al rededor del área afectada o por cauterización. En la actualidad son tres los tratamientos más aceptados en el combate contra el cáncer, sin embargo existen diversos tratamientos nuevos que han surgido últimamente, los cuales vas incorporándose poco a poco a la clínica y otros son aún experimentales (Ramaswamy, 2016).

ONCOLOGÍA.

Concepto.

La oncología estudia los tumores malignos que constituyen el cáncer. El término oncología deriva del griego oncos que significa masa o tumor y el sufijo logia estudio. La oncología, por lo tanto se encarga de detectar, combatir y controlar el cáncer.

Por otra parte se ocupa de ofrecer cuidados paliativos a quienes padecen enfermedades terminales, indaga sobre las cuestiones éticas asociadas a la atención de los individuos con cáncer y aborda los exámenes genéticos focalizados en la detección de tumores.

La oncología es una especialidad multidisciplinaria, donde los comités de tumores, conformados por oncólogo clínico, cirujano, radioterapeuta, patólogo, radiólogo, y especialista según el tipo de cáncer, determinan la mejor estrategia diagnóstica y terapéutica.

Las terapéuticas oncológicas actuales son multidisciplinarias, con múltiples métodos, solos o combinados, siendo la cirugía temprana el método con mayores tasas de curaciones. Las diferentes estrategias para realizar terapéutica oncológica son:

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.
- Inmunoterapia.
- Quimioterapia.

Oncogénesis.

La oncogénesis es el proceso por el cual se produce el cáncer, en donde una célula normal se convierte en una célula cancerosa.

Las células normales del cuerpo crecen, se dividen, tienen mecanismos para dejar crecer y mueren con el tiempo, mientras que en el cáncer aparecen células anormales que crecen, se reproducen descontroladamente y no mueren.

Las células cancerosas suelen agruparse y formar tumores, un tumor en crecimiento se transforma en bulto de células cancerosas que destruyen a células normales que rodean al tumor y dañan los tejidos sanos del cuerpo. A veces, las células cancerosas se separan del tumor original y se dirigen hacia otras partes del cuerpo recibiendo el nombre de metástasis, ahí continúan creciendo y a la vez formando nuevos tumores.

Los tumores pueden ser benignos o malignos:

Los tumores benignos:

- Son de crecimiento lento.
- Solo crecen hasta un determinado tamaño.
- No destruyen células normales.
- Crecen de manera ordenada.
- No se propagan a otros tejidos.

Los tumores malignos:

- Algunas son de crecimiento lento, pero con frecuencia son de crecimiento rápido.
- Crecen de manera progresiva e invasiva.
- Destruyen células, tejidos y órganos.
- Crecen de manera desordenada.
- Se propagan a tejidos de otros órganos del cuerpo como metástasis.

CÁNCER.

Definición: el cáncer es un grupo de enfermedades se origina por el crecimiento celular incontrolado en alguna parte del cuerpo. La trasformación de las células normales en células cancerosas surge como consecuencia del daño del DNA, dando lugar a células incapaces de controlar su crecimiento y división. Esta división celular incontrolada puede formar masas o tumores visibles en los órganos donde se originan, y que denominamos tumor primario. Además las células cancerosas tienen la capacidad de invadir órganos vecinos a su lugar de origen y la de diseminarse por la sangre o la linfa a zonas distantes y crecer en ellas, originando tumores secundarios que conocemos como metástasis.

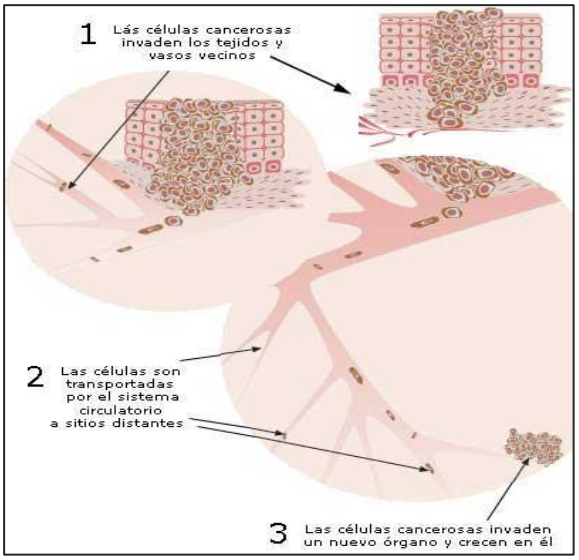
A pesar de tener como característica común el crecimiento de las células anormales, lo cual desemboca en la muerte; el cáncer se puede considerar como varias enfermedades en una y las diferencias radican en las causas que lo provocan y los tratamientos para contrarrestarlo (Generalidades de oncología, 2014).

Los distintos tipos de cáncer se comportan de manera diferente (velocidad de crecimiento, tendencia a la diseminación, respuesta a los tratamientos).

CARCINOGÉNESIS.

Es el proceso por el cual una célula normal se convierte en una célula cancerígena. El proceso por el cuál las mutaciones producidas en el DNA de células sanas llevan a la aparición de células cancerosas se denomina carcinogénesis, siendo de duración variable, según el tipo de cáncer.

Se caracteriza por la progresión de varios cambios celulares a nivel del material genético que finalmente desemboca en la reprogramación de la célula provocando que se reproduzca de manera descontrolada, formando de esta forma una masa que el cuerpo rechaza por ser diferente genéticamente.



Fuente: (Aecc, 2015).

1. Inducción o iniciación: Aparecen las mutaciones del DNA que dotan a la célula de las características propias de la célula cancerosa: división incontrolada, capacidad de invasión local y de diseminación a distancia.

2. Cáncer "in situ": Aumento del número de células cancerosas en el órgano en el que se origina. Se va generando el tumor primario.

3. Invasión local: Extensión del tumor primario a las estructuras vecinas, invadiéndolas. Aparición de síntomas.

4. Invasión a distancia o metástasis: Las células cancerosas acceden al torrente sanguíneo o linfático diseminándose a órganos a distancia, y originando tumores secundarios denominados metástasis.

A lo largo de cada una de estas fases las células van acumulando mutaciones que hacen que pierdan sus características alterando su funcionamiento.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

El cáncer es un grupo de enfermedades que pudiera causar casi cualquier signo o síntoma. Los signos y síntomas dependerán de la localización del cáncer, cuán grande es, así como de qué tanto afecta a los órganos o los tejidos. Si un cáncer se propaga (hace metástasis), entonces los signos o síntomas pudieran aparecer en diferentes partes del cuerpo.

TIPOS DE CÁNCER.

El cáncer se clasifica según la parte del cuerpo en donde se inicia y por su apariencia al observarse a través de un microscopio. Los distintos tipos de cáncer varían en cuanto al índice de crecimiento, formas de propagación y respuesta a diferentes tipos de tratamiento. Dentro de los tipos de cáncer podemos determinar lo siguiente:

1. **Hiperplasia:** incrementa en el número de células de un tejido en un área específica. El resultado es el agrandamiento del órgano, como por Ej. La hiperplasia benigna de prostata o la aparición de un nódulo benigno.
2. **Metaplasia:** anormalidad en la diferenciación celular, en el cual un tipo de célula adulta es reemplazada por un tipo distinto de célula madura que no es normal en ese tejido.
3. **Displasia:** se trata de un desarrollo anormal del tejido, debido a un crecimiento de células alteradas. Sin tratamiento en algunos casos la displasia puede evolucionar a un cáncer, por tanto, se trata de una lesión premaligna o precancerosa.
4. **Carcionoma:** tumor maligno que se origna en la capa que recubre los órganos, aproximadamente el 80% de los tumores cancerosos son carcionomas. Algunas de estas células tienen diferentes características y por tanto su nombre puede ser algo distinto.

5. **Melanoma:** tumor maligno que se origina en las células que producen la coloración de la piel. El melanoma es casi siempre curable en sus primeras etapas, es probable que se propague a otras partes del cuerpo.
6. **Sarcoma:** tumor maligno que se origina en los tejidos conectivos, tales como los cartilagos, la grasa, los músculos o los huesos.dependiendo de la célula que lo origina puede recibir diferentes nombres.
7. **Leucemia:** popularmente conocido como cáncer a la sangre. Las personas con leucemia presentan un aumento notable en los niveles de glóbulos blancos o leucositos. En las leucemias no existe tumoración, sino que afecta la sangre y la medula ósea.
8. **Linfoma:** el Sistema linfático es una red de ganglios y vasos finos que existe en todo el cuerpo, cuya función es combatir las infecciones. El linfoma afecta a un grupo de glóbulos blancos llamados linfositos. Los dos tipos principales de linfomas de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin.

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Los tipos más frecuentes de cáncer diagnosticados en este estudio son: cáncer de próstata, pulmón, colon rectal y estómago en hombres; y los canceres de mama, cérvix y ovarios en mujeres.

Cáncer de pulmón: es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, en particular del tejido pulmonar, y uno de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial. El cáncer de pulmón suele originarse a partir de células epiteliales, y puede derivar en metástasis e infiltración a otros tejidos del cuerpo. Se excluye del cáncer de pulmón aquellas neoplasias que hacen metástasis en el pulmón provenientes de tumores de otras partes del cuerpo. La causa más común de cáncer de pulmón es el tabaquismo, siendo el 95 % de pacientes con cáncer de pulmón, fumadores y exfumadores.

En las personas no fumadoras, la aparición del cáncer de pulmón es resultado de una combinación de factores genéticos, exposición al gas radón, asbesto, y contaminación atmosférica, incluyendo humo secundario (fumadores pasivos) (Penson, Marcela, Krasner, & Moy, 2011).

Cáncer de próstata: Se denomina cáncer de próstata al que se desarrolla en uno de los órganos glandulares del sistema reproductor masculino llamado próstata. El cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Éstas también podrían propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los huesos y los ganglios linfáticos originando una metástasis. Esta afección puede causar dolor, micción dificultosa, disfunción eréctil, entre otros síntomas. La enfermedad se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años. Es el segundo tipo de cáncer más común en hombres. Sin embargo, muchos hombres que desarrollan cáncer de próstata nunca tienen síntomas, ni son sometidos a terapia. La detección se lleva a cabo principalmente por la prueba en sangre del antígeno prostático específico, llamado PSA (acrónimo inglés de prostate-specific antigen) o por exploración física de la glándula prostática (tacto rectal). Los resultados sospechosos típicamente dan

lugar a la posterior extracción de una muestra tisular de la próstata (biopsia), que es examinada en microscopio. El tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia, o bien una combinación de todas. La edad y el estado de salud general del afectado, tanto como el alcance de la diseminación, la apariencia de los tejidos examinados al microscopio y la respuesta del cáncer al tratamiento inicial, son vitales en la determinación del resultado terapéutico (Penson, Marcela, Krasner, & Moy, 2011).

Cáncer de colon - recto: El cáncer colorrectal se origina en el colon o el recto. A estos cánceres también se les puede llamar cáncer de colon o cáncer de recto (rectal) dependiendo del lugar donde se originen. El cáncer de colon y el cáncer de recto a menudo se agrupan porque tienen muchas características comunes. Es una enfermedad que se desarrolla debido a que la mucosa del colon contenida en un pólipo existente evoluciona por diferentes causas hasta convertirse en un tumor maligno. Normalmente las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso.

Este tipo de cáncer es uno de los más comunes a nivel mundial y también de los más fáciles de diagnosticar. Además, las tasas de curación son elevadas si se detecta precozmente y tarda mucho en desarrollarse.

El colon, junto con el recto (porción final del intestino grueso) es el lugar donde se almacenan las heces antes de ser expulsadas al exterior a través del ano. Al encargarse de esta labor, acumula sustancias de desecho, por lo que es un lugar propicio para la aparición de un cáncer. Por eso es importante reducir el tiempo de acumulación al mínimo adoptando una dieta equilibrada que facilite el tránsito intestinal adecuado evitando el estreñimiento (American Cancer Society, 2016).

El cáncer de colon puede crecer de tres formas:

- **Crecimiento local:** En este caso el tumor invade profundamente todas las capas de la pared del tubo digestivo. En primer lugar, el tumor maligno crece desde la mucosa, se expande por la serosa y llega a las capas musculares. En el momento que el cáncer traspasa la pared del intestino puede diseminarse a todos los órganos.
- **Diseminación linfática:** Cuando el tumor va profundizando en la pared del intestino puede llegar a los órganos utilizando la red de vasos linfáticos que permiten el acceso a múltiples regiones ganglionares. Una de las características de esta difusión es que se realiza de forma ordenada alcanzando primero a los ganglios cercanos hasta llegar a los más alejados.
- **Diseminación hematógena:** Aquí el tumor se sirve del torrente sanguíneo para diseminar las células cancerígenas al hígado, los pulmones, los huesos y el cerebro, principalmente (American Cancer Society, 2016)

Cáncer de estómago: Los cánceres de estómago tienden a desarrollarse lentamente en un periodo de muchos años. Antes de que se forme un verdadero cáncer, a menudo ocurren cambios precancerosos en el revestimiento interno (mucosa) del estómago. Estos cambios tempranos casi nunca causan síntomas y, por lo tanto, no se detectan. Los cánceres de estómago se pueden propagar (hacer metástasis) de varias maneras. Estos pueden crecer a través de la pared del estómago e invadir los órganos cercanos. También pueden propagarse a los vasos linfáticos y a los ganglios linfáticos adyacentes. Los ganglios linfáticos son estructuras del tamaño de un fríjol que ayudan a combatir las infecciones. El estómago tiene una red muy rica de vasos linfáticos y de ganglios. Cuando el cáncer del estómago se torna más avanzado, puede viajar a través del torrente sanguíneo y propagarse a órganos como el hígado, los pulmones y los huesos. Si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otros órganos, el pronóstico del paciente no es tan favorable (Penson, Marcela, Krasner, & Moy, 2011).

Cáncer de ovarios: Este proceso está regulado por una serie de mecanismos que indican a la célula cuándo comenzar a dividirse y cuándo permanecer estable.

Cuando estos mecanismos se alteran en una célula, esta y sus descendientes inician una división incontrolada que con el tiempo dará lugar a un tumor. Si estas células además de crecer sin control adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos de alrededor (infiltración) y de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis) se denomina tumor maligno.

Este tumor, puede crecer de cuatro maneras:

- **Crecimiento local**: el cáncer de ovario crece por invasión directa a todas las estructuras vecinas como las trompas de Falopio, útero, vejiga y recto. Este crecimiento por contigüidad se produce al romperse la cápsula del ovario.
- **Diseminación peritoneal**: es la forma más frecuente de crecimiento del cáncer de ovario. Se produce por desprenderse las células del tumor y esparcirse a través de la cavidad abdominal colonizando el peritoneo (membrana que reviste la cavidad abdominal y envuelve las vísceras situadas en ella). A este tipo de diseminación también se le denomina siembra peritoneal.
- **Diseminación linfática:** los ganglios que se afectan con más frecuencia son los situados en la pelvis y alrededor de la arteria aorta.
- **Diseminación hematógena:** se realiza a través de los vasos sanguíneos, preferentemente hacia el hígado, hueso y pulmón. Este tipo de crecimiento no es frecuente en el cáncer de ovario y cuando lo hace es tardíamente.

Cáncer de cuello uterino: El cáncer de cuello uterino se origina en las células que revisten el cuello del útero. El cuello del útero es la parte inferior del útero (la matriz). Algunas veces se le llama cérvix uterino. El cuerpo del útero (parte superior) es el lugar donde se desarrolla el feto. El cuello uterino conecta el cuerpo del útero con la vagina (el canal por donde nace el bebé). La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero

se llama endocervix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocervix). El punto en el que estos tipos de células se encuentran se llama zona de transformación. La ubicación exacta de la zona de transformación cambia a medida que envejece y al dar a luz. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se origina en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino se transforman gradualmente en cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (cervical intraepitelial neoplasia, CIN), lesión intraepitelial escamosa (squamous intraepithelial lesión, SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer (Penson, Marcela, Krasner, & Moy, 2011, págs. 341 - 385)

Cáncer de mama: Es una proliferación maligna de las células epiteliales que revisten los conductos o lobulillos mamarios. Es una enfermedad clonal; donde una célula individual producto de una serie de mutaciones somáticas o de línea germinal adquiere la capacidad de dividirse sin control ni orden, haciendo que se reproduzca hasta formar un tumor. El tumor resultante, que comienza como anomalía leve, pasa a ser grave, invade tejidos vecinos y, finalmente, se propaga a otras partes del cuerpo.

Existen dos tipos principales de cáncer de mama. El carcinoma ductal infiltrante, que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón, es por mucho el más frecuente (aproximadamente el 80 % de los casos). El segundo lugar lo ocupa el carcinoma lobulillar infiltrante (10 a 12 % de los casos), que comienza en partes de las mamas llamadas lobulillos, que producen la leche maternal (Penson, Marcela, Krasner, & Moy, 2011).

CLASIFICACIÓN POR ESTADIOS

En general, los estadios son:

- Estadio I: pequeños, localizados y habitualmente curables.
- Estadio II y III: localmente avanzados y/o con afectación de los ganglios linfáticos locales.
- Estadio IV: metastáticos y en la mayoría de casos inoperables.

EPIDEMIOLOGÍA.

Se calcula que en 2012 la carga mundial de cáncer alcanzó los 14 millones de casos nuevos al año, una cifra que se prevé que aumente hasta los 22 millones anuales en los próximos dos decenios. En el mismo periódo, se prevé que las muertes por cáncer aumenten desde los aproximadamente 8, 2 millones de casos anuales hasta los 13 millones de casos anuales. Los cánceres diagnosticados con más frecuencia a nivel mundial fueron el de pulmón (1, 8 millones de casos), el de mama (1, 7 millones) y el cáncer colon rectal

(1, 4 millones). Los tipos de cáncer que provocaron un mayor número de muertes fueron los de pulmón (19, 4%), hígado (9, 1%) y estómago (8, 8%).

Incidencia y prevalencia:

La Organización Mundial de la Salud, prevé que la incidencia de las enfermedades oncológicas en la población mundial aumente un 75% en el año 2030, habrá un incremento anual de 26 millones de casos. Prácticamente, la mitad de los cánceres, un 49.3% se diagnosticaron en los países de desarrollo, en estos países el cáncer más frecuente es el de pulmón seguido de colon y recto, mientras que en países en vías desarrollo el cáncer más frecuente es el de cuello uterino. En el mundo la incidencia varía según el sexo, el cáncer más frecuente en la mujer es de mama, y en los varones, el de pulmón (OMS, 2012).

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer se produjeron en países de ingresos bajos y medios. Representa la segunda causa de muertes en la región de las américas. Los tipos más frecuentes de cáncer en la región incluyen: los canceres de próstata, pulmón, colon rectal y estomago en hombres; y los canceres de mama, cervicouterino en mujeres.

Se estima que cada año en América Latina y el Caribe hay alrededor de 900.000 nuevos caos, 542.000 muertes y más de 2 millones de personas que conviven con la enfermedad.

En Ecuador los tumores malignos de estómago ocupan el décimo lugar en la escala de las 20 enfermedades mortales, continúa siendo el mayor causante de muertes tanto en hombres y mujeres. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, Ecuador posee una de las tasas anuales más altas en Latinoamérica con un 11,6%. Entre las ecuatorianas, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de aparición, con una tasa de 35,4 por cada 100.000 mujeres mayores de 40 años seguido del cáncer de cuello uterino, aunque en Ecuador no presenta mayor índice de mortalidad. En los hombres, el cáncer de próstata ocupa el primer lugar de prevalencia con un 13%, el riesgo de cáncer de próstata crece con la edad e incluso aumenta a partir de los 50 años.

En Loja en el caso de los hombres ocupa el primer lugar el cáncer de estómago con una prevalencia del 18%, seguido el cáncer de próstata con un 15%.En las mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar con un 23%, seguido el cáncer de cuello uterino, con un 15%. En el caso de los niños, la leucemia es el que ocupa el primer lugar de prevalencia con un 9% (Registro hospitalario de Solca - Loja, Boletín N° 01, 2015).

La mayoría de los tumores malignos alcanzan su máxima frecuencia después de los 55 años de edad, pero hay cánceres propios de la infancia, como el retinoblastoma del globo ocular y el tumor renal de Wilms o nefroblastoma y tumores más frecuentes en niños como leucemias, linfomas; neuroblastomas, sarcomas de hueso y músculos esqueléticos. A pesar de los avances científicos de las últimas décadas el cáncer infantil sigue siendo una dolorosa realidad; por circunstancias de pobreza, desamparo social o ignorancia de sus

progenitores, el diagnóstico muchas veces, es tardío, cuando las posibilidades de curación son muy pocas (Organización Mundial de la Salud, 2012).

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo más comunes que aumente la probabilidad de contraer el cáncer tenemos:

Edad

La edad es un factor importante en el desarrollo del cáncer. Algunos tipos de cáncer, como el tumor de Wilms, la leucemia linfática aguda y el linfoma de Burkitt afectan casi exclusivamente a la gente joven. Sin embargo, la mayoría de los cánceres más comunes en personas adultas y adultas mayores, muchos de ellos como los de próstata, estómago y colon, tienen más probabilidad de aparecer después de los 60 años. En los paises desarrollados más del 60% de los cánceres se presenta en personas de más de 65 años. El riesgo de desarrollar cáncer se duplica cada 5 años después de los 25 años de edad.

Tabaco

El consumo de tabaco es el factor de riesgo de mayor importancia en cáncer que se puede prevenir. Los órganos más expuestos al humo de tabaco son los más afectados pero también están en riesgo tejidos alejados, como por ejemplo, vejiga, cuello uterino y páncreas. El 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón, al estar expuesto de manera regular al humo.

El tabaquismo es una enfermedad crónica con recaídas, debiéndose considerar al tabaco como una droga adictiva. El riesgo de enfermedad está directamente relacionado a la cantidad de cigarrillos fumados, tiempo de duración del tabaquismo y tipo de tabaco utilizado.

Alcohol

Los estudios científicos mostraron que al consumir más de dos bebidas alcohólicas por día durante varios años puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de boca, garganta, esófago, laringe, hígado, mama y colorrectal. El alcohol sirve como solvente de las sustancias carcinógenas del tabaco.

Alimentación

La dieta también puede influir en el desarrollo del cáncer. Las ingestas de grasas en forma excesiva se han vinculado al desarrollo de diferentes tumores, especialmente el cáncer de mama, ovario, endometrio, colon y próstata. Dicha correlación no establece causalidad clara. Es recomendable una dieta rica en fibras, lo cual se vincula con una menor frecuencia de cáncer de colon. La ingesta de determinadas sustancias como omega

3 presente en el pescado, y antioxidantes están siendo estudiados como posibles factores protectores.

Estudios experimentales en animales, evidencian que determinado tipo de aditivos (ciclamato, aspartamo, sacarina, conservantes y colorantes) se vincula al desarrollo de cáncer, lo cual no ha podido evidenciarse aún con estudios epidemiológicos en humanos.

La forma de elaboración, cocción y conservación de alimentos puede producir sustancias cancerígenas, por Ej. Los productos ahumados y la carne asada que contiene hidrocarburos policíclicos aromáticos, muchos de los cuales son carcinógenos.

Exposición al sol

Las personas con cabello y ojos claros, piel blanca tienen mayor riesgo frente a la exposición solar para el desarrollo de cáncer de piel. La disminución de la capa de ozono, lleva a un aumento de radiación UV.

Radiación

La exposición prolongada a la radiación ultravioleta sobre todo la que proviene del sol causa cáncer de piel. La exposición a la radiación de radiografías de diagnóstico aumenta el riesgo de cáncer en los pacientes y los radiólogos.

Los científicos consideran que la radiación ionizante causa leucemia, cáncer de tiroides y cáncer de mama en la mujer, también se puede vincular con el mieloma y los cánceres de pulmón, estómago, vejiga y otros.

El riesgo de padecer cáncer después de la exposición a radiación ionizante en las radiografías de diagnóstico es más alto para los grupos de menor edad que para los de edad más avanzada, y es más alto para las mujeres que para los hombres.

Ciertos productos químicos y otras sustancias

Algunas personas tienen un riesgo mayor de cáncer debido al trabajo que realizan (pintores, trabajadores de construcción, e industria química). Muchos estudios han demostrado que la exposición al asbesto, benceno, bencidina, cadmio, níquel y cloruro de vinilo en el trabajo puede causar cáncer, además demuestra que el consumo de agua que contiene gran cantidad de arsénico se vincula con cánceres de piel, vejiga y pulmón.

Virus y bacterias

Ciertos virus y bacterias pueden causar cáncer. Los virus y otras sustancias que causan infecciones provocan más casos de cáncer en los países de desarrollo, que en las naciones desarrolladas.

Ejemplos de virus y bacterias cancerosos:

- El virus del papiloma humano (VPH) aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino, pene, vagina, ano y orofaringe.
- Los virus de la hepatitis B y C aumentan el riesgo de cáncer de hígado.
- El virus de Epstein-Barr aumenta el riesgo de linfoma de Burkitt.
- La bacteria Helicobacter pylori aumenta el riesgo de cáncer de estómago.

Los científicos elaboraron dos vacunas para prevenir la infección por sustancias cancerosas y fueron aprobadas, entre ellas está la vacuna para prevenir la infección por el virus de la hepatitis B, la otra protege contra la infección por cepas del virus del papiloma humano (VPH).

Ciertas hormonas

El personal de salud puede recomendar hormonas para aliviar algunos problemas que suelen ocurrir durante la menopausia. Sin embargo, algunos estudios muestran que la terapia hormonal en la menopausia puede causar efectos secundarios graves que pueden aumentar el riesgo de cáncer de seno, ataques cardíacos, derrame cerebral o coágulos sanguíneos. Los agentes hormonales que alteran el equilibrio corporal también pueden promover el cáncer.

Antecedentes familiares de cáncer

La mayoría de los cánceres aparecen debido a cambios (mutaciones) en los genes. Una célula normal puede convertirse en célula cancerosa después de que ocurren una serie de cambios en los genes.

Algunos cambios en los genes que aumentan el riesgo de padecer cáncer pasan de padres a hijos. Estos cambios están presentes en todas las células del cuerpo desde el nacimiento.

Es raro que el cáncer sea hereditario. Sin embargo, ciertos tipos de cáncer ocurren con más frecuencia en algunas familias que en el resto de la población.

ETIOLOGÍA DEL CÁNCER

El cáncer no tiene causa única, los científicos creen que es producto de la interacción de muchos factores los mismos que pueden ser ocasionados por las características genéticas, ambientales o constitucionales de un individuo cuyos efectos actúan sinérgicamente y predisponen al cáncer en el hombre.

Según la teoría monoclonal, generalmente aceptada, el cáncer es un problema genético que se originan a partir de una célula única, tras la suma de múltiples mutaciones en ciertos genes que controlan el comportamiento celular. Esta cadena de mutaciones induce a una célula y sus descendientes a un comportamiento anómalo, de invasión de otros tejidos y multiplicación sin control, dando lugar a un clon de células malignas, que es el tumor. Las alteraciones genéticas que provocan el cáncer, consisten en mutaciones que

inactivan genes cuya función es limitar la división celular y eliminar células muertas o defectuosas, en otras ocasiones las mutaciones potencia la acción de genes que favorecen el movimiento y la multiplicación de las células afectadas.

Se plantean de forma muy general dos grandes causas fundamentales: las exógenas, responsables del 80-90% de todas las neoplasias y las endógenas responsables del 10 -20% restante. Éstas últimas, a diferencia de las primeras, ocurren en el organismo independiente a cualquier incidencia externa. Pueden ser mutaciones espontáneas debidas a fallas en procesos biológicos endógenos naturales que ocurren en la célula como es el caso de la reparación del ADN que realizan enzimas correctoras específicas o por herencia, es decir, transmisión de mutaciones en genes recesivos llamados supresores que se trasmiten de generación en generación en las llamadas familias con síndrome de cáncer.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del cáncer incluye:

Anamnesis, realizada por el médico, para determinar si existe algún síntoma sospechoso en el paciente. Los síntomas pueden ser muy variados, dependiendo del órgano afectado, por ejemplo esputos con sangre en el cáncer de pulmón, hemorragia en las heces en el cáncer de colon, dificultad para orinar en el cáncer de próstata o la aparición de un nódulo palpable en el cáncer de mama. No siempre es posible diagnosticar precozmente un cáncer debido que en las primeras fases es asintomático. Existen métodos en los cuales se deben realizar cada año con la finalidad de prevenir el cáncer.

El segundo paso consiste generalmente en realizar una prueba complementaria, para confirmar la sospecha, puede consistir en radiografía de pulmón, de mama (mamografía), endoscopia u otros estudios como análisis de sangre, ecografías, resonancia magnética nuclear o tomografía axial computarizada. Para llegar al diagnóstico de certeza, suele ser necesario tomar una muestra del tumor (biopsia), para realizar un estudio histológico del tejido.

TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Otras posibilidades de tratamiento incluyen la hormonoterapia, inmunoterapia, nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas y el trasplante de médula. El tratamiento puede ser multidisciplinar, por exigir la cooperación entre distintos profesionales: cirujanos, oncólogos, dermatólogos, neumólogos, ginecólogos etc. Virtualmente todos los enfermos requieren cirugía para establecer el diagnóstico y resecar el tumor primario, pero este esfuerzo es sólo la primera parte de un plan muy intrincado que, con mucha frecuencia, incluye quimioterapia o terapia biológica y radioterapia (Chabner, 2015).

Hoy en día el tratamiento del cáncer no se limita a la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia, sino que también se orienta a los aspectos psicilógicos y sociales que conlleva esta enfermedad (Lippincott Williams and Wilkins, Wolters Kluwer., 2013).

La quimioterapia es una de las modalidades más utilizadas para tratar todo tipo de cáncer, cuyo objetivo principal es evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invación a los tejidos adyacentes o el desarrollo de metástasis. Sin embargo es muy importante resaltar que los fármacos citotóxicas son fuertes, estos causan daño a muchas células en crecimiento, incluidas algunas células sanas, por lo cual no se puede administrar todos los días, ya que necesita ser administrada paulativamente, de manera que tenga tiempo para desencadenar y recuperarse antes del próximo tratamiento. Estos fármacos causan diferentes efectos secundarios, los más relevantes son: nauseas, vomito, alopecia y pérdida de apetito, los cuales predisponen al paciente a suspender el tratamiento.

La elección del tratamiento depende de lo siguiente:

- Tipo de cáncer (el tipo de células anormales que provocan el cáncer).
- El estadio del tumor (es decir, cuanto cáncer se ha extendido en el cuerpo, si esque esto ha ocurrido).

Cirugía

Es uno de los pilares fundamentales del tratamiento oncológico salvo en tumores quimiocurables. Tipos de cirugía utilizadas en pacientes con tumores:

- **Cirugía curativa:** terapia locorregional que puede curar sólo aquellos procesos localizados en su tejido originario y en sus ganglios regionales.
- **Cirugía preventiva:** es el método de elección para las lesiones in situ en todas las superficies epiteliales del cuerpo como la piel, boca, cuello uterino; y premalignas como pólipos gastrointestinales, adenomas de tiroides o mama.
- **Cirugía diagnóstica:** como biopsias, laparotomías exploradoras, laparoscopías.
- **Cirugía paliativa:** pocas veces se utiliza esta técnica para curar o prevenir algún síntoma: resección de lesiones que causan hemorragia, amputación de miembros con sarcomas dolorosos o sangrantes, extirpación de mamas ulceradas, descompresión de la médula afectada por el tumor.
- **Cirugía reductora:** extirpar la mayor cantidad posible de masa tumoral con la esperanza de que la quimioterapia o la radioterapia puedan detener el crecimiento o curar los pequeños restos de tumores. (Se aplica más a tumores infantiles).
- **Cirugía de las recidivas tumorales:** se realizan cuando los ganglios están clínicamente afectados después de que el tumor primario se ha sometido a un tratamiento curativo con cirugía o radiaciones.

Radioterapia

La radioterapia es el uso de un tipo de energía (llamada radiación ionizante) para destruir las células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores. La radioterapia lesiona o destruye las células en el área que recibe tratamiento al dañar su material genético y hacer imposible que crezcan y se dividan. Aunque la radiación daña las células cancerosas así como las normales, muchas células normales se recuperan de los efectos de la radiación y funcionan adecuadamente. El objetivo de la radioterapia es destruir el mayor número posible de células cancerosas y limitar el daño que sufre el tejido sano de alrededor. En algunos casos, destruye por completo el tumor, en otros, el objetivo es reducir el tamaño del tumor y aliviar los síntomas. En cualquier caso, los médicos planifican el tratamiento para limitar lo más posible el daño al tejido sano.

La radioterapia es una parte integral en el manejo de tumores malignos sea como único tratamiento o como parte de un tratamiento combinado con cirugía, quimioterapia o ambas. Se la utiliza en tumores de diversas localizaciones como cabeza y cuello, piel, cuello uterino, próstata y otros; puede aplicarse también de modo paliativo o como preparación para trasplante de médula ósea con técnica de radiación corporal total.

La radioterapia utiliza ciertos tipos de energía para reducir tumores o eliminar las células malignas. Su mecanismo de acción es a través de daño al DNA celular imposibilitando su reproducción. Las células malignas son altamente sensibles a la radiación y típicamente mueren con el tratamiento. Las células sanas circundantes también sufren daño pero son capaces de recuperarse en forma completa. Este método de tratamiento puede utilizarse conjuntamente con quimioterapia y / o cirugía. La decisión de combinarla con otros tipos de tratamiento depende en la etapa de la enfermedad y otros factores (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

Hormonoterapia

A través del tiempo se ha observado que ciertas manipulaciones hormonales podían influir en forma favorable en el crecimiento neoplásico surgido en órganos dependientes de hormonas, tales como próstata, mama, ovario y tiroides. Las hormonas también pueden ejercer un resultado favorable en tumores que se originan en órganos independientes de hormonas, como las leucemias y los linfomas (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

Hay dos maneras de alterar el fluido hormonal:

- **Hormoterapia ablativa:** extirpación de órganos productores de hormonas o destrucción de su funcionamiento.
- **Hormonoterapia aditiva**: mediante la administración de hormonas o sustancia similares.

Quimioterapia

La quimioterapia antineoplásica es un conjunto de medicamentos citotóxicos que se utiliza en tumores malignos, tiene como objetivo evitar que las células cancerosas se multipliquen, invadan, y hagan metástasis. Los avances científicos han permitido entender

mejor este tratamiento su mecanismo de acción, farmacocinética, efectos secundarios y métodos para prevenirlos, lo que ha llevado al diseño de estrategias en la utilización de terapia sistémica (quimioterapia); ya sea sola o asociada a la cirugía o radioterapia.

Este tratamiento se administra en ciclos, que consiste en la administración de medicamentos durante uno o varios días seguido de un tiempo variable de descanso que suele oscilar entre una o cuatro semanas, dependiendo del tipo de cáncer y de los fármacos se vayan a emplear, la quimioterapia puede administrarse en forma oral o intravenosa.

La quimioterapia es eficaz dado que los fármacos usados afectan cierta fase del ciclo vital de las células. Para replicarse, cada célula pasa por cuatro fases:

1. **Fase G1:** sucede cuando la célula se prepara para replicar sus cromosomas.
2. **Fase S:** aquí ocurre la síntesis de DNA y este se duplica.
3. **Fase G2:** se duplica el ARN y la proteína.
4. **Fase M:** en esta última, el ADN y el ARN duplicados se dividen y se desplazan hacia extremos separados de la célula.

Dependiendo del medicamento elegido, la quimioterapia afecta a las células malignas en una de tres formas:

7. Dañando el ADN de las células cancerosas de tal modo que estas ya no pueden reproducirse. Esto sucede por la alteración de la estructura del ADN en el núcleo de la célula, evitando así la replicación.
8. Durante la fase S del ciclo celular, inhibe la síntesis de cordones de ADN nuevo de tal manera que no sea posible la replicación celular. Esto ocurre cuando los fármacos bloquean la formación de los nucleótidos necesarios para la creación de ADN nuevo.
9. Deteniendo el proceso mitótico de tal modo que la célula cancerosa no pueda dividirse en dos células. La formación de usos mitóticos es indispensable para desplazar el ADN original y el ADN replicado hacia lados contrarios de la célula y esta puede dividirse en dos células.

El mecanismo de acción es provocar una alteración celular ya sea en la síntesis de ácidos nucleicos, división celular o síntesis de proteínas. La acción de los diferentes citostáticos varía según la dosis a la que se administre. Debido a su inespecificidad afecta a otras células y tejidos normales del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa como la médula ósea y las de mucosas. Por tanto, la quimioterapia es la utilización de diversos fármacos que tiene la propiedad de interferir con el ciclo celular, ocasionando la destrucción de células (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

Objetivos y finalidad de la quimioterapia

El objetivo de la quimioterapia es destruir las células malignas, pero su finalidad puede variar en función del tipo de tumor, la fase en la que se encuentre y del estado general del paciente. Las finalidades de la quimioterapia son fundamente dos:

- **Curativa:** en este caso, la intención de la quimioterapia es curar la enfermedad, pudiéndose emplear como tratamiento único o asociado a otros. Un paciente se considera curado cuando no existe evidencia de células tumorales durante mucho tiempo.
- **Paliativa:** con la quimioterapia se pretende controlar los síntomas producidos por el tumor.

Su objetivo primordial es mejorar la calidad de vida del enfermo y, si fuera posible, aumentar también su supervivencia.

Las manifestaciones a tener en cuenta durante la quimioterapia son: hinchazón en la zona de punción, picor de la garganta, palpitaciones, escalofríos, etc.

Tipos de quimioterapia

1. **Quimioterapia neoadyuvante:** Es el tratamiento inicial sistémico de la neoplasia localmente avanzada, busca reducir el volumen tumoral y la infiltración a los tejidos vecinos, facilitando el procedimiento quirúrgico o la radioterapia que deben seguirla.
2. **Quimioterapia adyuvante:** Se utiliza para controlar la enfermedad micrometastasica, luego del tratamiento local y regional como es la cirugía.
   La quimioterapia adyuvante (terapia después de que se ha extirpado quirúrgicamente todo el cáncer visible) puede durar de 4 a 6 meses. La quimioterapia adyuvante es común en el cáncer de mama y colon. En el cáncer de testículos, el linfoma de Hodgkin y no Hodgkin y las leucemias, el tratamiento de quimioterapia puede prolongarse hasta por un año.
3. **Quimioterapia de inducción o conservación:** Es aquella que se administra como tratamiento primario en pacientes que no son candidatos para un tratamiento alternativo, buscando remisión completa de la enfermedad.
4. **Quimioterapia concomitante:** Es la asociación de varios citotóxicos que actúan con diferentes mecanismos de acción, sinérgicamente, con el fin de disminuir la dosis de cada fármaco individual y aumentar la potencia terapéutica de todas las sustancias juntas. Esta asociación de quimioterápicos suele estar definida según el tipo de fármacos que forman la asociación, dosis y tiempo en el que se administra, formando un esquema de quimioterapia.
5. **Quimioterapia paliativa:** Utilizada en fase avanzada de la enfermedad en tumores sensibles. El objetivo principal de la quimioterapia paliativa va a ser aumentar calidad de vida, frenando la progresión y aumentando la supervivencia de los pacientes. El principal problema con el que nos encontramos es la toxicidad. En el caso del tratamiento paliativo es muy importante informar al paciente de: los objetivos esperados con el tratamiento, las toxicidades y las alternativas terapéuticas y siempre obtener un consentimiento informado. Las contraindicaciones del tratamiento paliativo:
   - Enfermos terminales en última fase.

- Paciente se niega tras recibir información.
- Empeoramiento de la calidad de vida.
- Enfermedades concomitantes que contraindican tratamiento.
- Toxicidad elevada con escaso beneficio.
- Alteraciones analíticas sin relación con neoplasia.
- Progresión de enfermedad tras 2-3 ciclos QT.
- No podemos realizar control de respuesta ni toxicidad.
- Expectativa de vida < 2 meses.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Los agentes antineoplásicos pueden ser administrados por vía intravenosa, oral, subcutánea, intramuscular, intratecal e intraperitoneal. En la administración de la quimioterapia debe estar siempre presente enfermería oncológica ya que hay una gran responsabilidad no solo en la forma de administrar la quimioterapia, sino en el deber de garantizar una buena educación al paciente, este debe salir con todas sus dudas ya aclaradas por la enfermera especialista en oncología y la familia también debe tener clara la enfermedad, tratamiento y efectos secundarios, como enfrentarlos. De lo anterior depende en muchos pacientes el seguir, interrumpir o abandonar el tratamiento; vigilar el estado emocional del paciente y tratar de hacer una valoración holística ayudará a detectar aquellos factores de riesgo para el diferimiento de la quimioterapia en cada uno de ellos (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

CLASIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS

a. **Agentes alquilantes:** Los agentes alquilantes alcanzan su mayor nivel de actividad durante la fase de reposo celular. Estos tipos de fármacos no son específicos al ciclo celular. Existen varios tipos de agentes alquilantes que se utilizan en los tratamientos de quimioterapia:
    - Ciclofosfamida, clorambucilo, melfalán e ifosfamida.
    - Altretamina, procarbazina, dacarbazina y temozolomida lomustina y estreptozocina.
    - Las nitrosureas son únicas debido a que, a diferencia de la mayoría de los tipos de tratamiento de quimioterapia, éstas pueden atravesar la barrera hematoencefálica (sangre-cerebro).
b. **Alcaloides vegetales:** Los alcaloides vegetales son tratamientos de quimioterapia derivados de determinados tipos de plantas. Los alcaloides de la vinca se producen a partir de la planta vinca rosea (Catharanthus rosea). Los taxanos se producen a partir de la corteza del árbol tejo del Pacífico (Taxus). Los alcaloides de la vinca y los taxanos también se conocen como agentes antimicrotubulares. Las podofilotoxinas son derivados de la manzana de mayo o "mandrágora americana". Los análogos de la camptotecina son derivados del "árbol de la felicidad" asiático (Camptotheca acuminata). Las podofilotoxinas y los análogos de la camptotecina también son conocidos como inhibidores de la topoisomerasa, que se usan en determinados tipos de quimioterapia. Los

alcaloides vegetales son específicos al ciclo celular (Penson, Marcela, Krasner, & Moy, 2011).

Esto significa que atacan las células durante diversas fases de la división.

- Vincristina, vinblastina y vinorelbina, paclitaxel, docetaxel, etopósido.

c. **Antibióticos antitumorales:** Los antibióticos antitumorales son tratamientos químicos realizados con productos naturales producidos por especies del hongo del suelo Estreptomices. Estos fármacos actúan durante múltiples fases del ciclo celular y se consideran específicos al ciclo celular. Existen varios tipos de antibióticos antitumorales:

- Doxorubicina, daunorubicina, epirubicina, mitoxantrona e idarubicina.

d. **Anti-metabolitos:** Los antimetabolitos son tipos de tratamientos de quimioterapia muy similares a las sustancias normales que se encuentran dentro de la célula. Cuando las células incorporan estas sustancias a su metabolismo celular, pierden la capacidad de dividirse. Los antimetabolitos son específicos al ciclo celular. Atacan las células en fases muy específicas del ciclo. Los antimetabolitos se clasifican de acuerdo con las sustancias con que interfieren.

- Metotrexato, 5-fluoruracilo, floxuridina, citarabina, capecitabina y gemcitabina.

e. **Inhibidores de las topoisomerasas:** Los inhibidores de la topoisomerasas son tipos de fármacos de quimioterapia que interfieren en la acción de las enzimas topoisomerasas (topoisomerasas I y II). Durante el proceso de los tratamientos de quimioterapia, las enzimas topoisomerasas controlan la manipulación de la estructura del ADN necesaria para la replicación.

- Irinotecán, topotecán, amsacrina, etoposida, fosfato de etoposida, teniposida.

f. **Antineoplásicos misceláneos:** Varios tipos útiles de fármacos de quimioterapia son únicos:

- Inhibidor de reductasa ribonucleótida: hidroxiurea.
- Inhibidor de esteroides adrenocorticales: mitotano.
- Enzimas: asparaginasa y pegaspargasa.
- Agente antimicrotubular: estramustina.
- Retinoides: bexaroteno, isotretinoína, tretinoína (ATRA).

EFECTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES.

El tratamiento quimioterápico puede deteriorar físicamente a los pacientes con cáncer. Los agentes quimioterápicos destruyen también las células normales sobre todo las que se dividen más rápidamente, por lo que los efectos secundarios están relacionados con estas células que se destruyen (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

Los efectos secundarios dependen del agente quimioterápico, los más experimentados son:

- **Náuseas y vómitos:** Las náuseas y los vómitos, además de ser los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia, suelen ser los más témidos. Pueden aparecer tempranamente (1 ó 2 horas después de la administración) o tardíamente (24 horas o más después del ciclo). Generalmente desaparecen en unos pocos días. El oncólogo conoce que fármacos son los que con mayor frecuencia provocan estos síntomas. Si el tratamiento que va a administrarte incluye alguno de ellos, indicará que se te administre antes de la quimioterapia un tratamiento con algún fármaco antiemético (medicamento cuya finalidad es hacer disminuir o desaparecer las náuseas y vómitos). Habitualmente, también se recomienda que durante varios días se tome un antiemético por vía oral.
- **Diarrea:** Cuando la quimioterapia afecta a las células que recubren el intestino, el funcionamiento del mismo se puede ver alterado. Como consecuencia, el intestino pierde la capacidad de absorber el agua y los distintos nutrientes, dando lugar a una diarrea. El médico te indicará qué medicación puedes tomar y cómo hacerlo, para prevenir la aparición de diarrea o interrumpirla lo antes posible. En ocasiones, esta diarrea puede ser importante tanto por su duración como por el número de deposiciones al día. En esos casos, para evitar la deshidratación, es preciso contactar con el médico para que prescriba el tratamiento más adecuado.
- **Estreñimiento:** Algunos fármacos pueden disminuir los movimientos intestinales favoreciendo la absorción del líquido de las heces, por lo que éstas se vuelven secas y duras, dando como resultado un cuadro de estreñimiento. Éste puede verse incrementado por los cambios en la alimentación y la disminución de la actividad física como consecuencia del malestar provocado por la quimioterapia. Es importante que trates de modificar tu alimentación e incrementar la actividad física para favorecer el tránsito intestinal.
- **Mucositis:** Las células de las mucosas se dividen de forma rápida, por lo que éstas son muy sensibles a los efectos de la quimioterapia, pudiendo aparecer alteraciones en la mucosa oral y del tubo digestivo superior en más de la mitad de los pacientes sometidos a quimioterapia. La alteración más frecuente de la mucosa de la boca durante el tratamiento es la mucositis. Consiste en una inflamación de la misma acompañada de llagas o úlceras dolorosas, que en ocasiones pueden sangrar y sobre infectarse. Suele aparecer de 7 a 10 días después de iniciar la quimioterapia y generalmente, si no existe infección, mejora al cabo de 1 a 2 semanas. La boca es una zona del cuerpo con un nivel elevado de bacterias y hongos. Cuando la mucosa está alterada y se destruye, como ocurre en la **mucositis**, se infecta con facilidad dificultando su curación y favoreciendo el paso de bacterias a la sangre,

pudiendo provocar infecciones, sobre todo si el paciente tiene las defensas disminuidas.

- **Alopecia:** La caída del cabello, es un efecto secundario frecuente del tratamiento quimioterápico. Se produce por la acción de los distintos fármacos sobre el folículo piloso provocando una destrucción del mismo y, por tanto, la pérdida del pelo. Es un efecto secundario que no aparece siempre, ya que depende fundamentalmente del tipo de medicamento empleado. Asimismo, existe la posibilidad de que la caída de pelo sea generalizada, es decir, que además de afectar al cuero cabelludo, también lo haga a otras partes del cuerpo como pueden ser axilas, brazos, piernas, cejas, pestañas, etc.

  La alopecia secundaria al tratamiento con quimioterapia es reversible siempre, aunque el cabello puede crecer con características diferentes a las originales (color, textura, etc.).
- **Anorexia:** Se denomina anorexia a la pérdida del apetito o deseo de comer. La anorexia es una complicación frecuente, bien por la propia enfermedad o por la quimioterapia que pueden llegar a provocar una severa desnutrición. La energía se obtiene de los nutrientes y por ello es indispensable tratar este síntoma. La quimioterapia provoca alteraciones en las mucosas orales, esofágicas, gástricas, las náuseas, vómitos, mal sabor de boca etc. que dificultan la ingesta de alimentos y por tanto hace que haya una pérdida de apetito.
- **Neutropenia:** Ocurre cuando hay una disminución de los glóbulos blancos sobre todo de neutrófilos. Si mediante un control analítico se detecta una disminución de los leucocitos siempre que no se acompañe de fiebre, el médico le aconsejará un aislamiento protector. Estas células se dividen rápidamente, lo que las hace muy sensibles al efecto de la quimioterapia. Generalmente se produce un descenso de células más o menos importante.
- **Dolor:** El dolor puede ser causado por la propia enfermedad, por los procedimientos diagnósticos realizados o por la quimioterapia. También puede que no tenga nada que ver con su enfermedad, usted puede tener un dolor de cabeza habitual, una tensión muscular u otros malestares. Los efectos secundarios dolorosos más frecuentes producidos por la quimioterapia son: dolores punzantes en manos y pies, dolores por lesiones en la boca, dolores de cabeza, dolores en los músculos y dolores de estómago.
- **Neuropatías:** La neuropatía es el término general para el dolor o la molestia ocasionados por el daño a los nervios del sistema nervioso periférico. Tu sistema nervioso periférico se compone de muchos nervios que llevan señales desde el cerebro y la médula espinal hacia otras partes del cuerpo (periféricas), como las manos y los pies. El daño a estos nervios puede afectar al modo en que tu cuerpo envía señales a los músculos, las

articulaciones, la piel y los órganos internos. Esto puede ocasionar dolor, adormecimiento, pérdida de sensibilidad, etc.

TUMORES SECUNDARIAS DE LA QUIMIOTERAPIA

Cardiotoxicidad: La quimioterapia aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, este tipo de toxicidad dependerá del fármaco utilizado como lo es el grupo de las antraciclinas.

Hepatotoxicidad: también depende del citotóxico usado y la dosis aplicada y acumulada, es causada por aquellos que se metabolizan y/o eliminan por vía biliar.

Nefrotoxicidad: la mayoría de los medicamentos antineoplásicos se eliminan por vía renal, causando así según su dosis y régimen esta toxicidad, un ejemplo claro es el uso de cisplatino, la ifosfamida, la ciclofosfamida a grandes dosis, en estos casos la hidratación del paciente y el uso de protectores pueden contribuir a disminuir los síntomas.

Síndrome de lisis tumoral: Ocurre con la destrucción por la quimioterapia de las células malignas de grandes tumores como los linfomas. Este grave y mortal efecto secundario se previene al inicio del tratamiento con diversas medidas terapéuticas (Lippincott, Wilkiins, & Wolters, 2013).

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO.

Las principales razones que las personas han referido para no llevar a cabo el tratamiento médico son la falta de recursos económicos y el miedo a los efectos secundarios que produce Sin embargo, como se ha mencionado con anterioridad, el abandono es una conducta de gran complejidad que está determinada por múltiples factores y su diversa interacción.

Algunos de estos factores se relacionan directamente con el paciente y su familia, entre los que se hallan los siguientes:

Psicológicos. De manera activa y personal, el paciente toma la decisión de continuar o no con el tratamiento médico. Algunos investigadores han encontrado que las creencias, la autoeficacia, los niveles de ansiedad o depresión, la capacidad de autocontrol, la autoestima, el estrés, la percepción de apoyo social, la relación médico-paciente, la credibilidad en la eficacia del tratamiento, el análisis de riesgo y beneficio, la motivación y la actitud, entre otras, influyen en la adherencia.

Físicos. El deterioro físico, la limitación para desplazarse o la pérdida de destreza pueden conducir a que el paciente se halle imposibilitado para realizar apropiadamente las instrucciones medicas; en consecuencia, será vulnerable a renunciar al tratamiento médico.

Socioeconómicos. La disponibilidad o la escasez de recursos económicos puede poner a los pacientes en posición de elegir entre diversas prioridades; la mayoría de estos pacientes posterga e incluso deja de atenderse por el alto costo del tratamiento, y usan el limitado patrimonio del que disponen para satisfacer sus necesidades básicas, como alimentación, vestido y otras. De acuerdo con Mostert y cols. (2006) y Omoti y Ome (2005), las dificultades económicas para solventar o continuar el tratamiento médico son la principal causa del abandono.

Nivel educativo. Entre mejor preparada esté una persona, tendrá mejores recursos cognitivos para comprender la enfermedad y su tratamiento. Esto se comprueba en varios estudios en los que se ha observado que las conductas de falta de adherencia son características de las personas con un reducido nivel de estudios (Gordillo y cols., 1999; Mostert y cols., 2006; Omoti y Ome, 2005).

Ocupación. Contar con un trabajo y percibir ingresos suficientes para cubrir las necesidades básicas se relaciona directamente con el nivel socioeconómico; así, las personas que tienen un buen empleo pueden solventar mejor el gasto que trae consigo la enfermedad y, por lo mismo, adherirse mejor al tratamiento médico (Gordillo y cols., 1999; Omoti y Ome, 2005).

Edad: Se ha reportado que la edad influye sobre la adherencia, pero de manera irregular. En algunas investigaciones se ha reportado que los pacientes con menos edad se adhieren en menor medida, pero en otras se ha hallado lo contrario. Obviamente, la adherencia de los lactantes y niños más pequeños es determinada por la capacidad de los padres para comprender y seguir el tratamiento, pero a medida que la edad aumenta, los menores pasan menos tiempo en el hogar, son influidos por sus compañeros y su ambiente social y adquieren la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo algunas conductas relacionadas con el tratamiento médico; aun así, siguen necesitando la supervisión de los padres.

Sexo: Si bien hay estudios que no encuentran una relación entre sexo y el cumplimiento (Bajpai et ál., 2012; Alam et ál, 2005), encontraron que las mujeres tienen menor cumplimiento que los hombres.

Zona de procedencia: Los paciente que viven alejados de los centros de salud, que no disponen de una residencia estable o que viven en la calle son más propenso a abandonar el tratamiento médico e incluso nunca acceder a él (Vargas & Palacios , 2011).

Factores asociados a la enfermedad: En relación con el incumplimiento asociados a la enfermedad, se pudo identificar factores asociados como son: altos costos del tratamiento, efectos secundarios de la misma, estadio de la enfermedad, lo que indica que hay una diferencia estadística significativa en cuanto al cumplimiento dependiendo de la etapa en que se encuentre la enfermedad, siendo probamente menor el cumplimiento en estadios más avanzados, hecho que concuerda con ciertos estudios internacionales (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia terapéutica es un concepto que hace referencia a una gran diversidad de conductas, entre las que se incluyen aceptar tomar parte en un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones del mismo, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida conductas saludables. La frecuencia de los problemas en relación con el cumplimiento de las indicaciones médicas es más alta que lo pudiéramos pensar, así diversos estudios epidemiológicos sobre la temática ha mostrado cifras de pacientes que no cumplían con las prescripciones, que oscilaban entre un 33% al 50% y en algunos casos se llegaba al 94% con una medida del 40% (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

La adherencia terapéutica puede ser considerada como un complejo proceso de autorregulación que corresponde las tres etapas siguientes:

1. Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el facultativo y su puesta en práctica.
2. La adherencia o seguimiento continuo.
3. Incorporación al estilo de vida de conductas saludables.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

En la actualidad, el tema del cumplimiento de las indicaciones médicas tiene gran trascendencia por sus implicaciones clínicas, sociales y familiares para los pacientes sobre todo de los que padecen enfermedades crónicas como el cáncer. Es importante hacer un análisis de la adherencia terapeutica en el paciente oncológico como categoría de la salud psicológica y como un componente fundamental de los aspectos subjetivos y comportamentales a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juegan un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que el cáncer exige para su buena evolución. La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quiénes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones

incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podría evitarse (Díaz, Rodriguez, Trujillo, & Palacios, 2013).

CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

El paciente oncológico que abandona su tratamiento de quimioterapia puede presentar complicaciones por progresión de la enfermedad como metástasis a otros órganos o estructuras al inicial, afectando la funcionabilidad y desarrollo metabólico normal desencadenando complicaciones como:

- Alteraciones metabólicas que pueden precisar atención urgente en el paciente oncológico como: hipercalcemia, hiponatremia, síndrome de lisis tumoral, acidosis láctica, hiperuricemia, insuficiencia renal, hiperpotasemia, etc.
- Cualquiera de estas complicaciones pueden llegar a comprometer la vida del paciente e incluso causar su muerte, es por esto que el paciente no debe abandonar o interrumpir el tratamiento de la quimioterapia. (Chiriboga & Guamán, 2013).

f. METODOLOGÍA;

Área de estudio.

La presente investigación se realizó en SOLCA Núcleo de Loja, perteneciente al cantón Loja, provincia de Loja, la misma que se encuentra ubicada en la Av. Salvador Bustamante Celi, frente al Parque Recreacional Jipiro.

Solca – Loja, es un Hospital especializado en la prevención, diagnóstico, tratamiento clínico, quirúrgico, radioterapéutico y de medicina nuclear contra el cáncer, cuenta con infraestructura moderna y de última tecnología en las: Áreas de Cirugía; Área de Gastroenterología; Área de Medicina Clínica; Área de Radioterapia y Medicina Nuclear; Área de Ginecología; Laboratorio Clínico; Laboratorio de Patología y Citología; Centro de Diagnóstico e Imagen; Sala de Cuidados Intensivos y el Departamento de Docencia y Registro de Tumores.

La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA Ecuador, es una institución de derecho privado, con la finalidad de servicio público, creada el 7 de diciembre de 1951, con el propósito de efectuar la Campaña Nacional Contra el Cáncer en la República del Ecuador. (SOLCA, Actualizado 2011) SOLCA Núcleo de Loja fue creada el 23 de agosto de 1962, cuando el ilustre médico guayaquileño Dr. Juan Tanca Marengo constituyó el denominado "Comité de Amigos de SOLCA", en el local de la Cruz Roja Provincial de Loja, con el invalorable aporte de los socios fundadores y la participación de distinguidos lojanos, que acogieron con entusiasmo la iniciativa (Instituto del Cáncer SOLCA Loja, 2012).

El Comité de amigos de SOLCA empezó su labor en el antiguo Hospital "San Juan de Dios" de la ciudad de Loja, en donde estableció un pequeño laboratorio para diagnóstico citológico e histopatológico.

El 20 de abril de 1990 se inauguró el Hospital Oncológico "Vicente Rodríguez Witt", este edificio proporcionó atención en consulta externa y la ampliación de los laboratorios de histopatología y citología. (Loja, Memoria Institucional 1962-2012, 2012).

El 1 de septiembre de2004 se concluyó e inauguró el edificio del Instituto del Cáncer SOLCA Núcleo de Loja, donde actualmente presta los servicios en salud.

Visión.

Somos una institución de salud, del más alto nivel en lo científico, tecnológico y humano. Tenemos como visión fundamental realizar el control del cáncer en nuestra comunidad, contribuyendo para reducir su morbilidad y mortalidad, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia.

Misión.

Abrir las puertas de sus servicios para atención con esmero, profesionalismo y humanismo, a todos los pacientes que padecen esta enfermedad, sin hacer distinción de ninguna naturaleza. El manejo integral del paciente con cáncer, desde su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, son los ejes de su accionar diario. Sus miembros, llenos por el espíritu y lema institucional donde se marca con letras imborrables SOLCA ES VIDA, han estado y están gustosos de contribuir, dentro de un marco de excelencia profesional, a brindar una existencia digna a sus pacientes y su familia.

Infraestructura del Hospital de SOLCA - Loja

En el primer piso del edificio principal se encuentra el Área de Estadística, Centro de Cómputo, en donde se registran todo el historial médico del paciente, incluido exámenes, y resultados de pruebas diagnósticas realizadas.

En el segundo piso se encuentra el Área de Patología y Citología, en donde se analizan los exámenes de citología ginecológica, incluido el test de Papanicolaou.

En la tercera planta del Hospital Oncológico Vicente Rodríguez Witt funciona el Área de Ginecología, un área completamente operativa que incluye los servicios de Consulta Externa, Ginecología, Colposcopia y Papanicolaou. En el mismo piso, por su amplitud también funcionan el departamento de Registro de Tumores y el nuevo salón de Docencia y Capacitación.

Actualmente el Hospital SOLCA Núcleo de Loja presta servicios de consulta externa en las especialidades de medicina interna, cirugía, cirugía oncológica, dermatología oncológica, oncología clínica, urología, ginecología, pediatría oncológica, gastroenterología, radiología oncológica, psicología clínica y rehabilitación física. El Programa para la Detección Oportuna del Cáncer (DOC), es el mayor de los servicios que presta SOLCA en la prevención del cáncer, especialmente del cáncer de cuello uterino (Memoria Institucional 1962 - 2012, 2012).

Tipo de estudio.

El trabajo investigativo “FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016-2017” corresponde a estudio tipo descriptivo y transversal, se medirá la frecuencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad cancerígena en un momento dado.

Grupo de estudio

Quienes formarán parte de la investigación son hombres y mujeres que acudieron al Hospital de Solca-Loja a recibir el tratamiento quimioterapéutico ambulatorio durante el mes de Noviembre – Diciembre del 2016.

Universo

La investigación se desarrollará en el hospital de Solca Núcleo Loja, con un universo de 202 usuarios aproximadamente, de la cual se toma una muestra de 133 historias clínicas de los pacientes que han recibido tratamiento quimioterapeutico, está conformado por hombres y mujeres de edades comprendidas desde los 18 años a mayores de 60 años de edad. La duración que tendrá la investigación (anexo 1) comprende desde Octubre 2016 a Marzo 2017.

Para el cálculo de la muestra se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)(\pm e^2)+\sigma^2 Z^2}$$

n = el tamaño de la muestra.
N = tamaño de la población.
$\sigma =$Desviación estándar de la población, la constante es de 0,5.
Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. En esta caso se toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96.
e = Límite aceptable de error muestral. En este caso se utiliza el 0.05%.

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)(\pm e^2)+\sigma^2 Z^2}$$

$$n = \frac{202 \text{ x } 0.5^2 \text{ x } 1.96^2}{(202-1)(0.05^2)+0.5^2 \text{x } 1.96^2}$$

$$n = \frac{194.0008}{1.4629}$$

$$n = 132.61$$

$$n = 133$$

Tamaño total de la muestra: 226 usuarios.

Métodos e instrumentos de recolección de datos.

Para la recoleción de la información se realizará a travéz de la revisión de Historia Clínica de los pacientes (anexo 2) derivada de los ítems correspodientes a las variables en estudio.

La observación es una técnica de recoleción de datos que explora, describe, comprende, identifica, y genera hipótesis utilizando los sentidos para observar hechos y realidades socilaes de los usuarios sometidos al tratamiento quimioterapeutico, también establece una relación concreta e intensiva entre el ivestigador y los actores sociales, de los que se obtienen datos que luego se sintetizan para desarrollar la investigación.

Fuentes de información.

Las fuentes de información que se utilizarán para la obtención de los datos de la presente investigación serán secundarias, se obtedrá la información de la Historia Clínica y otras fuentes secundarias relacionados con libros, revistas científicas, artículos, etc.

Presentación y análisis de datos.

Los resultados obtenidos serán representados en gráficos realizados en el programa Excel con su respectivo análisis en el contexto de la revisón de la literatura que consta en el presente informe.

Consideraciones éticas.

Una vez recolectada los datos, la información obtenida se manejará con absoluto respeto, responsabilidad y confidencialidad.

g. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES;

Proyecto: "FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017"

Fecha Actividad	Mayo/ 16	Junio/ 16	Julio/ 16	Agosto/ 16	Septiembre/ 16	Octubre/16	Noviembre/16	Diciembre/ 16	Enero/ 17	Febrero/ 17	Marzo/ 17	Abril/ 17
Construción del marco teórico												
Recoleción de información												
Tabulación y análisis de datos												
Elaboración del primer borrador del proyecto												
Elaboración del segundo borrador del proyecto												
Elaboración del tercer borrador del proyecto												
Entrega del informe final del proyecto												

Autor: Medina, 2017.

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMINETO;

Proyecto: "FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017"

Recursos **Actividad**	**Humanos**	**Materiales**	**Técnicos**	**Financieros**
1. Elaboración y ejecución del proyecto.	Investigador	Papel Computadora Internet Impresora	Programa de Word	500
2. Recolección de datos	Investigador Usuario Historia clínica	Instrumento de recolección de datos Tinta Computadora		300
3. Tabulación de datos	Investigador	Computadora	Programa de Excel Barras	200
4. Presentación de la tesis	Investigador	Computadora Impresora Papel Tinta		200
5. Empastado de tesis	Investigador	Papel Computadora	Programa de Word	300
Total				1500

Autor: Medina, 2017.

i. BIBLIOGRAFÍA;

Instituto Nacional del Cáncer. (01 de 03 de 2015). Estadísticas del cáncer.

Memoria Institucional 1962 - 2012. (2012). Departamento Oportuno de Cáncer.

Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017. (2013). Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida.

Registro hospitalario de Solca - Loja. (2015). Boletín N° 01.

Aibar, S., Constanza , C., Chambi., M., Estrada, S., Gandur, N., Gange., P., . . . Grance, G. (2013). *Manual de enfermería ocologíca.* Argentina: Lic. Ariana Goldman.

American Cancer Society. (2016). Cáncer de colon - rectal. *American College of Gastroenterology*, 1 - 50.

Arrarás, J. (2011). La calidad de vida en paciente oncólogo. 152 - 160.

Cancer.Net Editorial Board. (01 de 08 de 2015). Quimioterapia.

Chabner, B. (2015). Clases de fármacos. En Harrison, *Manual de oncología* (pág. 21). México: Javier de León Fraga.

Chiriboga, L., & Guamán, L. (2013). Impactodel tratamientoquimioterapeutico en pacientes que asisten a la unidad de oncologia del ¨hospital Vicente Corral Moscoso¨.Cuenca, 2013. *Revista clínica de oncología*, 1- 50.

Constitucion Nacional de la República del Ecuador. (2008). Salud. *Constitucion Nacional de la República del Ecuador*, Art. 32.

Diario El Mercurio. (14 de 02 de 2014). Cancer Infantil.

Díaz, M., Rodriguez, M., Trujillo, N., & Palacios, X. (2013). *Cumplimiento con la quimioterapia intravenosa y algunos factores asociados a éste en pacientes oncológicos adultos.* Bogotá.

Generalidades de oncología. (06 de Septiembre de 2014). Obtenido de http://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/1.Generalidades.pdf

Instituto del Cáncer SOLCA Loja. (01 de 05 de 2012).

Isaac, G., Flores, M., Mora, I., Leal, C., & Méndez, J. (2013). Factores socioeconómicos que inciden en el abandono del tratamiento médico por pacientes pediátricos con leucemia aguda. *Psicología y salud*, 75 - 87.

Klúnder, M., Miranda, A., Dorantes, E., Zapata, M., Carrazco, T., Escamilla, A., . . . Villasís, M. (2012). Frecuencia de abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda. vol. 69.

León. (2014). Prevención del abandono del tratamiento oncológico de niños, niñas y adolescentes pacientes de Solca. Guayaquil - Ecuador: Roxana León ; Marlene Mantilla.

León, R. (2014). Prevención del abandono del tratamiento oncológico de niños, niñas y adolescentes pacientes de Solca. Guayaquil - Ecuador.

Lippincott Williams and Wilkins, Wolters Kluwer. (2013). *Manual de oncología clínica.* México: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins.

Lippincott, W., Wilkiins, O., & Wolters, K. (2013). *Manual de oncología clínica.* México: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams and Wilkins.

Olmos, R., Aguilar, F., Caba , E., & Nuñez , A. (2011). Causas de diferimiento en la administración de quimioterapia a pacientes pediátricos ambulatorios. *Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50 - 65.

Organización Mundial de la Salud. (01 de 05 de 2011). Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo. *El cáncer*.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/es/.

Organización Mundial de la Salud. (2012). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013 - 2020. 1- 44.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Cáncer.

Organización Mundial de la Salud. (26 de 10 de 2015). Salud. *Federación Europea de Asociaciones Cárnicas*.

Organizacion Mundial de la Salud. (11 de 09 de 2016). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*.

Penson, R., Marcela, d., Krasner, C., & Moy, B. (2011). Oncología ginecológica. En Harrison, *Manual de Oncología* (págs. 1 - 76). México: Mc Graw-Hill / Interamericana de México.

Ramaswamy, G. (2016). *Manual Washington de oncologia.* Bógota: Lippincott Health.

SOLCA Núcleo de Loja. (2015). Registro hospitalario. Boletín N° 01.

Suárez, A., Guzmán, C., Villa, B., & Gamboa, Ó. (2011). Abandono del tratamiento: una causa de muerte evitable en el niño con cáncer.

Vargas, L., & Palacios , X. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 425 - 434.

j. ANEXO;

ANEXO 1. Matríz operacional de variables.

Proyecto: "FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016 - 2017"

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN.
Tratamiento quimioterapéutico **La quimioterapia (también llamada quimio) es un tipo de tratamiento del cáncer que usa fármacos para destruir células cancerosas, de esta manera evitando la multiplicación de las células cancerígenas (Cancer.Net Editorial Board, 2015).**	Factores socioeconómicos	Edad	18 - 40 años 41 – 60 años > 60 años
		Género	Masculino Femenino
		Estado civil	Casado Soltero Divorciado/separado Viudo Unión libre
		Ocupación	Jornalero. Ama de casa. Empleado público.
		Nivel educativo	Primaria. Secundaria. Superior
		Zona de residencia	Urbana Rural

	Factores asociadas a la enfermedad	Tipo de diagnóstico	Cáncer de pulmón. Cáncer de próstata. Cáncer de colon - recto. Cáncer de estómago Cáncer de ovarios Cáncer cérvix. Cáncer mama.
		Estadio del cáncer	Etapa I. Etapa II. Etapa III. Etapa IV.
		Efectos secundarios	Alopecia. Vómitos. Neutropenia. Mucositis. Diarrea. Anorexia. Dolor. Neuropatías. Estreñimiento.

Autor: Medina, 2017.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 2. GUÍA DE RECOLECIÓN DE DATOS. N°

PROYECTO: "FRECUENCIA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE SOLCA NÚCLEO LOJA 2016-2017"

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora del proyecto "Frecuencia de abandono del tratamiento quimioterapéutico en pacientes de Solca Núcleo Loja 2016-2017"**,** previo a la obtención del título de licenciada en enfermería, la información obtenida será totalmente confidencial. Marque con una **X** según corresponda.

a. DATOS ESPECÍFICOS:

Género.	**Masculino.**	
	Femenino.	
Edad.	18 – 40 años.	
	40 – 60 años. .	
	> 60 años.	
Estado civil.	Soltero.	
	Casado.	
	Divorciado/Separado.	
	Viudo.	
	Unión libre.	
Zona de residencia.	Urbana.	
	Rural.	
Nivel de educación.	Primaria	
	Secundaria.	
	Superior.	
Ocupación**.**	Jornalero.	
	Ama de casa.	
	Empleado público.	

b. DATOS GENERALES:

1. **Tipo de cáncer que padecio.**

Cáncer de pulmón……

Cáncer de próstata……

Cáncer de colon - recto……..

Cáncer de estómago……

Cáncer de ovarios……...

Cáncer de cérvix…….

Cáncer de mama…….

2. **Cumplimiento de citas programas con el oncólogo.**

Esquema completo……..Abandono**……..**En curso……

3. **Tipo de tratamiento quimioterapéutico que recibió.**

Quimioterapia adyuvante……

Quimioterapia neoadyuvante……..

Quimioterapia de inducción o conservación…

4. **Etapa del cáncer por el que está cursando.**

Etapa I……

Etapa II……

Etapa III……

Etapa IV…….

5. **Efectos secundarios al uso de tratamiento quimioterapeutico.**

Alopecia……..…..
Vómitos……..…
Neutropenia……....
Mucositis…….……
Diarrea……....
Anorexia.....…..
Dolor……..…....
Neuropatías…..…..
Estreñimiento……..