

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA:
EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y COLORRECTAL EN LAS
UNIDADES ONCOLÓGICAS DEL HUILA, 2013

ULDREY HERNANDO CRUZ MANCILLA
DIANA MARIA DUEÑAS LIZCANO
KAREN YULIETH MARTÍNEZ ORJUELA
YINA PAOLA POLO LEIVA
LINA ANDREA SANCHEZ URREA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA
2013

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA:
EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y COLORRECTAL EN LAS
UNIDADES ONCOLÓGICAS DEL HUILA, 2013

ULDREY HERNANDO CRUZ MANCILLA
DIANA MARIA DUEÑAS LIZCANO
KAREN YULIETH MARTÍNEZ ORJUELA
YINA PAOLA POLO LEIVA
LINA ANDREA SANCHEZ URREA

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de enfermero

Asesora
Alix Yaneth Perdomo Romero
Magíster en Adulto anciano
Magíster en Educación

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA
2013

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, 16 de Diciembre de 2013

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo, a mis padres por formarme como persona y darme su gran amor ¡Gracias!, a mi hermano y familiares que nunca dudaron que alcanzaría la meta, a Lina Andrea Sánchez por ser la mujer que ha tocado mi corazón y alma, a mis compañeros de estudio por el compromiso y empeño que le pusieron.

Uldrey Hernando Cruz Mancilla

Con todo mi amor y cariño dedico este trabajo a Dios por darme la vida e iluminarme en este proceso, a mis padres porque han sido mi apoyo incondicional con su amor y educación y a mi compañero sentimental por estar siempre a mi lado y compartir conmigo momentos de tristeza pero también de amor y felicidad. Solo me queda por decir con todo mi corazón esto es para ustedes.

Karen Martínez O.

A Dios por todas las bendiciones que día a día pone en mi vida y por permitirme alcanzar un logro más, a mi madre por ser mi fortaleza, mi apoyo, por brindarme su incondicional amor durante toda mi vida y carrera, y a mi padre y hermano por ser mi motivo de seguir adelante.

Yina Paola Polo Leiva

Dedico este logro a Dios por darme la vida y la oportunidad de estudiar la mejor carrera Enfermería, a mi madre Vilma Urrea y padre Andrés Sánchez por su apoyo y dedicación para mi formación como persona. A mis hermanas Carol y Camila por su amor y comprensión y a mi compañero, amigo incondicional y gran amor Uldrey Cruz.

Lina Sánchez Urrea

A Dios por darme fortaleza y sabiduría, para culminar éste proyecto, a mis padres motor de mi existencia, fuente de amor y apoyo incondicional, a mis hermanos y también para alguien muy especial que ha logrado mi mayor felicidad Juan Andrés mi sobrino. Por ellos hoy y siempre estaré eternamente agradecida y bendecida.

Diana María Dueñas Lizcano

AGRADECIMIENTOS

A Dios por regalarnos la vida, por ser luz y guía en este camino de tropiezos pero también de éxitos, por llenarnos de su gracia y colocarnos en esta bella profesión.

A nuestras familias quienes constantemente han sido el apoyo fundamental en todo lo que nos hemos propuesto en el transcurso de nuestras vidas.

A nuestra docente y asesora Alix Yaneth Perdomo Romero, Enfermera, Magíster en Adulto anciano y Educación, por dedicarnos parte de su tiempo laboral y personal, por aportarnos sus conocimientos y experiencias en el ámbito investigativo, con el fin de que obtuviéramos excelentes resultados en la elaboración de esta investigación.

A las Unidades Oncológicas: Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Unidad Oncológica Surcolombiana y Centro Oncológico Liga Contra el Cáncer Seccional Huila, quienes nos permitieron acceder a la población de estudio, necesaria e imprescindible para la elaboración de esta investigación.

A las enfermeras oncológicas Ruth Díaz, Liliana Verú, Nohemí Cuellar y Maricela Polanía, quienes de manera desinteresada y generosa, fueron la fuente constante de comunicación para lograr el vínculo entre los pacientes e investigadores. Así como a nuestros pacientes que de forma voluntaria y contribuyente compartieron su tiempo y vivencias personales para el enriquecimiento de los resultados de la investigación.

A los profesionales expertos en investigación, quienes dedicaron parte de su tiempo para validar el instrumento con el cual se recolectó la información, junto con aquellos que apoyaron la parte estadística del estudio.

RESUMEN

Objetivo: Describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal.

Método: Estudio descriptivo, enfoque cuantitativo de corte transversal, con una muestra de 35 pacientes, no probabilística por conveniencia. Realizado entre junio - octubre 2013, en usuarios de los Centros oncológicos de Huila. El instrumento fue elaborado por los autores de la investigación. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 19.0 a través de estadística descriptiva.

Resultados: El (74,3%) de los encuestados son mayores de 51 años, tener una pareja estable permite la asistencia y continuidad al tratamiento. El (66%) siempre cuenta con apoyo económico de su familia para gastos derivados del tratamiento. Los pacientes tienen una adherencia favorable porque el equipo de salud demuestra actitud positiva (100%) al brindar tratamiento, manifiesta interés para lograr la asistencia de los pacientes (94%) y el personal de medicina/enfermería da recomendaciones claras, oportunas, respondiendo inquietudes derivadas del tratamiento. El 86% de la población aun cuando se siente mal, asiste puntualmente a las sesiones del tratamiento y un porcentaje similar nunca pensó abandonarlo.

Conclusiones: Los factores que influyen en la adherencia al tratamiento son: contar con una pareja estable, el apoyo económico familiar, percibir que el tratamiento ayuda a su recuperación, sentir motivación para cumplir con su tratamiento y respecto al equipo de salud el tener actitud positiva, demostrar interés por su asistencia y brindar recomendaciones.

Palabras claves: Cumplimiento de la medicación, Quimioradioterapia, Neoplasias gástricas, Neoplasias colorrectales.

ABSTRACT

Objective: To describe the factors related to chemotherapy and radiotherapy adherence treatment on patients with gastric and colorectal cancer.

Method: It is a descriptive study, quantitative approach of transverse cut, with a sample of 35 patients, with not any convenience probability. It was carried out by the authors of the investigation, between June and October - 2013 it was carried out at the cancer research unit at HUHMP in Neiva, Liga contra el Cancer Huila's branch office and the Surcolombiana's oncological unit. For the analysis, it was taken a statistical set SPSS 19.0 by descriptive statistic.

Results: The (74, 3%) of the polled people were over 51 years old. Having a steady couple allowed the constant attendance of the treatment. The 66% counted on the economic support from their families to fulfill the treatment expenses. The patients got a positive adherence due to medical team's positive attitude (100%) when leading the treatment; they showed interest in order to manage the patients' attendance (94%), and the medical and nursing staff explained appropriated and clear recommendations responding to doubts which came out from the treatment. Even when the 86% of the population got upset, they used to attend to the procedure sessions punctually, and a similar percentage never thought of giving up.

Conclusions: The factors that influence on the adherence treatment are: Having a steady couple, the family economic support, the positive attitude, to have noticed that the treatment has helped to their recovery, to have knowledge on pathology and to feel encouraged to achieve the treatment as well as the attention and recommendation given by the medical team.

Key words: Medication Adherence, Chemoradiotherapy, Stomach Neoplasms, Colorectal Neoplasms

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	21
3. OBJETIVOS	23
3.1. GENERAL.....	23
3.2. ESPECÍFICOS.....	23
4. MARCO TEÓRICO.....	24
4.1. GENERALIDADES DEL CÁNCER	24
4.1.1. Definición de cáncer.....	24
4.2. CÁNCER GÁSTRICO	24
4.2.1. Definición.	24
4.2.2. Etiología y factores de riesgo	24
4.2.3. Prevención.	25
4.2.4. Fisiopatología.....	26
4.2.5. Manifestaciones Clínicas.....	27
4.2.6. Progresión de la enfermedad.	28
4.3. CÁNCER COLORRECTAL.....	28
4.3.1. Etiología y factores de riesgo.	28
4.3.2. Prevención.	30
4.3.3. Manifestaciones clínicas.	30
4.4. TRATAMIENTO	31
4.4.1. Quimioterapia.....	31
4.4.2. Radioterapia.....	32
4.4.3. Cuidados de enfermería según la NIC en:	34
<i>Quimioterapia</i>	34
<i>Radioterapia</i>	35
4.5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	37
4.5.1. Factores socioeconómicos y demográficos.....	38
4.5.2. Factores del equipo de salud.	39
4.5.3. Factores del tratamiento.....	40

4.5.4.	Factores propios de la enfermedad.....	40
4.5.5.	Factores propios del paciente.	40
5.	DISEÑO METODOLÓGICO	42
5.1.	ENFOQUE	42
5.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	42
5.2.1.	Unidad de análisis.....	43
5.2.2.	Criterios de inclusión.....	43
5.2.3.	Criterios de exclusión	43
5.3.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
5.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	46
5.4.1.	Técnica.....	46
5.4.2.	Instrumento.	46
5.4.3.	Prueba piloto.	46
5.4.4.	Recolección de la información.	47
5.4.5.	Procesamiento y análisis de la información.	47
6.	ASPECTOS ÉTICOS	48
7.	RESULTADOS	50
8.	DISCUSIÓN	61
9.	CONCLUSIONES.....	65
10.	RECOMENDACIONES	67
	BIBLIOGRAFÍA.....	68
	ANEXOS.....	76

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Factores de riesgo del cáncer gástrico	22
Tabla 2.	Clasificación TNM para cáncer gástrico	24
Tabla 3.	Estadios del cáncer de estómago	25
Tabla 4.	Características sociodemográficas	48
Tabla 5.	Factores propios de la enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento	56

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento	51
Gráfico 2. Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento	51
Gráfico 3. Factores del equipo de salud que influyen en la adherencia al tratamiento	52
Gráfico 4. Factores del tratamiento que influyen en la adherencia al tratamiento	54
Gráfico 5. Factores del tratamiento que influyen en la adherencia al tratamiento	55
Gráfico 6. Factores propios del paciente que influyen en la adherencia al tratamiento	57

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de valoración de adherencia al tratamiento	76
Anexo B. Consentimiento informado	79
Anexo C. Acta de aprobación comité de ética Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	82
Anexo D. Acta de aprobación comité de ética Facultad de Salud	84

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer gástrico y colorrectal ocupan por su frecuencia a nivel mundial, la segunda y cuarta causa más frecuente de neoplasias. En el departamento del Huila según la OMS, entre los años 2002 al 2006 la incidencia del cáncer colorrectal, fue de 70 por año, en hombres mostró una incidencia de 37 casos anuales y en mujeres 33 casos. Ahora bien, en cáncer gástrico durante el quinquenio 2007 – 2011 según el Instituto Nacional de Cancerología, se presentaron 777 casos en hombres y mujeres¹. Al ser estas patologías de alta incidencia y mortalidad, el Estado y algunas organizaciones se han dado cuenta de que el cáncer se ha convertido en el problema más grande de salud en el país².

El diagnóstico de cáncer es una experiencia variable y determinada por el estado clínico de la enfermedad, el tratamiento y su pronóstico. Por tanto, es fundamental un diagnóstico temprano, iniciar el tratamiento y dar continuidad al mismo, con el objetivo de recuperar o mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Pues se ha demostrado que los tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia generan grandes niveles de incertidumbre y es el equipo de salud y la familia un apoyo constante y positivo para continuar este proceso. Resaltando que la adherencia a los tratamientos junto con el aporte que realizan los profesionales a esta, es uno de los indicadores más importantes para evaluar la atención en salud, puesto que es una conducta compleja que abarca aspectos volitivos de la persona para la comprensión del tratamiento.

En el departamento no se cuenta con este tipo de estudio, por esta razón, es necesario que las instituciones de salud y los profesionales del área, conozcan los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos y de esta manera se establezcan estrategias que permitan favorecerla.

¹ Instituto Nacional de Cancerología [sede Web]. Colombia: Grupo vigilancia epidemiológica del cáncer, INC, 2012. [acceso 12 de Septiembre de 2012]. Tabla 34. Incidencia estimada de cáncer, según localización, mujeres, Huila, 2002-2006; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Incidencia/Tabla%2034.pdf>

² Ospina Ospina IC. Panorama general del cáncer en Colombia. Altus en línea [prensa en línea] 2013 [acceso 12 de Diciembre de 2013]; 4 (8) [pantalla 1] Disponible en: <http://www.usergioarboleda.edu.co/altus/articulo-panorama-general-del-cancer-en-Colombia.htm>

En el presente estudio se identifican los factores socioeconómicos, del equipo de salud, del tratamiento, propios de la enfermedad y propios del paciente que influyen en la adherencia al tratamiento.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es un problema de salud pública que constituye la tercera causa de mortalidad a nivel mundial³ y la segunda causa a nivel nacional después de las enfermedades cardiovasculares⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el cáncer gástrico ocupa por su frecuencia a nivel mundial, la segunda causa más frecuente de neoplasias, con más de 470.000 casos nuevos al año, lo que representa el 10% del total de tumores malignos registrados, además de causar 736.000 defunciones⁵. A su vez el cáncer colorrectal ocupa el cuarto lugar dentro de los tipos de cáncer más frecuentes en el mundo⁶, con una incidencia anual de aproximadamente un millón de casos, es la segunda causa en frecuencia de mortalidad por cáncer entre hombres y mujeres con más de 500.000 casos anuales⁷. Estas estadísticas demuestran una problemática que continua siendo difícil, pues estas enfermedades suelen diagnosticarse entre los 50 y 70 años⁸. Sin embargo, la única variante en la frecuencia del cáncer de estómago entre continentes y países se debe principalmente a diferencias en la alimentación y factores genéticos⁹.

Por ejemplo, en Latinoamérica, debido a su ubicación geográfica y especialmente por sus zonas volcánicas, se encuentra en mayor riesgo y con las cifras más

³ Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]. España: Sociedad española contra el cáncer, 2002 – 2005. [acceso 09 de junio de 2012]. Mortalidad. Disponible en: <http://www.fundaciongrupoimo.com/aecc/mortalidad.pdf>

⁴ Camacho Luis Hernando. La lucha contra el cáncer en Colombia. rev.fac.med [sede web]. Julio 2008 [citado 6 de Septiembre de 2012]; 16(2): 157-158. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562008000200002&lng=en.

⁵ Organización Mundial de la Salud [sede web]. Globocan, 2013. [acceso 25 de Junio de 2013]. Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

⁶ GLOBOCAN [sede Web]. OMS, 2008. [acceso 25 de junio de 2013]. Most frequent cancers: both sexes [aproximadamente 1 pantalla] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>

⁷ Organización Mundial de Gastroenterología [sede Web]. WGO, 2007. Tamizaje del cáncer colorrectal [página 2]. Disponible en: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/cancer_colorrectal_tamizaje_screening_y_vigilancia.pdf

⁸ Otero W, Rodríguez A, Gómez M. Prevalencia comparativa entre cáncer gástrico y colorrectal en dos unidades de endoscopia de diferente estrato socioeconómico. SCIELO [revista en internet] 2013. [acceso 25 de mayo de 2013] 28 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v28n1/v28n1a04.pdf>

⁹ European Society for Medical Oncology [sede Web]. ESMO, 2012. [acceso 06 de septiembre de 2012]. Cáncer de estómago: una guía para pacientes - Basada en la guía clínica de la ESMO [página 5]. Disponible en: http://www.esmo.org/fileadmin/media/pdf/2011/patients/summaries/es/Cancer_de_Estomago_Guia_para_Pacientes_RCT_ESMO_2012.1.pdf

altas: Chile, Perú y Ecuador¹⁰. Colombia, no es la excepción, pues el cáncer gástrico es mucho más común en áreas montañosas y es poco frecuente en la Costa Atlántica y Pacífica¹¹, además, representa la primera causa de muerte por cáncer en el país. Según el Atlas de mortalidad por cáncer del Instituto Nacional de Cancerología, en el 2010 los departamentos que tenían un mayor riesgo de morir por cáncer gástrico con respecto al promedio nacional eran Cauca, Huila y Norte de Santander para ambos sexos¹². Entre el 2000 y el 2008, la tasa de mortalidad se ha mantenido relativamente constante, con diez muertes por cada 100.000 habitantes¹³.

Por su parte, el cáncer colorrectal es una entidad común y letal¹⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el cáncer de colon y recto es la cuarta causa de mortalidad en Colombia, en donde durante el 2010 se presentaron 4.759 casos de cáncer colorrectal, por cada 100.000 habitantes, el 13.9% presentó esta enfermedad hallándose una mortalidad del 10.6% dentro de esta población¹⁵.

Igualmente en el Huila, según la OMS, entre los años 2002 al 2006 la incidencia del cáncer colorrectal, fue de 70 por año, en hombres se mostró una incidencia de 37 casos anuales y en mujeres 33 casos¹⁶. Ahora bien, en cáncer gástrico según el Instituto Nacional de Cancerología, en el Huila durante el quinquenio 2007 – 2011 se presentaron 777 casos en hombres y mujeres¹⁷. Por su parte, en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, se presentaron 72 casos de cáncer gástrico, siendo el 15% del total de las neoplasias presentadas durante el año 2011; lo anterior permite visualizar una situación alarmante, que exige que los programas en salud, brinden una atención oportuna y de calidad en los pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y colorrectal, con el fin de lograr a través de la acción multidisciplinaria,

¹⁰ Así Vamos en Salud [sede Web]. Colombia: CIES – Fundación Santa Fe de Bogotá, 2012. [acceso 15 de junio de 2012]. Análisis – Tasa de Mortalidad por Cáncer Gástrico [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/28>

¹¹ Liga Contra El Cáncer [sede Web]. Bogotá: Liga Contra el Cáncer seccional Bogotá, 2012. [acceso 12 de Septiembre de 2012]. Tipos de Cáncer: Cáncer de Estómago [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposcancergastrico.php>

¹² Así Vamos en Salud. Op Cit: párrafo 3

¹³ Ibíd: párrafo 1

¹⁴ Otero W, Rodríguez A, Gómez M. Op Cit: 2

¹⁵ Instituto Nacional de Cancerología [sede Web]. Colombia: Grupo vigilancia epidemiológica del cáncer, INC, 2012. [acceso 12 de Septiembre de 2012]. Tabla 34. Incidencia estimada de cáncer, según localización, mujeres, Huila, 2002-2006; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Incidencia/Tabla%2034.pdf>

¹⁶ Ibíd: tabla 34

¹⁷ Instituto Nacional de Cancerología. Op Cit: 1 pantalla

adherencia a los tratamientos. Razón por la cual, el Huila se ve en la necesidad de tener aportes investigativos que contribuyan a planes de mejoramiento en esta área de estudio.

Considerando lo anterior, Ávila¹⁸ en el año 2004 en su investigación “Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas”, menciona que la capacidad de los pacientes para seguir los tratamientos de una manera óptima, se ve comprometida con frecuencia por los factores: socioeconómicos, del equipo de salud, del tratamiento, propios de la enfermedad y del paciente. Estos factores requieren un cambio de conducta en todos los niveles, tanto para el personal de salud quien debe visualizar el paciente como un ser holístico, como para el paciente, pues éste, debe estar en capacidad de incorporar el tratamiento a su estilo de vida.

En ese sentido Silva¹⁹, en su revisión bibliográfica “Adherencia al tratamiento implicaciones de la no - adherencia” investigó los factores asociados a la no-adherencia del tratamiento, entre estos, los relacionados al paciente, al medicamento, al ambiente e interacción médico-paciente. Concluye que han pasado 35 años y la no adherencia se mantiene en cifras preocupantes (59%), al igual que la proporción de hospitalización derivados del incumplimiento con el tratamiento (33 al 69%). La mortalidad relacionada a la no adherencia registra cifras alarmantes que se mantienen en la misma proporción desde hace más de 15 años.

Igualmente, Suárez²⁰ en un estudio de cohorte retrospectivo titulado “Abandono del tratamiento: una causa de muerte evitable en el niño con cáncer”; buscó analizar por medio de una cohorte de niños con cáncer, el riesgo de recaída o muerte en los pacientes que abandonan el tratamiento, y explorar los determinantes del abandono. De los 219 pacientes participantes, el 18% abandonó el tratamiento siendo este elevado, comparado con el índice de países desarrollados, y muestra una fuerza de asociación elevada para recaer o morir.

¹⁸ Ávila D. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. [Internet]. api_user_11797_RESIDENCIA PIÑERO: Up ToDate; 2008 [acceso 09 de Junio de 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/6912000/ADHERENCIA-al-tratamiento>

¹⁹ Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana [revista en Internet]. 2005. [acceso 15 de Junio de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004&lng=en.

²⁰ Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa Ó. Abandono del tratamiento: una causa de muerte evitable en el niño con cáncer. Revista Colombiana de Cancerología [revista en Internet]. 2011. [acceso 15 de Junio de 2012]. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015\(1\)/Abandono%20del%20tratamiento%20-%20Una%20causa%20de%20muerte%20evitable%20en%20el%20ni%C3%B1o%20con%20c%C3%A1ncer.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015(1)/Abandono%20del%20tratamiento%20-%20Una%20causa%20de%20muerte%20evitable%20en%20el%20ni%C3%B1o%20con%20c%C3%A1ncer.pdf)

Esta deserción se asocia al nivel educativo, el régimen de seguridad social, la dificultad con las autorizaciones de servicios y medicamentos. Y otras causas estaban relacionadas a condiciones socioculturales que involucran: situación económica de la familia, motivaciones religiosas, temores relacionados con el tratamiento y creencia en medicinas alternativas.

De acuerdo a lo anterior, la supervivencia del cáncer colorrectal sigue dependiendo del estadio en el que se hace el diagnóstico de la enfermedad, con supervivencias a 5 años que van del 85% al 90% para los tumores en estadio I, hasta menos del 10% en los pacientes en estadio IV²¹. Igualmente, el cáncer gástrico se detecta en estadios avanzados generalmente con metástasis²², resultando en altas tasas de mortalidad; razón por la cual estos pacientes se ven enfrentados a recibir tratamiento paliativo y no curativo. Por ello en la mayoría de las veces los años de vida que le pronostican a estos pacientes, no son mayores a cinco años²³.

Adicionalmente los tratamientos para la curación o la paliación de la enfermedad están entre las terapias más complicadas de llevar a cabo debido a los altos niveles de incertidumbre que generan, pues los pacientes al percibir tal enfermedad como letal piensan que la cura es casi inalcanzable, afectando de cierto modo la adherencia a las terapias²⁴; llevando al paciente a poner en una balanza dos aspectos, uno, si se adhieren al tratamiento y el otro si lo abandonan.

Lo anteriormente enunciado se evidencia en un análisis realizado por Martín y Grau²⁵, en Xalapa – México, “La adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud”, cuyos objetivos fueron comprender el papel del comportamiento humano en el proceso salud – enfermedad, así como analizar los

²¹ Rubiano JA, Garrido A, Castillo JS. Uso de bevacizumab en pacientes con cáncer de colon metastásico en el Instituto Nacional de Cancerología: una serie de casos. Revista Colombiana de Cancerología [revista en Internet]. [acceso 25 de Junio de 2012]. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2012%20Vol_16\(4\)/03_Bevacizumab.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2012%20Vol_16(4)/03_Bevacizumab.pdf)

²² Otero Regino W. Cáncer gástrico en Colombia: un diagnóstico tardío que amerita el compromiso del Estado. Revista Colombiana Gastroenterología [Internet]. 2008. [acceso 25 de Junio de 2012]; 23(4): 302-304. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572008000400002&lng=en

²³ *Ibíd*: página 302

²⁴ Ehrenzweig Sánchez Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Revista Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2007. [acceso 26 de Mayo de 2012]; 25 (1): página 7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a3.pdf>

²⁵ Martín Alfonso L, Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Revista Psicología y Salud [Internet]. 2004. [acceso 26 de Mayo de 2012]; 14 (1): [pantalla 1]. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_1/index.html

aspectos subjetivos y comportamentales de la adherencia terapéutica que influyen en el curso y evolución de una enfermedad; concluyendo, que es importante plantear estudios enmarcados en esta problemática, que detecten los problemas teóricos y metodológicos que se presentan a la hora de realizar una investigación sobre adherencia terapéutica.

A su vez, Ehrenzweig²⁶, en México, en la investigación “Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer”; un estudio pre experimental correlacional, realizado en dos grupos de mujeres adultas con cáncer, menciona que las reacciones de la enfermedad comparadas con las del tratamiento, son la primera causa de efectos negativos en la adherencia del tratamiento, concluyendo que los tratamientos para el cáncer generan incertidumbre y la enfermedad tiene una connotación de muerte, afectando de cierto modo la adherencia a las terapias.

De igual forma, Kondryn²⁷, en Reino Unido, en su investigación “No adherencia al tratamiento en pacientes adolescentes y adultos jóvenes con cáncer: un estudio preliminar de las percepciones del paciente”, buscó evaluar la fiabilidad interna de una escala, que permitiera identificar los comportamientos y actitudes de la no adherencia, con el fin de diseñar intervenciones dirigidas a la promoción de comportamientos de adhesión al tratamiento. Se encontraron como resultados que la escala refleja un comportamiento de bajo riesgo con respecto a la no adherencia y presenta buena confiabilidad interna.

Saratsiotou²⁸, en la investigación “Adherencia de los pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia administrada por vía oral” tuvo como objetivo investigar los patrones de adherencia al tratamiento para quimioterapia administrada por vía oral en los pacientes que reciben tratamiento para el cáncer, donde 99 pacientes fueron invitados a participar en la encuesta durante sus visitas a los centros farmacéuticos para obtener su medicación oral, desde abril de 2008 hasta mayo de 2009. Los datos fueron recolectados a través de un auto-reporte anónimo de 7 páginas que contenía preguntas sobre su perfil demográfico, características de la enfermedad, el tratamiento, y sus efectos secundarios e información tanto intencional como no intencional de la adherencia. Concluyen,

²⁶ Ehrenzweig Sánchez Y. Op Cit: 17

²⁷ Kondryn H, Edmondson C, Hill J, Eden T. Treatment non-adherence in teenage and young adult cancer patients: a preliminary study of patient perceptions. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2009 [acceso 09 de junio de 2012]; 18(12): 1327-1332. Disponible en: Academic Search Premier.

²⁸ Saratsiotou I, Kordoni M, Bakogiannis C, Livadarou E, Skarlos D, Razis E, et al. Treatment adherence of cancer patients to orally administered chemotherapy: Insights from a Greek study using a self-reported questionnaire. *Journal Of Oncology Pharmacy Practice* [Internet]. 2011 [acceso 09 de Junio de 2012]; 17(4): 304-311. Disponible en: Academic Search Premier.

que el factor más importante correlacionado con la falta de adherencia no intencional es la confianza del paciente en relación con la efectividad del tratamiento.

Aunque los estudios anteriormente enunciados no son la totalidad de esta temática, demuestran que existen un sinnúmero de factores que influyen de manera positiva o negativa en la adherencia al tratamiento y son de gran aporte en la presente investigación, porque retoman temas claves que son propios de la profesión, como lo es la adherencia del paciente al tratamiento, su importancia y cada uno de los factores que influyen en él para que lo tome o lo abandone.

El paciente debe ser visto de manera holística, con el fin de brindar desde el campo de la enfermería, intervenciones concretas y eficaces que permitan la adherencia al tratamiento como medio para mejorar su calidad de vida.

Por lo anterior, es significativo describir los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, útiles para establecer intervenciones del profesional de enfermería. Después de haber revisado la literatura, se pudo destacar que en el departamento del Huila no se ha estudiado este tema y por ello se hace necesaria la investigación para generar conocimiento. Lo anteriormente enunciado motiva a despejar el siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las Unidades Oncológicas del Huila, 2013?

2. JUSTIFICACIÓN

El cáncer gástrico (CG) y el cáncer colorrectal (CCR) son enfermedades crónicas de alto impacto a nivel mundial y local por las tasas de incidencia y mortalidad²⁹. Esto demuestra, que cuando se diagnostican de forma tardía, las opciones de tratamiento para estos pacientes, son en última instancia paliativos, por lo que, es importante considerar, la forma en que los pacientes perciben el tratamiento como única salida para suprimir los efectos que la enfermedad produce, garantizando de cierto modo la esperanza de obtener resultados favorables de supervivencia.

Es así, como los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, cobran gran importancia en el paciente, pues con frecuencia pueden llegar a ser más perturbadores que los mismos síntomas de la enfermedad, por sus efectos colaterales, que algunas veces son difíciles de tolerar y manejar, que conllevan cambios en el estilo de vida y requieren de esfuerzo para su adaptación.

Por esta razón, es imprescindible que el profesional de enfermería conforme a su actuación brinde una orientación que contribuya y facilite la adherencia al tratamiento, disminuyendo así aquella incertidumbre que hace más difícil el proceso de adaptación de la enfermedad y del tratamiento. Esta orientación debe estar enmarcada bajo un enfoque multidisciplinario, en el que se logre a través de esa acción conjunta una verdadera atención integral que mejore la calidad de vida de los pacientes.

Por lo cual resulta novedoso y pertinente para el departamento del Huila y especialmente para Neiva este tipo de investigación, pues cabe agregar que en el departamento del Huila no se han realizado investigaciones para evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y colorrectal. Además, se evidencia una situación preocupante en cuanto a la morbimortalidad de estos tipos de cáncer en la región, exigiendo que las instituciones de salud cuenten con estrategias adecuadas para el mantenimiento de la adherencia a los tratamientos.

Es viable porque la investigación cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para su ejecución como son papelería, equipo de cómputo, los investigadores y una docente asesora.

²⁹ Otero Regino W. Op Cit: 303

Los resultados de la investigación permitirán, plantear y motivar el desarrollo de estrategias que favorezcan los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento, conllevando a garantizar un adecuado manejo del proceso de estas enfermedades.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal, en las unidades oncológicas del Huila, en el año 2013.

3.2. ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.
- Identificar los factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento.
- Identificar los factores del equipo de salud que influyen en la adherencia al tratamiento.
- Identificar los factores del tratamiento que influyen en la adherencia al tratamiento.
- Identificar los factores propios de la enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento.
- Identificar los factores propios del paciente, que influyen en la adherencia al tratamiento.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. GENERALIDADES DEL CÁNCER

4.1.1. Definición de cáncer.

Es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y logran invadir otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático³⁰.

4.2. CÁNCER GÁSTRICO

4.2.1. Definición.

El cáncer de estómago es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos que revisten el estómago. La mayoría comienza en las células de la capa interna del estómago (la mucosa), que suele elaborar y secretar moco y otros líquidos. Estos tipos de cáncer se llaman adenocarcinomas y representan el 90% de los casos de cáncer de estómago³¹.

4.2.2. Etiología y factores de riesgo

Tabla 1. Factores de riesgo del cáncer gástrico

AMBIENTALES				
Alimentos				ahumados
Comida		no		refrigerada
Falta	de	Agua		potable
Ocupacionales		(huleros,		carbonero)
Tabaquismo				
NUTRICIONALES				
Bajo consumo	de	proteína	y	grasa
Comida	salada	(carne,		pescado)
Consumo	alto	de		nitrato
Dieta baja en vitaminas A y C				

³⁰ Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EE.UU: INC, 2012. [acceso 2 de abril de 2012] ¿Qué es el cáncer? [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

³¹ European Society for Medical Oncology. Op Cit: 3

SOCIALES		
Clase	social	baja
Intervención	gástrica	previa
Infecciones	por Helicobacter	Pylori
Gastritis atrófica y gastritis.		

Fuente: tomado de: Manual de Oncología, procedimientos médicos - quirúrgicos 4ta edición. Pág. 581

4.2.3. Prevención.

La prevención del carcinoma gástrico está dividida en dos áreas principales:

- ✓ Moderar los factores ambientales: el consumo de frutas y verduras frescas y vitamina C ha sido un factor contribuyente en la disminución del cáncer de estómago en los países desarrollados durante las últimas décadas³². Por lo anterior es fundamental la educación que brinde el profesional de enfermería al núcleo familiar, con respecto al consumo de una dieta equilibrada para incentivar cambios en los patrones culturales como lo son la alimentación y los hábitos de vida.
- ✓ Erradicación del H. pylori: continúa siendo difícil ya que existe un largo periodo de latencia comprendido entre el tiempo que se adquiere la bacteria y el desarrollo de cambios malignos en la mucosa debido a la bacteria.

En un estudio realizado por Wong BC, la erradicación de Helicobacter pylori para prevenir el cáncer gástrico en una región de alto riesgo de China, se concluyó que entre los participantes que recibieron el tratamiento para la erradicación del H. Pylori en comparación con el grupo que recibió el placebo tuvieron una reducción total del desarrollo del cáncer.

Adicionalmente a esto, es clave que el paciente busque atención médica oportuna cuando alguno de estos síntomas está presente: dolor en epigastrio, sensación de llenura, pesadez, plenitud o digestión lenta en el centro del abdomen posterior a la ingesta de pocos alimentos, náuseas o vómitos alimenticios frecuentes, hematemesis, deposiciones negras, asco o repugnancia a la carne, pérdida del apetito, pérdida de peso, debilidad y pacientes con anemia sin causa que lo justifique³³.

³² Henke C, Wujcuk D, Holmes B. Cáncer Nursing [CD-ROM]. 7ª ed. EE.UU: Editorial Jones and Bartlett Publishers; 2010. Página 1686.

³³ Médicos Ecuador [sede Web]. Ecuador: Juan Diego Peña Carrasco, 2008. [acceso 15 de Junio de 2012]. Prevención del cáncer gástrico [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/prevencion-cancer-estomago.html>

4.2.4. Fisiopatología.

Histológicamente, el 95% de los cánceres de estómago son adenocarcinomas. El 5% restante son leiomiomas, linfomas, carcinoides, cáncer epidermoide u otros tipos raros. Según la OMS, los adenocarcinomas se clasifican en 4 subcategorías: papilar, mucinoso, tubular o en anillo de sello³⁴.

El método utilizado actualmente para la estadificación del cáncer de estómago es de la American Joint Commission On Cancer (AJCC)³⁵:

Tabla 2. Clasificación TNM para cáncer gástrico

TUMOR PRIMARIO (T)	
Tx	El tumor primario no puede evaluarse
T0	No evidencia el tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	El tumor invade la submucosa
T2	El tumor invade la capa muscular o la capa subserosa
T3	El tumor penetra la membrana serosa (peritoneo visceral) sin invadir las estructuras adyacentes
T4	El tumor invade las estructuras adyacentes
GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES (N)	
Nx:	Los ganglios linfáticos regionales no pueden evaluarse
N0:	No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales
N1:	Metástasis en 1 a 6 ganglios linfáticos regionales
N2:	Metástasis en 7 a 15 ganglios linfáticos regionales
N3:	Metástasis en más de 15 ganglios linfáticos regionales
METÁSTASIS A DISTANCIA (M)	
Mx:	La metástasis a distancia no puede evaluarse
M0:	No hay metástasis a distancia
M1:	Metástasis a distancia

Fuente: tomado de: Manual de Oncología, procedimientos médicos - quirúrgicos 4ta edición. En: American Joint committee on cancer stomach. En: AJCC: cancer staging manual. 6th Ed. New York: Springer 2002:99-106. Pág. 586 - 587

³⁴ Henke C, Wujcuk D, Holmes B. Op Cit: 1687

³⁵ Otto S. Enfermería Oncológica: Tomo 1. Tratamiento clínico de los principales tipos de cáncer, Cáncer Gástrico, [CD-ROM]. 1ª ed. Argentina: Editorial Océano. Cuadro 8-2. Pág. 151.

Tabla 3. Estadios del cáncer de estómago

Estadio	Descripción
Estadio 0	Tis, N0, M0.
Estadio IA	T1, N0, M0.
Estadio IB	T1, N1, M0. //T2-N0-M0
Estadio 2	T1-N2-M0 /T2-N1-M0 /T3-N0-M0
Estadio 3 ^a	T2-N2-M0 /T3-N1-M0 /T4-N0-M0
Estadio 3b	T3-N2-M0 /T4-N1-M0
Estadio 4	T4-N2-M0 /Cualquier T-Cualquier N-M1 ³⁶

Fuente: tomado de: Manual de Oncología, procedimientos médicos - quirúrgicos 4ta edición. En: American Joint committee on cancer stomach. En: AJCC: cancer staging manual. 6th Ed. New York: Springer 2002:99-106. Pág. 586 - 587

4.2.5. Manifestaciones Clínicas.

El cáncer gástrico suele manifestarse con síntomas inespecíficos, lo cual hace que el diagnóstico temprano sea bastante raro. Dentro de dichos síntomas están:

- Epigastralgia
- Plenitud abdominal
- Dispepsia
- Náuseas y los vómitos
- Pérdida del apetito
- Sangrados
- Pérdida de peso³⁷

Los signos de la enfermedad avanzada pueden incluir³⁸:

- Sangrado gastrointestinal
- Distensión abdominal secundaria a la ascitis
- Obstrucción intestinal
- Nódulo de Virchow
- Nodo de Irlanda
- Tumor Krukemberg
- Acantosis nigricans o la nueva aparición de queratosis seborreicas

³⁶ Ibíd: 586 – 587

³⁷ Torregroza M, Guarnizo C. Enfoque terapéutico del cáncer gástrico. Revista Colombiana Cancerología [Internet] 2011. [acceso 15 de junio de 2012]; 15 (1): página 31. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015\(1\)/Enfoque%20terap%C3%A9utico%20del%20c%C3%A1ncer%20g%C3%A1strico.%20Revisi%C3%B3n%20de%20la%20literatura.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015(1)/Enfoque%20terap%C3%A9utico%20del%20c%C3%A1ncer%20g%C3%A1strico.%20Revisi%C3%B3n%20de%20la%20literatura.pdf)

³⁸ Henke C, Wujcuk D, Holmes B. Op Cit: 1687

4.2.6. Progresión de la enfermedad.

Los tumores de estómago se pueden propagar a las estructuras adyacentes, el sistema linfático, la superficie peritoneal y otros sitios distantes. El modo de propagación es a través de las propiedades locales invasivas del tumor, a través del sistema linfático, o por diseminación hematógena. Esta extensión a través de la serosa gástrica puede implicar el epiplón, el bazo, la glándula suprarrenal, el diafragma, hígado, páncreas o colon.

Las metástasis a distancia puede afectar a cualquier órgano: 40% involucran al hígado, 40% comprometen al pulmón, que puede ser linfangitis y el 10% en el peritoneo. Otros sitios de propagación del tumor (10%) son las metástasis óseas escleróticas, meningitis carcinomatosa, tumor de Krukemberg o la plataforma de Blúmer³⁹.

4.3. CÁNCER COLORRECTAL

El carcinoma colorrectal (CCR) es un tumor de células malignas en el intestino grueso y el recto, se desarrolla en el colon sigmoideo y el recto en el 50% de los casos y en el ciego y el colon ascendente en el 20% y el 25% de los casos⁴⁰.

4.3.1. Etiología y factores de riesgo.

En cuanto a la etiopatogenia, la del CCR se desconoce al igual que en la mayoría de las enfermedades malignas, la mayor parte de los estudios plantean que es heterogénea, por lo que se han descrito factores ambientales y genéticos relacionados con su aparición⁴¹.

El cáncer colorrectal podría ser atribuido a la acción de factores dietéticos, ambientales y/o relacionados con el estilo de vida. Estas afirmaciones sugieren la

³⁹ Ibíd: 1687

⁴⁰ Enfermería al Día [base de datos en internet]. United States: Pravikoff D; 2012 – [acceso 13 de Julio de 2012]. Buckley LL; Schub T. Carcinoma Colorrectal. [1 pantalla]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nre&AN=SPA5000002194&lang=es&site=nrc-spa>

⁴¹ Hano García OM, Wood Rodríguez L, Villa Jiménez OM. Caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica en pacientes con cáncer colorrectal. Revista cubana de medicina [revista en la Internet]. 2010 [acceso 13 de Julio de 2012]; 49(1): 7-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000100002&lng=es.

importancia de causas potencialmente modificables que en gran medida podrían prevenirse⁴².

Diversos estudios han encontrado los siguientes factores de riesgo⁴³:

- Edad mayor de 50 años
- Pólipos colorrectales
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal
- Alteraciones genéticas: Los cambios en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer colorrectal. El cáncer de colon hereditario no polipósico (HNPCC) es el tipo más común de cáncer colorrectal heredado (genético). Es causado por cambios en un gen HNPCC.
- La poliposis adenomatosa familiar (FAP) es una enfermedad rara, hereditaria, en la que se forman cientos de pólipos en el colon y recto. Es causada por cambios en un gen específico llamado APC.
- Antecedentes personales de cáncer: La persona que ya ha tenido cáncer colorrectal en el pasado puede presentar cáncer colorrectal una segunda vez. También, las mujeres con antecedentes de cáncer de ovarios, de útero (endometrio), o de seno tienen, en cierto modo, un riesgo mayor de padecer cáncer colorrectal.
- Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn: La persona que ha tenido alguna enfermedad que causa la inflamación del colon (como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn) por muchos años.
- Dieta: Los estudios sugieren que las dietas ricas en grasa (especialmente la grasa animal) y pobres en calcio, folato y fibra pueden aumentar el riesgo. También, algunos estudios sugieren que las personas que consumen una dieta muy pobre en frutas y verduras pueden tener un riesgo mayor de cáncer colorrectal.
- Fumar cigarrillos

⁴² Franco A, Sikalidis AK y Solis Herruzo JA. Cáncer de colon: influencia de la dieta y el estilo de vida. Revista española de enfermería digital [revista en internet]. 2005, [acceso 24 de Mayo de 2013] vol.97 (6): páginas 441-448. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v97n6/es_punto.pdf

⁴³ Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EE.UU: Departamento de salud y servicios humanos EE.UU; 2008 [acceso 24 de Mayo de 2013]. Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de colon y recto; [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/colonyrecto/page4>

4.3.2. Prevención.

Mientras la historia familiar o antecedentes de adenomas de colon no se pueden cambiar, se puede hacer mucho para reducir el riesgo de un individuo. Dos tipos de prevención son reconocidos para el cáncer colorrectal: primaria y secundaria.

La prevención primaria consiste en reducir al mínimo los factores de riesgo externos y mejorar las áreas propensas a ser un factor protector tales como, dieta, micronutrientes, ejercicio y los factores que pueden reducir al mínimo la formación de pólipos.

La prevención secundaria, o la identificación y modificación de los factores de riesgo tras el desarrollo de un pólipo de colon, consiste en la extirpación quirúrgica de los pólipos adenomatosos sospechosos o malignos para prevenir el desarrollo de cáncer de colon⁴⁴.

4.3.3. Manifestaciones clínicas⁴⁵.

El cáncer de colon produce una serie de síntomas que pueden variar en función de su localización dentro del intestino grueso:

- *Sangre en las heces*: es uno de los síntomas más frecuentes del cáncer de colon. Puede tratarse de sangre roja, más frecuente en tumores de sigma y colon descendente, o de sangre negra, que se mezcla con las heces dando lugar a deposiciones de color negro llamadas melenas.
- *Cambio en el ritmo de las deposiciones*: aparece diarrea o estreñimiento en personas con ritmo intestinal previo normal, aunque, lo más frecuente es que se intercalen periodos de estreñimiento con periodos de diarrea.
- *Heces más estrechas*: generalmente esto se produce porque el tumor está estrechando el intestino y no permite el paso normal de las heces.
- *Tenesmo o sensación de evacuación incompleta*: suele aparecer en tumores localizados en la parte más distal del colon.
- *Dolor abdominal*: Cuando el tumor cierra parcialmente el calibre del tubo intestinal se produce un cuadro de dolor abdominal tipo cólico.
- *El cansancio extremo o la pérdida de peso sin causa aparente*.

⁴⁴ Henke C, Wujcuk D, Holmes B. Op Cit: 1211

⁴⁵ Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]. España: AECC, 2012 [acceso 24 de Mayo de 2013]. Síntomas del cáncer de colon, [1 pantalla] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/sintomas.aspx>

4.4. TRATAMIENTO

4.4.1. Quimioterapia.

En la actualidad se utiliza como terapia perioperatoria y adyuvante en tumores resecados por completo, debido a que se evidencia una supervivencia de 3 a 5 años. Sin embargo como terapia neoadyuvante en tumores resecables no ha demostrado beneficios en cuanto a tasas de resecabilidad y supervivencia. Cuando el tumor es irreseccable y metastásico la quimioterapia se maneja como terapia coadyuvante con intención paliativa ya que produce mejores resultados en la supervivencia y calidad de vida⁴⁶.

Esta actúa sobre las células que se dividen con gran rapidez, que es lo que suelen hacer las cancerosas. Así los medicamentos quimioterápicos actúan:

- Interrumpiendo la fase donde la célula cancerosa se divide y esto hace que el tiempo de crecimiento sea mayor y que la célula muera.
- Interrumpiendo todas las fases de la célula. Como las células cancerosas son más frágiles que las normales, resultan más afectadas, por lo que la acción de los medicamentos recae sobre todo en ellas.
- Cambiando las condiciones externas del organismo para que les sean desfavorables a esas células. Éste sería el caso de las hormonas que pueden bloquear la acción de determinadas sustancias y con ello no favorecer el crecimiento de las células malignas.

Éstos se administran de diferentes formas: a través de comprimido por vía oral; mediante suero o inyección intravenosa; por inyección intramuscular o mediante una inyección a través de punción en la médula ósea.⁴⁷

La combinación de varios agentes quimioterápicos ofrecen una mayor respuesta⁴⁸. Por esta razón, se suelen combinar medicamentos anticancerígenos con modos de acción distintos y capacidad de producir efectos diferentes, para la obtención de una mayor respuesta quimioterápica, entre los cuales se destacan para el cáncer gástrico: 3 ciclos de ECF (epirrubicina, cisplatino, 5-fu) o DCF (docetaxel, cisplatino y fluorouracilo), también se puede utilizar el esquema MACDONALD

⁴⁶ Torregroza M, Guarnizo C. Op Cit: 34 - 36

⁴⁷ El mundo salud [sede Web]. España: Sanofi Aventis, 2011. [acceso 15 de Junio de 2012]. Cáncer: Conceptos Básicos: Tratamientos contra el cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia y trasplante de médula [pantalla 3]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/basicos2.html>

⁴⁸ Henke C, Wujcuk D, Holmes B. Op Cit: 1692.

durante 6 ciclos (5-fu y Leucovorín). El perfil de toxicidad relacionado con estos medicamentos a veces es el factor limitante⁴⁹.

Por su parte para el tratamiento del cáncer colorrectal se utilizan los esquemas FOLFOX (5-FU, Leucovorín y oxaliplatino) o FOLFIRI (5-FU, Leucovorín e Irinotecán) por 12 ciclos⁵⁰.

Sus efectos no deseables son debidos a que actúan sobre células normales que se dividen con frecuencia como por ejemplo:

- Las células de la médula ósea, permitiendo que se produzcan infecciones con mayor facilidad pues el número de leucocitos es inferior, o que se produzca cansancio o anemia, ya que el número de hematíes también puede disminuir.
- Las membranas mucosas del conducto gastrointestinal, motivo por el que se producen náuseas, vómitos, diarrea, lesiones en la boca.
- Los folículos pilosos también se dividen con frecuencia, son sensibles y dan lugar a una pérdida temporal del cabello.

Debido a sus efectos secundarios, la quimioterapia se administra en forma de ciclos, durante un período de tiempo se administran los medicamentos y seguidamente se deja un período de descanso. Este período de descanso se utiliza para que se produzca una recuperación hematológica. Los efectos secundarios dependerán del tipo de medicamento que se administre, de la duración del tratamiento y del estado general del paciente. Estos efectos son limitados y temporales⁵¹.

Existen los antieméticos, medicamentos que se administran conjuntamente con la quimioterapia y que atenúan los efectos secundarios de la misma disminuyendo o desapareciendo la sensación de náuseas y otros efectos secundarios.

4.4.2. 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 dañando su material genético e imposibilitando su crecimiento y división. Aunque la radiación

⁴⁹ Ibíd: 1692

⁵⁰ Farmacología Virtual [sede Web]. Ecuador: Lalama M, 2012. [acceso 06 de Junio de 2013]. Tumor maligno del colon y recto, [pantalla 8]. Disponible en: http://www.farmacologiavirtual.org/index.php?option=com_content&view=article&id=196&Itemid=182

⁵¹ El mundo salud. Op Cit: pantalla 3

daña las células cancerosas también los hace con las normales, muchas células normales se recuperan de los efectos de la radiación y funcionan adecuadamente. El objeto de la radioterapia es destruir el mayor número posible de células cancerosas y limitar el daño que sufre el tejido sano del derredor⁵².

La radioterapia luego de la resección curativa ofrece la mejor oportunidad de supervivencia a largo plazo, las tasas de supervivencia después de la resección puede variar en un 10% a 50% dependiendo de la etapa nodal de la enfermedad en el momento de la resección. En algunas oportunidades la radioterapia en cáncer gástrico se utiliza para la paliación de los síntomas, tales como dolor, sangrado persistente y la obstrucción relacionada con voluminosos tumores.

La radioterapia en combinación con quimioterapia (CRT) se ha convertido en la terapia adyuvante estándar para el cáncer de estómago resecado.

El campo de radiación se puede identificar con mayor precisión en el tratamiento neoadyuvante que en el tratamiento adyuvante postoperatorio, lo que podría mejorar la exactitud y la eficacia de la radiación. Si la radioterapia se produce antes de la cirugía o el postoperatorio, los pacientes con cáncer de estómago deben ser manejados con una nutrición óptima.

Como se señaló anteriormente, el paciente con cáncer de estómago es probable que tenga un déficit nutricional en el momento del diagnóstico, y con la toxicidad de la radioterapia se hace un desafío mantener o mejorar el estado nutricional. El postoperatorio del paciente puede tener una sonda de yeyunostomía para alimentación enteral que facilitará el mantenimiento de la nutrición.

Enfermería tiene un papel clave en la evaluación continua de la toxicidad de radiación y el estado nutricional del paciente con cáncer de estómago que está recibiendo terapia de radiación. El dietista es un componente clave del equipo interdisciplinario para gestionar y evaluar el estado nutricional del paciente⁵³.

⁵² Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EE.UU: INC, 2008. [acceso 21 de Junio de 2012]. Hoja Informativa: Tratamiento del cáncer: Radioterapia para cáncer: preguntas y respuestas [pantalla 1]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/tratamiento/tratamiento-radioterapia>

⁵³ Henke C, Wujcuk D, Holmes B. Op Cit: 1691-1692.

Los efectos secundarios de la radioterapia para el cáncer de estómago y colorrectal pueden incluir:

- Problemas ligeros de la piel en la región que está siendo tratada.
- Náuseas y vómitos.
- Diarrea
- Astenia
- Falta de apetito y disfagia

Por lo general, los efectos secundarios de la radioterapia desaparecen con el tiempo después de haberse completado el tratamiento. La radiación también puede empeorar los efectos secundarios de la quimioterapia⁵⁴.

4.4.3. Cuidados de enfermería según la NIC en:

*Quimioterapia*⁵⁵

- Observar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos derivados del tratamiento.
- Proporcionar información al paciente y a la familia sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos sobre las células malignas.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los efectos de la quimioterapia sobre el funcionamiento de la médula ósea.
- Instruir al paciente y a la familia sobre los modos de prevención de infecciones, tales como evitar las multitudes y poner en práctica buenas técnicas de higiene y lavado de manos.
- Informar al paciente que notifique inmediatamente la existencia de fiebre, hemorragias nasales, hematomas excesivos y heces de color oscuro.
- Informar al paciente y a la familia que eviten el uso de compuestos con ácido acetilsalicílico.
- Determinar la experiencia previa del paciente con náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia.

⁵⁴ American Cancer Society [sede Web]. EE.UU: ACS, actualización 2013. [acceso 21 de Junio de 2012]. Radioterapia para cáncer de estómago [pantalla 2]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeestomago/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-estomago-treating-radiation>

⁵⁵ Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009. Pág. 527 – 528.

- Administrar medicamentos si es necesario para controlar los efectos secundarios.
- Minimizar los estímulos de ruido, luz y olores, especialmente los de alimentos.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación y de visualización para poner en práctica, antes, durante y después del tratamiento.
- Ofrecer al paciente una dieta blanda y de fácil digestión.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos para evitar la deshidratación y los desequilibrios de electrolitos.
- Administrar 6 comidas de pequeña cantidad al día según tolerancia.
- Instruir al paciente para que evite comidas picantes.
- Proporcionar comidas nutritivas y apetitosas para el paciente.
- Vigilar el estado nutricional y el peso
- Fomentar una buena higiene bucal mediante el uso de dispositivos de limpieza dental.
- Instruir al paciente sobre la necesidad de realizar un seguimiento dental frecuente.
- Enseñar al paciente a evitar temperaturas extremas y tratamientos químicos del cabello mientras recibe el tratamiento.
- Informar al paciente que se espera una caída del cabello, según lo determine el tipo de tratamiento utilizado.
- Tranquilizar al paciente explicándole que el pelo volverá a crecer una vez finalizado el tratamiento.
- Discutir los aspectos potenciales de la disfunción sexual.
- Ayudar al paciente a controlar la fatiga con la planificación de periodos de descanso frecuente, espaciar las actividades y limitar las actividades diarias.

*Radioterapia*⁵⁶

- Controlar si hay efectos secundarios y efectos tóxicos del tratamiento.

⁵⁶ Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Op Cit: 529 - 530

- Proporcionar información al paciente y a la familia respecto al efecto de la radiación en las células malignas.
- Observar las precauciones recomendadas para las radiaciones en el manejo de pacientes con marcapasos cardiacos.
- Observar si se producen alteraciones en la integridad de la piel y tratarlas adecuadamente.
- Evitar el uso de cintas adhesivas y demás sustancias irritantes para la piel.
- Proporcionar cuidados especiales a la piel en los pliegues de tejido que son proclives a la infección.
- Evitar el uso de desodorantes o loción para después de afeitarse en la zona tratada.
- Observar si hay indicios de infección de las membranas mucosas bucales.
- Poner en marcha actividades de restablecimiento de la salud bucal.
- Observar si se produce anorexia, náuseas, vómito, cambios de sentido del gusto, esofagitis y diarrea en el paciente.
- Fomentar una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Fomentar una dieta terapéutica para evitar complicaciones.
- Discutir los aspectos potenciales de la disfunción sexual.
- Fomentar el reposo inmediatamente después del tratamiento con radiación.
- Ayudar al paciente a conseguir niveles de confort adecuados con el uso de técnicas de manejo del dolor que sean efectivas y aceptables para él.
- Forzar la ingesta de líquidos, para así mantener la perfusión renal y de la vejiga.
- Observar si hay indicios de infección del tracto urinario.
- Observar si hay signos y síntomas de infección sistémica, anemia y hemorragia.
- Poner en marcha y mantener la protección contra la radiación de acuerdo con el protocolo de la institución, para el paciente que recibe radiación interna.
- Explicar el protocolo de protección contra la radiación al paciente, la familia y las visitas.
- Usar uno mismo un delantal mientras se ayuda con los procedimientos que implican radiación.

4.5. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Para la OMS (2003) la adherencia al tratamiento, está definida como el grado en el cual el comportamiento del paciente, la toma de los medicamentos, la dieta y la introducción de los cambios en sus estilos de vida, responden a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud⁵⁷.

Peralta lo define como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y por último completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas⁵⁸.

La adhesión al tratamiento es entendida como la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente con su tratamiento, para obtener unas mejores condiciones de salud y de vida, que van más allá del cumplimiento pasivo de las indicaciones del profesional de la salud⁵⁹.

La adherencia al tratamiento para la presente investigación se determina o define como la asistencia puntual en las fechas y horarios programados para la administración del tratamiento quimioterápico o radioterápico, junto con la eficiencia en los trámites administrativos de su seguridad social. No se considera adherencia al tratamiento aunque se tendrá en cuenta en el análisis de la información, si éste es aplazado por complicaciones en su estado de salud debido a las reacciones adversas de los medicamentos o efectos de su enfermedad.

Por otro lado, es importante reconocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, pues de ellos depende que el paciente lo asuma o no. Entre estos factores se encuentran:

⁵⁷ Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Universitas Psychologica [revista en internet]. 2006. [acceso 21 de Junio de 2012] 5 (3), páginas 535 – 547. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>

⁵⁸ Peralta ML, Carbajal Pruneda P. Adherencia a tratamiento. Revista Centro Dermatológica Pascua [revista en Internet]; 2008. [acceso 16 de Junio de 2012] 17 (3), páginas 84 – 88. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

⁵⁹ Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Op Cit: 536

4.5.1. Factores socioeconómicos y demográficos.

- *Edad*: respecto a esta variable no hay unificación de criterios para señalar la edad con mayor riesgo de abandono al tratamiento. Cáceres encontró que por cada año más que la persona tenía su adherencia al tratamiento mejoraba⁶⁰, además Galván y Santiuste encontraron que pacientes con edades extremas (menores de 15 años y mayores de 54 años) tenían mejores tasas de adherencia que los de edad intermedia (84% frente a 63%)⁶¹, mientras Agámez refiere que a medida que se incrementa la edad existe mayor riesgo de incumplimiento de las orientaciones médicas⁶². Esta discrepancia demuestra que es importante llevar a cabo investigación sobre esta variable, para esclarecer si en la población huilense afecta o no la adherencia al tratamiento.
- *Género*: en relación con esta categoría, se observó, que la falta de adherencia predominó en el sexo masculino⁶³ y las mujeres además de mejor adherencia presentaban mejores tasas de curación⁶⁴.
- *Estrato socioeconómico*: si un paciente es de estrato bajo, es posible que no tenga adherencia en el tratamiento por las condiciones económicas y esto, asociado a la zona o territorio donde viva. Es el caso de las personas que viven en veredas o lejos del casco urbano. Es de esperarse que tengan más dificultades para acercarse al centro de salud, ya sea por el transporte, la falta de dinero o compañía⁶⁵, razón por la cual es fundamental para este estudio.
- *Nivel educativo*: un estudio realizado por la OMS en el año 2003, encontró que el analfabetismo y el bajo nivel académico predisponían a la falta de adherencia al tratamiento⁶⁶ y la literatura describe que las personas con nivel

⁶⁰ Cáceres Manrique FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Revista Med UNAB [revista en internet]; 2004. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 7 (21), páginas 172 – 180. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=215&path%5B%5D=198>

⁶¹ Beltrán Cortes A, Leal Quintero M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de depresión en una institución de salud de Bogotá. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal [tesis internet]; 2009. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; páginas 7 – 120. Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis07.pdf>

⁶² Agámez Paternina AP, Hernández Riera R, Cervera Estrada L, Rodríguez García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC [revista en Internet]; 2008. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 12(5), páginas 1 - 10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es

⁶³ *Ibíd*: 2

⁶⁴ Cáceres Manrique FM. *Op Cit*: 174

⁶⁵ García Leguizamón M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una Institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de Agosto de 2008. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal [tesis internet]; 2008. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; páginas 1 – 95. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis01.pdf>

educativo bajo se les dificulta comunicarse con el personal de salud y su familia⁶⁷.

- *Estado civil o marital*: En cuanto a las características del apoyo social, el estado civil casado ha tenido un efecto significativo para la adherencia al tratamiento porque son prácticas de apoyo que se correlacionan con la misma⁶⁸.

4.5.2. Factores del equipo de salud.

Son aquellos que determinan la calidad en la prestación de los servicios por parte del equipo de salud, comprendido por ineficiencias en esas habilidades sociales que los profesionales de la salud adquieren con sus pacientes; las cuales pueden repercutir negativamente sobre, la comprensión de la información proporcionada, en la participación del paciente, en el grado de satisfacción de la atención recibida, en el mantenimiento de la relación y en la adherencia al tratamiento⁶⁹ y organizativas o administrativas señaladas porque generan incumplimiento por las esperas prolongadas, dificultad para la consecución de citas, demora en atención⁷⁰, falencias en las autorizaciones de medicamentos oportunos, flexibilidad de los horarios y el confort en el sitio de atención.

Esta asociación entre los servicios de salud y adherencia en el tratamiento también es evidenciada en el estudio de Suarez en donde concluyen que “Las principales causas de abandono detectadas se relacionaron con el sistema de seguridad social, de los pacientes objeto de estudio, 15 (38,44%) aseguraron haber abandonado tratamiento por dificultades con las autorizaciones de servicios y medicamentos⁷¹.”

De acuerdo a lo anterior se plantea que una de las estrategias para el mejoramiento de estas habilidades sociales por parte del personal de salud, se consigue mediante la sensibilización y concientización en la atención adecuada y oportuna requerida por este tipo de pacientes.

⁶⁶ IntraMed [sede Web]. Argentina: Doyma, 2003. [acceso 25 de Septiembre de 2012]. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=24950>

⁶⁷ García Leguizamón M. Op Cit: 49

⁶⁸ Magai C, Consedine N, Neugut A, Hershman D. Common Psychosocial Factors Underlying Breast Cancer Screening And Breast Cancer Treatment Adherence: A Conceptual Review And Synthesis. Journal Of Women's Health [revista en internet] 2007, [acceso 12 de Noviembre de 2013]; 16(1): 11-23. Available from: Academic Search Premier.

⁶⁹ Ortego Maté MC. La adherencia al tratamiento: variables implicadas. Educare 21 [revista en Internet] 2004, [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 04 (8): [página 4] Disponible en: archivo PDF.

⁷⁰ Beltrán Cortes A, Leal Quintero M. Op Cit: 60

⁷¹ Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa Ó. Op Cit: 27

4.5.3. Factores del tratamiento.

El tratamiento en el cáncer gástrico está integrado por una serie de factores que tienen gran influencia en la adherencia o no del paciente al tratamiento, pues según el estudio “La adherencia al tratamiento: variables implicadas”, menciona que los factores como: la dosificación, en donde el número de dosis que se le administra al paciente está relacionado con el nivel de adherencia, pues se ha comprobado que los regímenes de medicación monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los multidosis; otro factor es la vía de administración, debido a que el tratamiento quimioterápico endovenoso requiere de niveles altos de supervisión y registro, un tercer factor es la duración del tratamiento, pues a mayor tiempo la adhesión se deteriora.

Se ha observado que la probabilidad de fallos o problemas en la adherencia se incrementa cuanto más cambio en las actividades habituales de la vida cotidiana del enfermo se exijan y por último, los efectos secundarios indeseados también favorecen el incumplimiento, especialmente, cuando el paciente se empieza a encontrar bien⁷².

4.5.4. Factores propios de la enfermedad.

Representan las características clínicas de la enfermedad, las cuales son enfrentadas por los pacientes a lo largo de la evolución de la misma. Algunos determinantes que influyen en la adherencia son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión, el estadio de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos que posibiliten la cura de la misma.

Entre los factores que disminuyen la probabilidad de adherencia se encuentran: el empeoramiento de la enfermedad, puesto que los pacientes conforme avanza la enfermedad pierden la fe de que exista un tratamiento efectivo y por estos motivos deciden renunciar al tratamiento.⁷³

4.5.5. Factores propios del paciente.

Constituyen los sentimientos, el apoyo familiar y social, las creencias y comportamientos que pueden influir en la adherencia al tratamiento de los

⁷² Ortego Maté MC. Op Cit: 3

⁷³ Palacios Espinosa X, Vargas Sterling L. Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. Psicooncología [revista en Internet] 2011, [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 8(2/3): 423-440. Disponible en: MedicLatina.

pacientes con cáncer gástrico. En un sentido más concreto, representan las actitudes del paciente frente a la enfermedad y su motivación para recuperar su salud.

La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el tratamiento (relación costo – beneficio)⁷⁴, esta motivación se debe fortalecer a través de la construcción de actitudes de autocuidado.

Otro punto a tener en cuenta es el estado de ánimo alterado, por ejemplo el nivel de depresión puede influir de manera significativa en la adherencia a los tratamientos, ya que esto ocasiona en los pacientes una falta de atención y de seguimiento a su tratamiento⁷⁵.

En cuanto a las creencias, es importante resaltar que los pacientes tienen sus propias representaciones de aquello que significa una amenaza para la salud y planifican y actúan según éstas y los temores que las acompañan⁷⁶.

Estas representaciones pueden ser formadas a partir de muchas fuentes que incluyen familia, amigos, medios de comunicación, personal de salud etc. De ahí la importancia de que el paciente cuente con apoyo familiar y social a la hora de iniciar su tratamiento y no solamente al iniciar sino a lo largo de él, pues hay evidencias de que si el paciente se siente aislado de su familia y sus amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento⁷⁷.

⁷⁴ García Leguizamón M. Op Cit: 50

⁷⁵ Ibíd: 47

⁷⁶ Ortego Maté MC. Op Cit: 2

⁷⁷ Beltrán Cortes A, Leal Quintero M. Op Cit: 62

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. ENFOQUE

Estudio descriptivo con enfoque cuantitativo de corte transversal que pretende describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico y colorrectal en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Centro Oncológico la Liga contra el cáncer Seccional Huila y Unidad Oncológica Surcolombiana en el periodo 2013 – B.

Descriptivo porque no se intervienen o manipulan los factores de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno de estudio en condiciones naturales⁷⁸; enfoque cuantitativo debido a que se utiliza la recolección y análisis de datos para dar respuesta a la pregunta de investigación, con base en la medición numérica y el análisis estadístico⁷⁹ y transversal porque se recolectan los datos en un solo momento y tiempo único⁸⁰, mediante la descripción de variables de la población de estudio que se analizarán al final del periodo 2013 - B.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población para este estudio estuvo conformada por los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico y colorrectal que se encontraban en tratamiento activo de quimioterapia y radioterapia en las unidades de tratamiento de cáncer: Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Centro Oncológico Liga contra el cáncer Seccional Huila y Unidad Oncológica Surcolombiana.

Teniendo en cuenta que la población de cáncer gástrico y colorrectal es reducida, se decidió tomar el total de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en el período comprendido entre julio a octubre de 2013 - B. Esto es denominado por Polit y Hungler como muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que emplea una muestra integrada por personas cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente⁸¹.

⁷⁸ Polit DF, Hungler BP. Diseños de investigación para estudios cuantitativos. En: Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: Mc Graw Hill. Interamericana; 2002, p. 171-21

⁷⁹ Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México: McGraw Hill interamericana; 2006

⁸⁰ Op Cit: 270

⁸¹ Polit DF, Hungler BP. Diseños de muestreo. En: Investigación científica en Ciencias de la Salud". 5ª ed. México: Mc Graw Hill. Interamericana; 1997. Pág. 238

5.2.1. Unidad de análisis.

Pacientes diagnosticados con cáncer gástrico y colorrectal, que estén recibiendo tratamiento activo, a partir del segundo ciclo de quimioterapia y luego del 50% de tratamiento con radioterapia, en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, Liga Contra el Cáncer Seccional Huila y Unidad Oncológica Surcolombiana.

5.2.2. Criterios de inclusión.

- Diagnosticados con cáncer gástrico y colorrectal en la Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Liga contra el cáncer seccional Huila y Unidad Oncológica Surcolombiana, en el periodo 2013 – B.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Con diagnóstico de cáncer gástrico y colorrectal a partir del segundo ciclo de tratamiento activo de quimioterapia y/o el 50% de tratamiento con radioterapia, y/o concomitancia.
- Sin discapacidad cognitiva y sin alteraciones de la comunicación.

5.2.3. Criterios de exclusión

- Pacientes diagnosticados con cáncer gástrico y colorrectal que no deseen participar del estudio.
- Pacientes que no han iniciado tratamiento de quimioterapia, radioterapia y/o concomitancia.
- Pacientes que se encuentren en su primer ciclo de tratamiento.

5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Sociodemográfica	Es la agrupación de características propias de cada individuo, que permite caracterizar la población de estudio y que pueden influir de forma positiva o	Género	- Masculino - Femenino	Nominal
		Edad	Mayores de 18 años	Razón
		Ocupación	- Estudiante - Empleado - Desempleado - Trabajador independiente - Pensionado - Hogar - Otro. ¿Cuál?	Nominal

	negativa en la salud del paciente	Ingreso mensual en el hogar	Salario mensual	Razón
		Lugar de residencia	- Urbana - Rural	Nominal
		Escolaridad	- Ninguna -Primaria completa -Primaria incompleta -Bachillerato completo -Bachillerato incompleto -Técnico completo -Técnico incompleto -Universidad completa -Universidad incompleta	Ordinal
		Tipo de seguridad	- Subsidiado - Contributivo - Vinculados - Régimen especial	Nominal
		Estado civil	- Soltero - Casado - Divorciado - Viudo - Unión libre - Otro	Nominal
Factores del equipo de salud	Actitudes que demuestra el equipo de salud frente a la atención y el cuidado que ofrecen al paciente	Relación equipo de salud – paciente	- Recomendaciones claras y oportunas del médico y los profesionales de enfermería frente al tratamiento -Tiempo empleado por el médico y los profesionales de enfermería para dar educación relacionada con cuidados específicos del tratamiento - Receptividad del médico y los profesionales de enfermería frente a las inquietudes del paciente	Ordinal

		Dificultad en la prestación de servicios	-Autorización oportuna para el tratamiento -Atención oportuna -Confort durante la prestación del servicio	Ordinal
Factores del tratamiento	Lo que conoce y piensa el paciente de su tratamiento: efectos indeseados, cantidad de los medicamentos y puntualidad en el tratamiento	Lo que conoce y piensa el paciente del tratamiento quimioterápico, radioterápico y/o concomitancia	- Intensidad del tratamiento - Asistencia al tratamiento - Satisfacción con el tratamiento	Ordinal
		Complicaciones relacionadas con la quimioterapia, radioterapia y/o concomitancia	Efectos secundarios que produce la quimioterapia y/o radioterapia. Síntoma que más le causa molestia al paciente: - Vómito - Hemorragia - Dolor - Náusea - Cefalea - Distensión abdominal.	
Factores propios de la enfermedad	Características clínicas de la enfermedad.	Estadio de la enfermedad	- Estadio de cáncer diagnosticado	Ordinal
			- Influencia del conocimiento sobre el estadio, para continuar o no el tratamiento.	Nominal
Factores propios del paciente	Apoyo familiar, social, creencias y comportamientos que pueden influir en la adherencia al tratamiento	Actitudes del paciente frente a su enfermedad y tratamiento	- Influencia de la enfermedad en las actividades diarias. - Trastorno de la imagen corporal - Facilidad en la asistencia al tratamiento	Ordinal
		Apoyo familiar y social (amigos u otros)	-Acompañamiento al tratamiento por parte de la familia o los amigos - Asistencia por parte de la familia o los amigos en las necesidades requeridas por el paciente	

5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

5.4.1. Técnica.

Para describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento se utilizará la técnica de autoinforme, dentro de esta técnica se encuentran los autoinformes estructurados en donde el instrumento recibe el nombre de cuestionario, que son aquellos en los que el entrevistador hace algunas preguntas oralmente⁸² y escribe lo que el sujeto responde.

5.4.2. Instrumento.

Se utilizó el cuestionario de valoración de adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal, el cual fue diseñado por los investigadores. Éste se compone de una parte sociodemográfica que contiene 7 preguntas. Otra parte con 34 ítems que evaluaron los factores socioeconómicos, del equipo de salud, del tratamiento y del paciente, cuya respuesta corresponde a 3 opciones tipo likert que van desde nunca hasta siempre y 6 ítems de preguntas abiertas y dicotómicas, que indagaron por los factores propios de la enfermedad y socioeconómicos, reseñados en la literatura como influyentes en la adherencia al tratamiento (Anexo A).

Para su validación fue enviado a juicio de expertos, quienes recibieron información escrita de los objetivos, el planteamiento del problema y el instrumento, con un formato de validación para las categorías de factores asociados a la adherencia al tratamiento. Una vez obtenidos los conceptos de los expertos, se eliminaron 5 ítems de respuesta tipo likert de los 39 propuestos al inicio, además se modificaron 14 de éstos, quedando un total de 34 ítems.

5.4.3. Prueba piloto.

Para Argimon y Jiménez (1993)⁸³, la prueba piloto debe tener una muestra de 10 a 30 personas que cumplan con los mismos requisitos o criterios de inclusión de la muestra principal en la que se realizará la investigación. Por consiguiente la prueba piloto se realizó en la Unidad Oncológica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, a 11 pacientes en total que cumplían con los criterios de inclusión. El tiempo empleado para el diligenciamiento del cuestionario fue de 15 – 20 minutos, además se modificaron los ítems 11 y 13 en los cuales los pacientes tuvieron dificultad para dar su respuesta.

⁸² Polit DF, Hungler BP. Op Cit: 320

⁸³ Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la Atención Primaria de Salud. 1ª ed. Madrid: Doyma libros. 1993. p. 145.

5.4.4. Recolección de la información.

La recolección de la información se realizó del total de pacientes que estaban en tratamiento activo de quimioterapia, radioterapia y/o concomitancia en las unidades oncológicas del Huila, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y voluntariamente decidieron participar firmando el consentimiento informado.

La información fue recolectada por los cinco investigadores, quienes estaban capacitados para aplicar el cuestionario y facilitaron la comprensión del mismo, además no intervinieron, presionaron o emitieron juicios sobre las respuestas dieron los participantes.

5.4.5. Procesamiento y análisis de la información.

Una vez recogida la información y previa verificación del completo diligenciamiento de cada instrumento, se realizó la organización de los datos y posteriormente se digitó la información obtenida en una matriz de datos realizada en Microsoft Excel 2010, que tuvo las mismas variables y orden que el cuestionario en físico; se realizó auditoría a esa digitación, la cual consistió en tomar al azar cinco cuestionarios digitados, verificando que todos los datos correspondieran a lo registrado en físico.

El procesamiento de las variables se elaboró mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.0 a través de estadística descriptiva. Los resultados se presentaron en gráficas y tablas representando los factores que influyen en la adherencia al tratamiento. El análisis fue sustentado respecto al marco teórico y otros resultados de investigaciones publicadas sobre la misma temática.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Según la Resolución 8430 de 1993⁸⁴, el presente estudio es considerado sin riesgo debido a que la investigación no trata aspectos sensitivos de la conducta y no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes diagnosticados con cáncer gástrico participantes de esta investigación.

La investigación se pondrá a consideración del Comité Ético de la Facultad de Salud y del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y se tramitarán los respectivos permisos en el Centro Oncológico Liga Contra el Cáncer y el Centro Oncológico Surcolombiano, quienes con previa autorización permitirán la recolección de la información y revisión de historias clínicas de las cuales sólo se obtendrá el estadio y el nombre de los medicamentos del tratamiento de cada uno de los participantes, con el fin de relacionar estos datos, con los factores asociados a la adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior se diseñó un formato de consentimiento informado para la autorización por parte de los participantes. Este documento contiene los aspectos reseñados en la resolución 8430, de tal manera que explica claramente el objetivo de la investigación, guardando respeto por su decisión de participar o no en el estudio sin ningún tipo de presión y garantizando el derecho de autonomía (Anexo B).

Está apoyada bajo la ley 911 de 2004⁸⁵, mediante la cual se establece la responsabilidad del profesional de Enfermería en investigación y a partir de la cual se tienen en cuenta las disposiciones y principios éticos de dignidad, los derechos de los seres humanos, respeto por la persona, sin utilizar personas jurídicamente incapaces, totalidad e integridad, beneficencia, justicia, precaución y confidencialidad a través de la asignación de un código consecutivo que solo será conocido por los investigadores.

⁸⁴ Universidad Nacional de Colombia [sede Web]. Colombia: Ministerio de salud, 1993 [acceso 16 de Junio de 2012]. Resolución n° 008430 de 1993 [12 páginas]. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

⁸⁵ Ministerio de Educación [sede Web]. Colombia: Congreso de Colombia, 2004 [acceso 16 de Junio de 2012]. Ley 911 de 2004 [15 páginas]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Los principios éticos de enfermería que se tendrán en cuenta son la integralidad, toda persona en su aspecto físico, social y espiritual. La dialogicidad que permite la relación asertiva entre enfermero-paciente.

Según el informe de Belmont⁸⁶, la autonomía está expresada en una persona capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones. En esta investigación, la autonomía estará dada por cuanto los investigadores no ejercerán presión sobre los participantes para responder determinada información y sus respuestas no serán sometidas a juicio.

La beneficencia, definida como el hecho de no hacer daño y acrecentar al máximo los beneficios disminuyendo los daños posibles para esta investigación se aplica porque la información recolectada no implicará ningún daño y siempre serán tratados de manera ética.

La justicia es tratar a los iguales con igualdad, de esta forma para la investigación, el principio se pondrá en práctica, porque no se ejercerá ninguna discriminación sobre alguien.

Durante el desarrollo de esta investigación se mantendrá la confidencialidad de los datos y cuestionarios, de tal manera que no serán utilizados con fines diferentes a los propuestos en la investigación. A cada participante se le asignará un código de 4 ítems y la información obtenida será conocida exclusivamente por los 5 investigadores y la asesora de investigación. Al final de la investigación se darán a conocer los resultados en cada institución donde se recolectó la información.

⁸⁶ Universidad Nacional de Colombia [sede Web]. Colombia: DIB, 1979. [acceso 22 de Febrero de 2013]. Buenas prácticas en la investigación: Principios éticos en la investigación: Reporte Belmont: principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación [aproximadamente 10 pantallas]. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_belmont.html

7. RESULTADOS

En esta investigación participó el total de la población de las tres Unidades Oncológicas de Huila, con un total de 35 participantes, de los cuales el 65,7% tenían diagnóstico de cáncer gástrico y el 34,3% cáncer colorrectal.

La presentación de los resultados, se encuentra subdividida en características sociodemográficas y en los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, los cuales se describen a continuación:

Tabla 4. Características sociodemográficas.

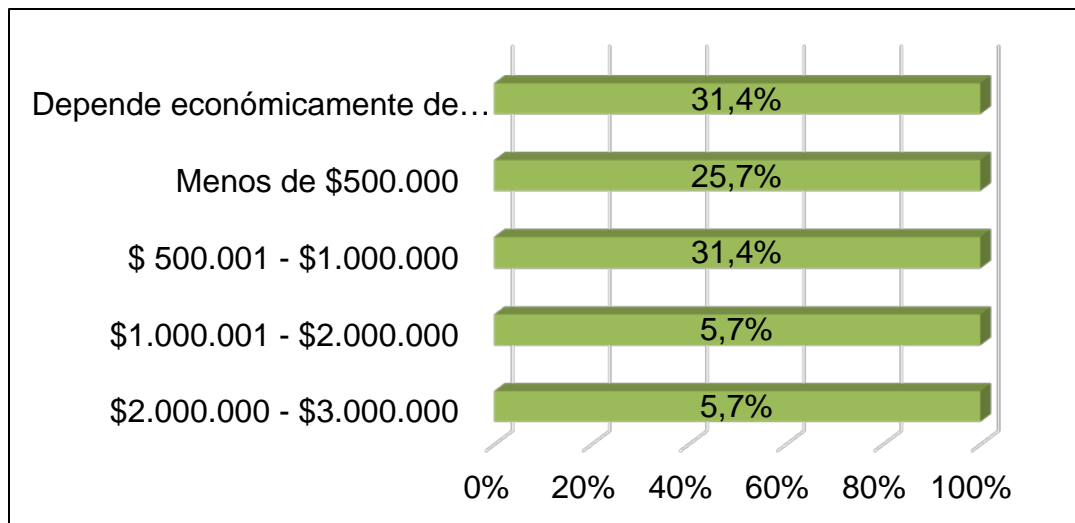
VARIABLE	CATEGORÍA	N°	%
SEXO	Masculino	19	54,3
	Femenino	16	45,7
	Total	35	100%
EDAD	20 – 30 años	1	2,9
	31 – 40 años	3	8,6
	41 – 50 años	5	14,3
	51 – 60 años	11	31,4
	Mayor de 60 años	15	42,9
	Total	35	100%
OCUPACIÓN	Estudiante	1	2,9
	Desempleado	2	5,7
	Empleado	4	11,4
	Pensionado	5	14,3
	Hogar	11	31,4
	Trabajador independiente	12	34,3
Total	35	100%	
ZONA DE RESIDENCIA	Urbano	22	62,9
	Rural	13	37,1
	Total	35	100%
ESTADO CIVIL	Casado	22	62,9
	Unión libre	6	17,1
	Soltero	5	14,3
	Separado	1	2,9
	Viudo	1	2,9
	Total	35	100%

ESCOLARIDAD	Primaria completa	10	28,6
	Primaria incompleta	11	31,4
	Bachillerato completo	6	17,1
	Bachillerato incompleto	6	17,1
	Técnico completo	1	2,9
	Técnico incompleto	1	2,9
Total		35	100%
TIPO DE SEGURIDAD	Subsidiado	19	54,3
	Contributivo	12	34,3
	Régimen especial	3	8,6
	Medicina prepagada	1	2,9
Total		35	100%
EPS A LA QUE PERTENECE	Comfamiliar	9	25,7
	Saludcoop	7	20,0
	Caprecom	4	11,4
	Nueva EPS	4	11,4
	Asmet salud	2	5,7
	Comparta	2	5,7
	Ponal	2	5,7
	Cafesalud	1	2,9
	Colmédica	1	2,9
	Ejército	1	2,9
	Emcosalud	1	2,9
	Saludtotal	1	2,9
Total		35	100%

- De acuerdo con la tabla anterior y aunque la población es pequeña, existe una diferencia, donde la mayor participación fue de los hombres con un 54,3% y mujeres con el 45,7%.
- Respecto a la edad, el 74,3% de los pacientes son mayores de 51 años y un 25,8% se encuentra entre 20 y 50 años.
- La ocupación está estrechamente relacionada con la edad de los pacientes, teniendo en cuenta que la población estudiada en su mayoría son personas de edad avanzada dedicados a ocupaciones como trabajador independiente con un 34,3%, oficios del hogar con un 31,4%, pensionados con un 14,3%, el 5,7% desempleada, el 11,4% son empleados y el 2,9% estudiantes
- De acuerdo a la zona de residencia el 62,9% proceden de la zona urbana y el 37,1% de la zona rural.

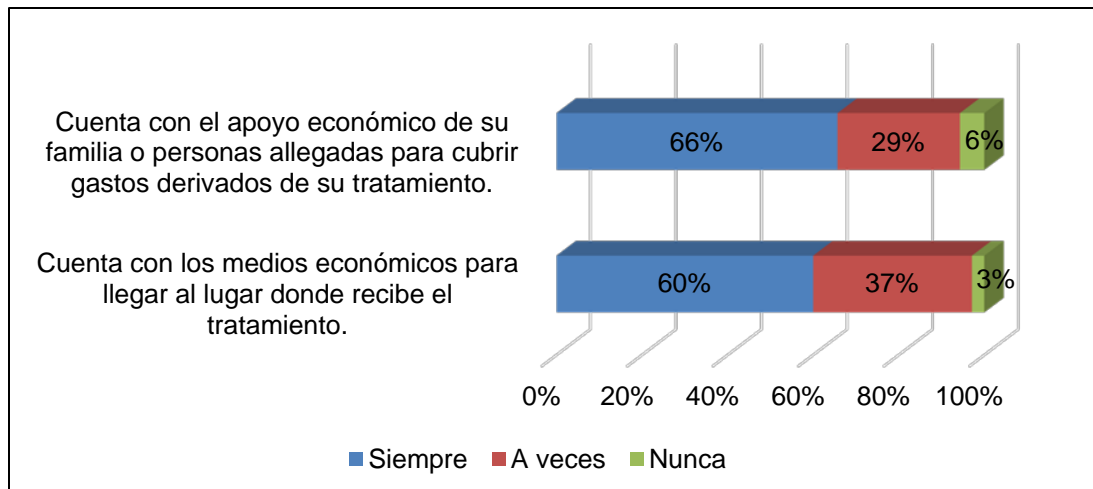
- El 62,9% de los pacientes encuestados son casados, seguido del 17,1% que se encuentran en unión libre, esto indica que el 80% de la muestra tiene una pareja estable.
- En cuanto al nivel de escolaridad, el 60% de los pacientes encuestados tienen primaria incompleta y completa, el 40% realizaron estudios de bachillerato completo e incompleto y técnico completo e incompleto.
- El régimen de seguridad social con mayor predominio fue el subsidiado con un 54,3% y el régimen contributivo con un 34,3%; en menor proporción se encuentran el régimen especial y medicina prepagada con 8,6% y 2,9% respectivamente.
- Las EPS con mayor representación fueron Comfamiliar, Saludcoop, Caprecom y Nueva EPS, con un 25,7%, 20%, 11,4% y 11,4% respectivamente. Las de menor participación fueron Asmetsalud, Comparta y Ponal cada una con un 5,7%, junto con Cafesalud, Colmédica, Ejército, Emcosalud y Saludtotal con un 2,9% cada una.

Gráfica 1. Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento



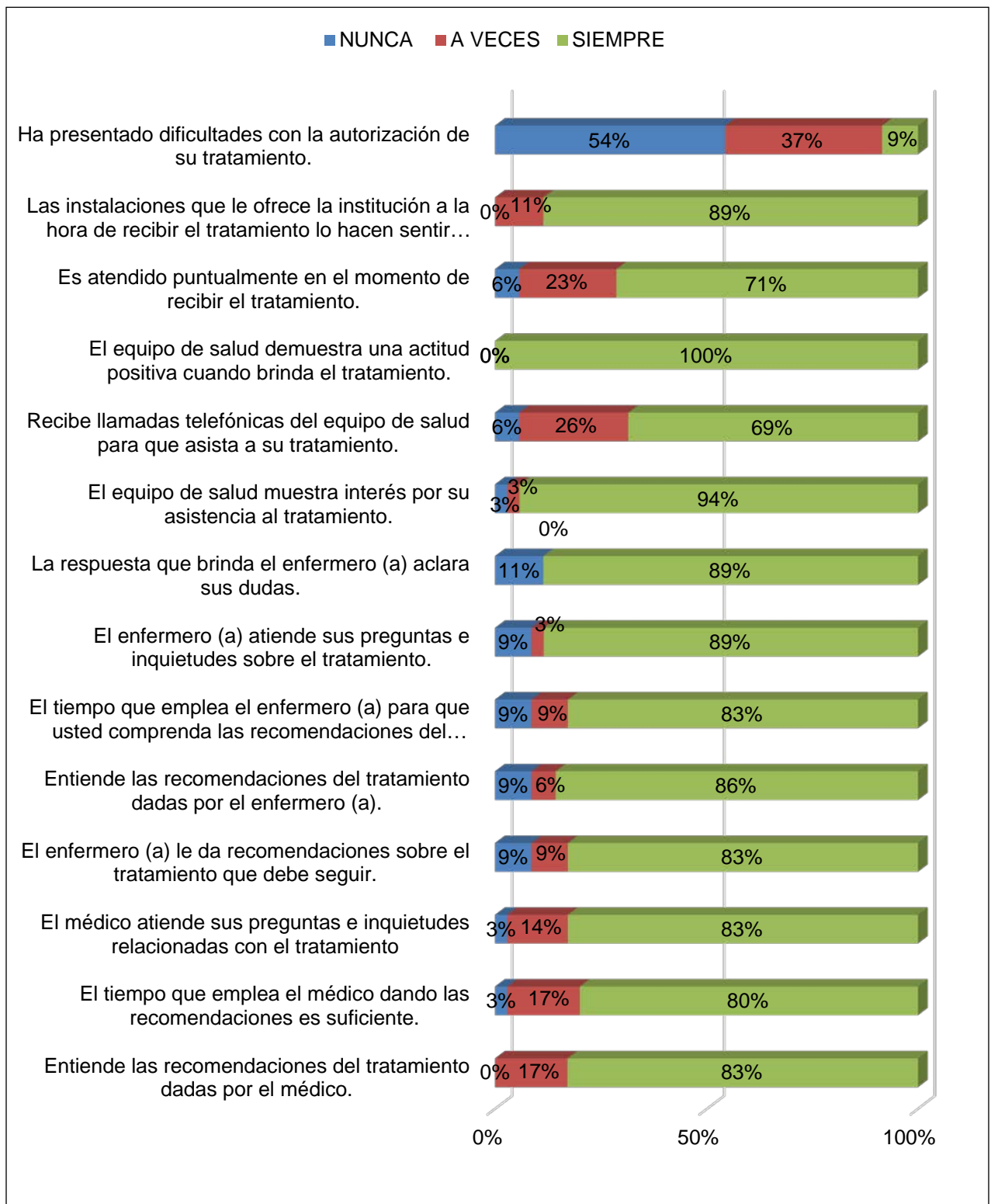
Más del 50% de los pacientes encuestados dependen económicamente de otra persona y ganan menos de \$500.000 al mes. Un 31,4% de la población tiene un ingreso mensual de \$500.001 - \$1.000.000 y el 11,4% entre \$1.000.001 - \$3.000.000.

Gráfica 2. Factores socioeconómicos que influyen en la adherencia al tratamiento



- El 66% de la población siempre cuenta con el apoyo económico de su familia o personas allegadas para cubrir gastos derivados de su tratamiento y un 29% a veces cuenta con ese apoyo, esto se relaciona con que un 60% siempre cuenta con los medios económicos para llegar al lugar donde recibe el tratamiento y un 37% a veces.

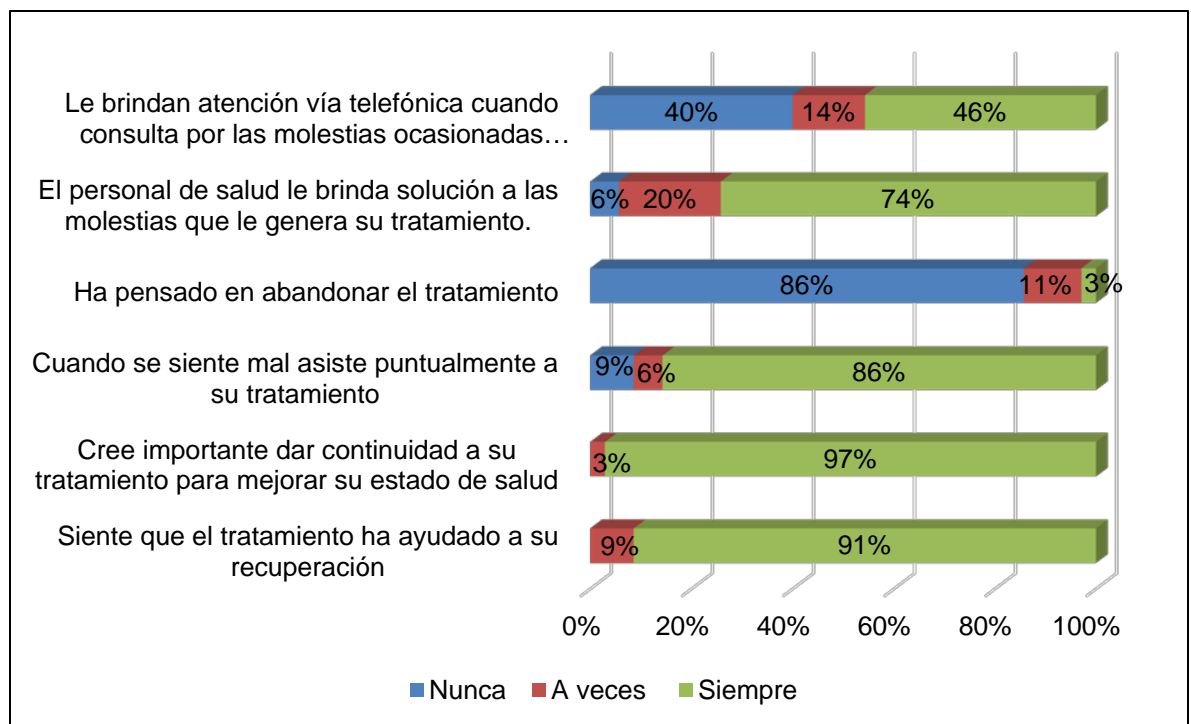
Gráfica 3. Factores del equipo de salud que influyen en la adherencia al tratamiento



El gráfico No 4 refleja lo siguiente:

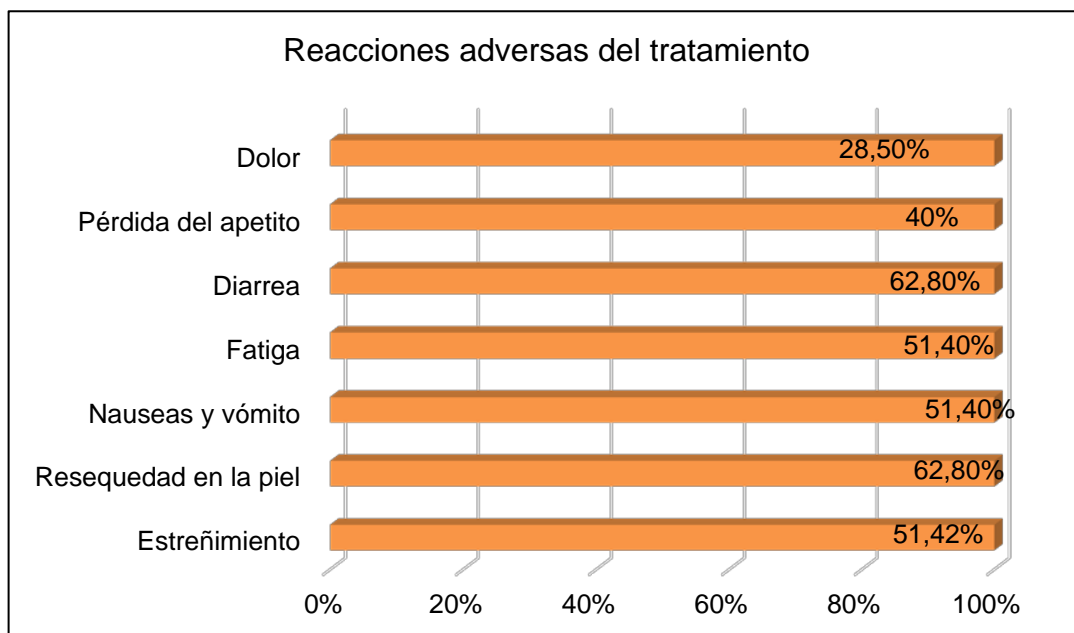
- El 50% de la población encuestada nunca ha presentado dificultades con la autorización de su tratamiento, aunque un 37% a veces la presenta; sobre todo al inicio del tratamiento.
- El 89% de los participantes siempre se siente cómodo cuando recibe el tratamiento, y el 11% a veces siente comodidad.
- Un 71% de la población ha recibido su tratamiento puntualmente, aunque un 23% a veces no lo han recibido de la misma manera.
- El total de los pacientes refieren que el equipo de salud demuestra una actitud positiva cuando se les brinda el tratamiento.
- El 94% de los participantes considera que el equipo de salud muestra interés por su asistencia al tratamiento, lo que a su vez se relaciona con el 69% que siempre ha recibido llamadas para que asista. Por otro lado un 26% a veces las recibe, relacionándose con la puntualidad de los pacientes para asistir al tratamiento.
- Más del 80% expresan que siempre el enfermero (a) emplea suficiente tiempo para dar recomendaciones claras sobre el tratamiento, además resuelve las preguntas e inquietudes derivadas de éste.
- Los participantes en un 83% refieren que El personal médico siempre da recomendaciones que son comprendidas, al igual que les brindan respuestas a preguntas e inquietudes. Además un 80% de los pacientes consideran que el tiempo empleado por este personal para dar recomendaciones siempre es suficiente.

Gráfica 4. Factores del tratamiento que influyen en la adherencia al tratamiento



- El 91% de los pacientes manifiestan que el tratamiento siempre ha ayudado a su recuperación lo que a su vez se relaciona con la importancia que le dan a la continuidad de su tratamiento para el mejoramiento de su estado de salud.
- El 86% enuncia que siempre asiste a su tratamiento aun cuando se sienten mal. Esto a su vez concuerda con el 86% de los pacientes que nunca han pensado en abandonar el tratamiento, siendo esto un factor positivo para la adherencia al tratamiento.
- El personal de salud siempre brinda solución a las molestias ocasionadas por el tratamiento referido por un 74% de los participantes. Sin dejar de mencionar a un 20% que a veces recibe soluciones; aclarando que esta percepción no se debe a la falta de soluciones por parte del personal de salud, sino que son ellos los que no consultan sobre éstas.
- El 46% de la población encuestada cuando consultan por vía telefónica siempre le brindan atención a las molestias generadas por el tratamiento y un 40% refiere nunca recibir atención, pero cabe resaltar que esto no se debe a la falta de interés por parte del personal de salud, sino porque los pacientes nunca han utilizado este servicio.

Gráfica 5. Factores del tratamiento que influyen en la adherencia al tratamiento



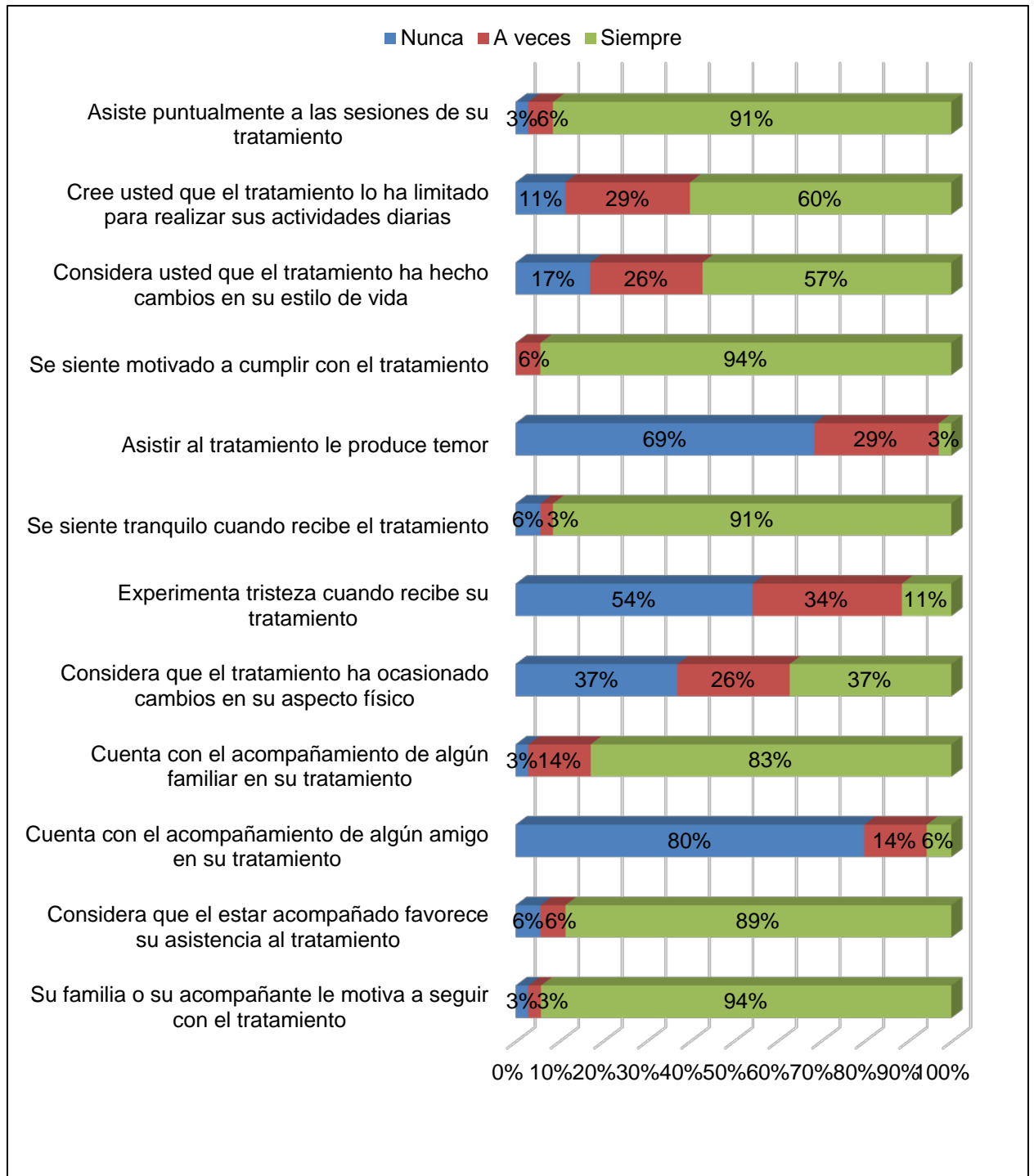
- Las reacciones adversas más frecuentes que referencian los 35 participantes fueron: 63% pérdida del apetito y náuseas y vómito, seguida por dolor, diarrea y fatiga con un 51,4% cada una, siendo las de menor proporción resequedad de la piel y estreñimiento con un 40% y 28,5% respectivamente.

Tabla 5. Factores propios de la enfermedad que influyen en la adherencia al tratamiento

VARIABLE	CATEGORIA	N°	%
DIAGNOSTICO	Gástrico	23	65,7
	Colorrectal	12	34,3
ESTADIO DE LA ENFERMEDAD	I	2	5,7
	II	6	17,1
	III	17	48,6
	IV	10	28,6
CONOCE USTED SOBRE SU ENFERMEDAD	Si	30	85,7
	No	5	14,3
CONOCE LA FINALIDAD DE SU TRATAMIENTO	Curativo	33	94,3
	Paliativo	2	5,7
ESTO HA INFLUIDO PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO	Si	33	94,3
	No	2	5,7

- El estadio III es el más frecuente en estas 2 patologías con un 48,8%, seguido del estadio IV con un 28,6%. Evidenciándose que el 77,2% de la población encuestada se encuentra en estadios avanzados.
- Al interrogar sobre el conocimiento que tenían sobre su enfermedad el 85,7% posee conocimientos generales sobre su patología.
- El 94,3% de los encuestados aseguran que su tratamiento es curativo, sin embargo al momento de la recolección de los datos se evidenció que la percepción de los pacientes es errónea, puesto que su respuesta no coincide con el estadio en el que se encuentran. Además se relaciona con el 94,3% de los pacientes que al conocer la finalidad del tratamiento continúan con el mismo.

Gráfica 6. Factores propios del paciente que influyen en la adherencia al tratamiento



- El 91,4% de los pacientes asiste puntualmente a las sesiones del tratamiento.
- Al 60% de los pacientes el tratamiento lo limita para realizar sus actividades diarias, lo que está relacionado con el tiempo que deben destinar para recibir el tratamiento, con la sintomatología propia de la patología y del tratamiento. El 28,6% refiere que el tratamiento lo limita algunas veces.
- El 57,1% de los pacientes refirieron que su estilo de vida ha cambiado debido al tratamiento, seguido del 25,7% que considera algunas veces. Sin embargo un 17,1% (n=6) nunca ha cambiado su estilo de vida, resaltando que el 83,3% (n=5) del anterior porcentaje se encuentran en estadios avanzados.
- Un 94,3% de la población se siente motivada a cumplir con su tratamiento.
- La orientación clara, oportuna y la confianza que brinda el personal de salud a la hora de realizar los procedimientos hace que un 68% de los pacientes encuestados refieran nunca sentir temor cuando asisten al tratamiento y que a su vez se relaciona con el 91,4% que se siente tranquilo cuando recibe el tratamiento. El 28,6% manifestó algunas veces sentir temor, esto relacionado con la etapa inicial del tratamiento.
- El 54,3% de los encuestados manifiestan nunca sentir tristeza cuando reciben el tratamiento. Aunque existe un 34,3% que refirió algunas veces y un 11,4% que siempre la experimenta.
- Las respuestas de los pacientes acerca de si el tratamiento ha ocasionado cambios en el aspecto físico está dividida en porcentajes iguales, puesto que un 37,1% de los encuestados consideran que siempre lo ha hecho y un porcentaje igual nunca.
- El 82,9% de los participantes siempre cuentan con el acompañamiento de algún familiar, por lo general esposo (a), hijo (a), nuera o yerno. Lo cual se relaciona con el 80% que refirió nunca contar con la compañía de un amigo, demostrando que es la familia quien asume esta responsabilidad. El 14,3% algunas veces tiene compañía de algún familiar.
- El 88,6% de la población encuestada siempre considera que el estar acompañado favorece la asistencia al tratamiento, lo cual se relaciona con el 94,3% que refiere recibir siempre motivación por parte de su familia para continuar con el mismo.

8. DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica es una de las estrategias más representativas para el tratamiento de las enfermedades crónicas, entre estas el cáncer; puesto que permite la adaptación y continuidad de los pacientes a la recuperación y mejoramiento de su calidad de vida. Además, es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza⁸⁷, los cuales se describen en la presente investigación como características sociodemográficas, factores socioeconómicos, del equipo de salud, del tratamiento, propios del paciente y de la enfermedad.

Los resultados encontrados con respecto a la edad corresponden con otros autores como Cáceres Manrique⁸⁸ y García Leguizamón⁸⁹ quienes afirman que los pacientes en edades avanzadas presentan mejores tasas de adherencia que los de edades intermedias, evidenciado en el presente estudio donde la mayoría de los encuestados (74,3%) eran mayores de 51 años.

En cuanto al estado civil, el tener una pareja estable permite la asistencia y continuidad a los tratamientos, lo que se puede contrastar con DiMatteo MR⁹⁰ quien afirma que el estado civil casado es una práctica de apoyo que tiene un efecto significativo para la adherencia al tratamiento.

La familia como principal fuente de apoyo económico y afectivo constituye la primera red de apoyo social y juega un papel fundamental en el fortalecimiento de la adherencia, porque motiva al paciente a ver el tratamiento como una forma de vida, afirmado por los autores Castaño, Echeverri Et.al⁹¹ – Saad, Sepúlveda, Et.al⁹²; esto, se relaciona con el presente estudio, donde el 66%, siempre cuenta

⁸⁷ Martín Alfonso L, Grau Abalo JA. Op Cit: pantalla 4

⁸⁸ Cáceres Manrique FM. Op Cit: 74

⁸⁹ García Leguizamón M. Op Cit: 45

⁹⁰ DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta – analysis. Health Psychology [revista en Internet] 2004 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 23(2): [página 211]. Disponible en: <http://www.learningace.com/doc/1915571/4dbd3364af7e3a06127b0ab3da763764/dimatteo-2004>

⁹¹ Castaño Castrillón JJ, Echeverri Rubio C, Giraldo Cardona JF, Maldonado Mora A, Melo Parra J, Meza Orozco GA. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia) 2011. Universidad de Manizales [Internet] 2012 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; [página 9]. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/122/1/Art%20adherencia%20trat%20hipertensivo%20ASSBASALUD.pdf>

⁹² Saad Acosta C, Sepúlveda G, Ibáñez E, Flórez C, Herrán M, Márquez N, et. al. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar

con el apoyo económico de su familia para cubrir gastos derivados de su tratamiento, además, son ellos, quienes brindan el acompañamiento y por tanto asumen esta responsabilidad afectiva y material.

El presente estudio encontró que el 54% de los pacientes nunca presentó dificultades con la autorización de su tratamiento, siendo una fortaleza para la adherencia al tratamiento, sin embargo, quienes enunciaron dificultades, refirieron que éstas se produjeron al inicio del mismo. Suarez menciona en su estudio que los pacientes abandonan su tratamiento por causas relacionadas con el trámite de autorizaciones, lo cual es una condición particular del sistema de seguridad social en Colombia de cómo se ofertan los servicios de salud para el tratamiento del cáncer⁹³.

Los autores Muñoz Et.al⁹⁴, Urzúa Et.al⁹⁵ y Beltrán y Leal⁹⁶ afirman que aspectos como el trato deshumanizado, malas actitudes e indisposición, limitan la adherencia al tratamiento, además, destacan la comunicación eficaz que debe existir entre el profesional de salud y el paciente, en donde el hecho de proporcionar la información necesaria, clara y oportuna favorece el comportamiento de la adherencia; aspectos importantes que se señalan en los resultados de la presente investigación, pues el equipo de salud demostró una actitud positiva cuando le brindó el tratamiento, interés para lograr la asistencia de los pacientes al mismo y el personal médico y de enfermería dio recomendaciones claras, oportunas, respondiendo a las inquietudes derivadas del tratamiento.

Se observó en la investigación, que más del 90% de los pacientes consideraron que el tratamiento siempre ha ayudado a su recuperación además, un 94,3% lo perciben como curativo, favoreciendo así la adherencia; esto se relaciona con lo

Central, Bogotá, D.C., 2006 2007. Revista Colombiana de Enfermería [revista en Internet] 2008 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 3(3): [página 66]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/adherencia_pacientes_insuficiencia_renal_cronica_sesiones_hemodialisis_hospital_militar_central.pdf

⁹³ Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa Ó. Op Cit: 28

⁹⁴ Muñoz Sánchez AI, Cruz Martínez ÓA, Rubiano Mesa YL. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Enfermería global. [revista en la Internet]. 2013 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 12(31): 86-108. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300006&lng=es

⁹⁵ Urzúa A, Marmolejo A, Barr C. Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. Universitas Psychologica [revista en internet] 2010 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 11(2): [página 597]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/566/2224>

⁹⁶ Beltrán Cortes A, Leal Quintero M. Op Cit: 97

que menciona Urzúa Et.al⁹⁷, quienes afirman que el paciente oncológico al percibir como efectivo el tratamiento al cual está siendo sometido, le permite evaluarlo como positivo pues controla el progreso de la enfermedad y evita así la deserción terapéutica.

Según lo descrito por los autores Ortego Maté⁹⁸ y Urzúa Et.al⁹⁹, los efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos y producir así un descenso en la adherencia, aun cuando el paciente se empieza a encontrar bien. Para el presente estudio a pesar de que el 86% de la población encuestada se sentía mal, asistía puntualmente a las sesiones del tratamiento y por tanto un porcentaje similar nunca ha pensado en abandonarlo, esto resulta ser un factor positivo para la adherencia al tratamiento.

Martín, Bayarre Et.al¹⁰⁰, corroboran la importancia de los conocimientos del paciente acerca de la enfermedad como un aspecto favorecedor del cumplimiento, esto comparado con la presente investigación evidencia que el 85,7% de los pacientes que tuvieron conocimientos generales de la enfermedad se vean influenciados positivamente en la asistencia al tratamiento.

De acuerdo con los autores Varela¹⁰¹ y DiMateo¹⁰², los comportamientos de adherencia hacen referencia a la incorporación o mantenimiento de hábitos en el estilo de vida, la modificación de aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de la enfermedad y que pueden poner en peligro su salud. Al encontrar en este estudio que un 82,8% de los pacientes han cambiado sus estilos de vida debido al tratamiento, se convierte en un comportamiento favorable para la adherencia de acuerdo con los autores.

⁹⁷ Urzúa A, Marmolejo A, Barr C. Op Cit: 596

⁹⁸ Ortego Maté MC. Op Cit: 3

⁹⁹ Urzúa A, Marmolejo A, Barr C. Op Cit: 596

¹⁰⁰ Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga F, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Revista Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2007 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 33(3): [Pantalla 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300013&lng=es

¹⁰¹ Varela Arévalo MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Redalyc.org [revista en internet] 2010 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 7 (14), [página 5]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf>

¹⁰² DiMatteo MR. Op Cit: 207

Martín, Bayarre Et.al¹⁰³, destacan como aspectos motivacionales de los pacientes, deseos de vivir más, sentirse bien con el objetivo de mejorar la calidad de vida, siendo éstas necesidades de un valor significativo para la persona; sumado a esto, los autores aprecian que los pacientes perciben el temor como un factor que interfiere en el cumplimiento terapéutico, debido a los efectos secundarios que el tratamiento produce. En relación con la presente investigación, un 94,3% de la población encuestada se siente motivada a cumplir con el tratamiento, es decir tienen grandes expectativas por su recuperación; agregado a esto se evidencia que un 68% de los pacientes refieren nunca haber sentido temor durante el tratamiento, por lo que se puede deducir que los efectos secundarios no representan un factor que desencadene temor en ellos.

Con estos hallazgos se confirma que el tener edad avanzada y el contar con una pareja estable (casado o unión libre), son las características sociodemográficas de mayor influencia en la adherencia a los tratamientos del cáncer gástrico y colorrectal.

La familia y el equipo de salud como grandes influyentes en el fortalecimiento de la adherencia, aseguran al paciente dar continuidad al tratamiento, utilizando como medios la motivación y el apoyo tanto afectivo como económico. Por tanto los factores del equipo de salud, socioeconómicos y propios del paciente cobran también gran significancia en el cumplimiento del tratamiento.

Es importante que enfermería dentro del plan de cuidados fortalezca las estrategias de comunicación asertiva que deben existir entre el equipo de salud, el paciente y su familia, con el fin de mejorar el proceso de adherencia en pro de la calidad de vida del paciente.

¹⁰³ Martín Alfonso L, Bayarre Vea H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga F, et al. Op Cit: pantalla 11.

9. CONCLUSIONES

- Es importante enunciar que es la primera vez que se realiza este tipo de investigación en el departamento del Huila, en la que se permite caracterizar socio demográficamente a los participantes, como también obtener resultados relacionados con la adherencia al tratamiento, determinada por los factores socioeconómicos, del equipo de salud, del tratamiento, de la enfermedad y del paciente.
- Las características sociodemográficas de los participantes revelaron que la mayoría pertenecen al sexo masculino y son mayores de 51 años. Este grupo de edad se encuentra estrechamente relacionado con las ocupaciones de trabajo independiente y oficios del hogar, las cuales fueron las más representativas dentro del estudio.
- Respecto a la zona de residencia de los pacientes que reciben tratamiento en las unidades oncológicas del Huila, fueron más frecuentes los que procedían de la zona urbana.
- El estado civil casado es la unión que más prevalece en la población, siendo esto un factor positivo para la adherencia al tratamiento.
- El nivel educativo inicia desde primaria hasta técnico, siendo la primaria completa e incompleta las de mayor predominio. En cuanto al tipo de seguridad, el régimen subsidiado es el más representativo en la población de estudio.
- En cuanto a los factores socioeconómicos, un porcentaje significativo tiene ingresos menores a \$1.000.000 y otro porcentaje importante depende económicamente de otra persona, lo que en un momento dado puede interferir en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, al contar la mayoría de la población con el apoyo económico de la familia para cubrir gastos derivados de su tratamiento, se convierte en un papel fundamental para el fortalecimiento de la adherencia.
- De acuerdo al equipo de salud, los resultados de este estudio destacan la importancia del personal de salud y específicamente del profesional de enfermería por la labor que desempeña en cada una de las unidades oncológicas, al demostrar una actitud positiva, dar motivación y estar continuamente ofreciendo cuidados al paciente oncológico con toda la calidez humana que los caracteriza, pues esto contribuye a la adherencia de los pacientes, por lo que resulta un campo enriquecedor el conocer a profundidad los fenómenos que intervienen en la adherencia al tratamiento.

- Respecto a los factores del tratamiento, las reacciones adversas que más se presentaron fueron náuseas y vómito y pérdida del apetito. Además los pacientes consideraron que el tratamiento ayuda a su recuperación, razón por la cual dan continuidad al mismo aun cuando su estado de salud no se encuentra en aceptables condiciones generales, evitando así la deserción terapéutica.
- En los factores propios de la enfermedad se observó que durante el periodo de la recolección de la información se encontraban en tratamiento un mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico siendo el estadio III el más prevalente. Además, los pacientes tienen conocimientos muy generales sobre su enfermedad y creen que la finalidad de su tratamiento siempre es curativo aun cuando la realidad es diferente, por lo cual de manera indirecta está contribuyendo a la adherencia al tratamiento.
- Los resultados que arrojó la investigación en cuanto a los factores propios del paciente señalan que la familia es el núcleo fundamental e imprescindible que favorece la asistencia del paciente al tratamiento, por su acompañamiento y motivación constante durante este proceso, esto en un contexto más amplio contribuye a que los pacientes asistan puntualmente, realicen cambios en su estilo de vida, se sientan motivados a cumplir con el tratamiento, no sientan temor ni tristeza y por el contrario se sientan tranquilos al recibir el mismo.

10.RECOMENDACIONES

- Al ser la primera vez que en el Departamento del Huila se investiga sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento del cáncer gástrico y colorrectal, es importante que surjan nuevas investigaciones en esta área para que se correlacione y se fundamente lo encontrado en el presente estudio.
- El equipo de salud que labora en cada una de las unidades oncológicas del Huila debe mantener el trabajo multidisciplinario por el cual se caracterizó durante la investigación, lo que traerá mayores beneficios para el paciente.
- La labor del profesional de enfermería es fundamental para la adherencia al tratamiento de los pacientes, por ello deberán continuar potencializando esas habilidades de cuidado que son de gran significancia para el paciente oncológico.
- Al ser la familia el apoyo fundamental que favorece la adherencia al tratamiento, es importante que el equipo de salud contribuya a hacerla participe de este proceso y realice procesos educativos que incentiven aún más el compromiso del paciente con su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Cancerología [sede Web]. Colombia: Grupo vigilancia epidemiológica del cáncer, INC, 2012. [acceso 12 de Septiembre de 2012]. Tabla 34. Incidencia estimada de cáncer, según localización, mujeres, Huila, 2002-2006; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Incidencia/Tabla%2034.pdf>
- Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]. España: Sociedad española contra el cáncer, 2002 – 2005. [acceso 09 de junio de 2012]. Mortalidad. Disponible en: <http://www.fundaciongrupoimo.com/aecc/mortalidad.pdf>
- Camacho Luis Hernando. La lucha contra el cáncer en Colombia. rev.fac.med [sede web]. Julio 2008 [citado 6 de Septiembre de 2012]; 16(2): 157-158. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562008000200002&lng=en.
- Organización Mundial de la Salud [sede web]. Globocan, 2013. [acceso 25 de Junio de 2013]. Cáncer. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- GLOBOCAN [sede Web]. OMS, 2008. [acceso 25 de junio de 2013]. Most frequent cancers: both sexes [aproximadamente 1 pantalla] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- Organización Mundial de Gastroenterología [sede Web]. WGO, 2007. Tamizaje del cáncer colorrectal [página 2]. Disponible en: http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/cancer_colorectal_tamizaje_screening_y_vigilancia.pdf
- Otero W, Rodríguez A, Gómez M. Prevalencia comparativa entre cáncer gástrico y colorrectal en dos unidades de endoscopia de diferente estrato socioeconómico. SCIELO [revista en internet] 2013. [acceso 25 de mayo de 2013] 28 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v28n1/v28n1a04.pdf>
- European Society for Medical Oncology [sede Web]. ESMO, 2012. [acceso 06 de septiembre de 2012]. Cáncer de estómago: una guía para pacientes - Basada en la guía clínica de la ESMO [página 5]. Disponible en: http://www.esmo.org/fileadmin/media/pdf/2011/patients/summaries/es/Cancer_de_Estomago_Guia_para_Pacientes_RCT_ESMO_2012.1.pdf

- Así Vamos en Salud [sede Web]. Colombia: CIES – Fundación Santa Fe de Bogotá, 2012. [acceso 15 de junio de 2012]. Análisis – Tasa de Mortalidad por Cáncer Gástrico [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/28>
- Liga Contra El Cáncer [sede Web]. Bogotá: Liga Contra el Cáncer seccional Bogotá, 2012. [acceso 12 de Septiembre de 2012]. Tipos de Cáncer: Cáncer de Estómago [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposcancergastrico.php>
- Instituto Nacional de Cancerología [sede Web]. Colombia: Grupo vigilancia epidemiológica del cáncer, INC, 2012. [acceso 12 de Septiembre de 2012]. Mortalidad departamental por tipo de cáncer quinquenio 2007 – 2011; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=437&conID=790&pagID=774>
- Ávila D. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas. [Internet]. api_user_11797_RESIDENCIA PIÑERO: Up ToDate; 2008 [acceso 09 de Junio de 2012]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/6912000/ADHERENCIA-al-tratamiento>
- Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. Acta Médica Colombiana [revista en Internet]. 2005. [acceso 15 de Junio de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000400004&lng=en.
- Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa Ó. Abandono del tratamiento: una causa de muerte evitable en el niño con cáncer. Revista Colombiana de Cancerología [revista en Internet]. 2011. [acceso 15 de Junio de 2012]. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015\(1\)/Abandono%20del%20tratamiento%20-%20Una%20causa%20de%20muerte%20evitable%20en%20el%20ni%C3%B1o%20con%20c%C3%A1ncer.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015(1)/Abandono%20del%20tratamiento%20-%20Una%20causa%20de%20muerte%20evitable%20en%20el%20ni%C3%B1o%20con%20c%C3%A1ncer.pdf)
- Rubiano JA, Garrido A, Castillo JS. Uso de bevacizumab en pacientes con cáncer de colon metastásico en el Instituto Nacional de Cancerología: una serie de casos. Revista Colombiana de Cancerología [revista en Internet]. [acceso 25 de Junio de 2012]. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2012%20Vol_16\(4\)/03_Bevacizumab.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2012%20Vol_16(4)/03_Bevacizumab.pdf)

- Otero Regino W. Cáncer gástrico en Colombia: un diagnóstico tardío que amerita el compromiso del Estado. Revista Colombiana Gastroenterología [Internet]. 2008. [acceso 25 de Junio de 2012]; 23(4): 302-304. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572008000400002&lng=en
- Ehrenzweig Sánchez Y. Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Revista Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2007. [acceso 26 de Mayo de 2012]; 25 (1): página 7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a3.pdf>
- Martín Alfonso L, Grau Abalo JA. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Revista Psicología y Salud [Internet]. 2004. [acceso 26 de Mayo de 2012]; 14 (1): [pantalla 1]. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_14_1/index.html
- Kondryn H, Edmondson C, Hill J, Eden T. Treatment non-adherence in teenage and young adult cancer patients: a preliminary study of patient perceptions. Psycho-Oncology [Internet]. 2009 [acceso 09 de junio de 2012]; 18(12): 1327-1332. Disponible en: Academic Search Premier.
- Saratsiotou I, Kordoni M, Bakogiannis C, Livadarou E, Skarlos D, Razis E, et al. Treatment adherence of cancer patients to orally administered chemotherapy: Insights from a Greek study using a self-reported questionnaire. Journal Of Oncology Pharmacy Practice [Internet]. 2011 [acceso 09 de Junio de 2012]; 17(4): 304-311. Disponible en: Academic Search Premier.
- Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EE.UU: INC, 2012. [acceso 2 de abril de 2012] ¿Qué es el cáncer? [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Henke C, Wujcuk D, Holmes B. Cáncer Nursing [CD-ROM]. 7ª ed. EE.UU: Editorial Jones and Bartlett Publishers; 2010. Página 1686.
- Médicos Ecuador [sede Web]. Ecuador: Juan Diego Peña Carrasco, 2008. [acceso 15 de Junio de 2012]. Prevención del cáncer gástrico [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/prevencion-cancer-estomago.html>
- Otto S. Enfermería Oncológica: Tomo 1.Tratamiento clínico de los principales tipos de cáncer, Cáncer Gástrico, [CD-ROM]. 1ª ed. Argentina: Editorial Océano. Cuadro 8-2. Pág. 151.

- Torregroza M, Guarnizo C. Enfoque terapéutico del cáncer gástrico. Revista Colombiana Cancerología [Internet] 2011. [acceso 15 de junio de 2012]; 15 (1): página 31. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015\(1\)/Enfoque%20terap%C3%A9utico%20del%20c%C3%A1ncer%20g%C3%A1strico.%20Revisi%C3%B3n%20de%20la%20literatura.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2011%20Vol%2015(1)/Enfoque%20terap%C3%A9utico%20del%20c%C3%A1ncer%20g%C3%A1strico.%20Revisi%C3%B3n%20de%20la%20literatura.pdf)
- Enfermería al Día [base de datos en internet]. United States: Pravikoff D; 2012 – [acceso 13 de Julio de 2012]. Buckley LL; Schub T. Carcinoma Colorrectal. [1 pantalla]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nre&AN=SPA5000002194&lang=es&site=nrc-spa>
- Hano García OM, Wood Rodríguez L, Villa Jiménez OM. Caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica en pacientes con cáncer colorrectal. Revista cubana de medicina [revista en la Internet]. 2010 [acceso 13 de Julio de 2012]; 49(1): 7-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000100002&lng=es.
- Franco A, Sikalidis AK y Solis Herruzo JA. Cáncer de colon: influencia de la dieta y el estilo de vida. Revista española de enfermería digital [revista en internet]. 2005, [acceso 24 de Mayo de 2013] vol.97 (6): páginas 441-448. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v97n6/es_punto.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EE.UU: Departamento de salud y servicios humanos EE.UU; 2008 [acceso 24 de Mayo de 2013]. Lo que usted necesita saber sobre el cáncer de colon y recto; [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/colonyrecto/page4>
- Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web]. España: AECC, 2012 [acceso 24 de Mayo de 2013]. Síntomas del cáncer de colon, [1 pantalla] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/sintomas.aspx>
- El mundo salud [sede Web]. España: Sanofi Aventis, 2011. [acceso 15 de Junio de 2012]. Cáncer: Conceptos Básicos: Tratamientos contra el cáncer: cirugía, radioterapia, quimioterapia y trasplante de médula [pantalla 3]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/basicos2.html>
- Farmacología Virtual [sede Web]. Ecuador: Lalama M, 2012. [acceso 06 de Junio de 2013]. Tumor maligno del colon y recto, [pantalla 8]. Disponible en: http://www.farmacologiavirtual.org/index.php?option=com_content&view=article&id=196&Itemid=182

- Instituto Nacional del Cáncer [sede Web]. EE.UU: INC, 2008. [acceso 21 de Junio de 2012]. Hoja Informativa: Tratamiento del cáncer: Radioterapia para cáncer: preguntas y respuestas [pantalla 1]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/tratamiento/tratamiento-radioterapia>
- American Cancer Society [sede Web]. EE.UU: ACS, actualización 2013. [acceso 21 de Junio de 2012]. Radioterapia para cáncer de estómago [pantalla 2]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeestomago/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-estomago-treating-radiation>
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009. Pág. 527 – 528.
- Holguín L, Correa D, Arrivillaga M, Cáceres D, Varela M. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Universitas Psychologica [revista en internet]. 2006. [acceso 21 de Junio de 2012] 5 (3), páginas 535 – 547. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>
- Peralta ML, Carbajal Pruneda P. Adherencia a tratamiento. Revista Centro Dermatológica Pascua [revista en Internet]; 2008. [acceso 16 de Junio de 2012] 17 (3), páginas 84 – 88. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>
- Cáceres Manrique FM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Revista Med UNAB [revista en internet]; 2004. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 7 (21), páginas 172 – 180. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=215&path%5B%5D=198>
- Beltrán Cortes A, Leal Quintero M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de depresión en una institución de salud de Bogotá. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal [tesis internet]; 2009. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; páginas 7 – 120. Disponible en: <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis07.pdf>
- Agámez Paternina AP, Hernández Riera R, Cervera Estrada L, Rodríguez García Y. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. AMC [revista en Internet]; 2008. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 12(5), páginas 1 - 10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es

- García Leguizamón M. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con post infarto agudo de miocardio en una Institución de cuarto nivel, Bogotá durante el mes de Agosto de 2008. Biblioteca Alfonso Borrero Cabal [tesis internet]; 2008. [acceso 25 de Septiembre de 2012]; páginas 1 – 95. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis_01.pdf
- IntraMed [sede Web]. Argentina: Doyma, 2003. [acceso 25 de Septiembre de 2012]. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. [2 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=24950>
- Magai C, Consedine N, Neugut A, Hershman D. Common Psychosocial Factors Underlying Breast Cancer Screening And Breast Cancer Treatment Adherence: A Conceptual Review And Synthesis. Journal Of Women's Health [revista en internet] 2007, [acceso 12 de Noviembre de 2013]; 16(1): 11-23. Available from: Academic Search Premier.
- Ortego Maté MC. La adherencia al tratamiento: variables implicadas. Educare 21 [revista en Internet] 2004, [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 04 (8): [página 4] Disponible en: archivo PDF.
- Palacios Espinosa X, Vargas Sterling L. Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. Psicooncología [revista en Internet] 2011, [acceso 25 de Septiembre de 2012]; 8(2/3): 423-440. Disponible en: MedicLatina
- Polit DF, Hungler BP. Diseños de investigación para estudios cuantitativos. En: Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: Mc Graw Hill. Interamericana; 2002, p. 171-21
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4ta ed. México: McGraw Hill interamericana; 2006
- Polit DF, Hungler BP. Diseños de muestreo. En: Investigación científica en Ciencias de la Salud". 5ª ed. México: Mc Graw Hill. Interamericana; 1997. Pág. 238
- Argimón J, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la Atención Primaria de Salud. 1ª ed. Madrid: Doyma libros. 1993. p. 145.
- Universidad Nacional de Colombia [sede Web]. Colombia: Ministerio de salud, 1993 [acceso 16 de Junio de 2012]. Resolución n° 008430 de 1993 [12

páginas]. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

- Ministerio de Educación [sede Web]. Colombia: Congreso de Colombia, 2004 [acceso 16 de Junio de 2012]. Ley 911 de 2004 [15 páginas]. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-105034_archivo_pdf.pdf
- Universidad Nacional de Colombia [sede Web]. Colombia: DIB, 1979. [acceso 22 de Febrero de 2013]. Buenas prácticas en la investigación: Principios éticos en la investigación: Reporte Belmont: principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación [aproximadamente 10 pantallas]. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_belmont.html
- DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta – analysis. Health Psychology [revista en Internet] 2004 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 23(2): [página 211]. Disponible en: <http://www.learningace.com/doc/1915571/4dbd3364af7e3a06127b0ab3da763764/dimatteo-2004>
- Castaño Castrillón JJ, Echeverri Rubio C, Giraldo Cardona JF, Maldonado Mora A, Melo Parra J, Meza Orozco GA. Adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia) 2011. Universidad de Manizales [Internet] 2012 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; [página 9]. Disponible en: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/122/1/Art%20adherencia%20trat%20hipertensivo%20ASSBASALUD.pdf>
- Saad Acosta C, Sepúlveda G, Ibáñez E, Flórez C, Herrán M, Márquez N, et. al. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., 2006 2007. Revista Colombiana de Enfermería [revista en Internet] 2008 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 3(3): [página 66]. Disponible en: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/adherencia_pacientes_insuficiencia_renal_cronica_sesiones_hemodialisis_hospital_militar_central.pdf
- Muñoz Sánchez AI, Cruz Martínez ÓA, Rubiano Mesa YL. Trabajadores de la salud y sus significados en torno a la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Enfermería global. [revista en la Internet]. 2013 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 12(31): 86-108. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300006&lng=es

- Urzúa A, Marmolejo A, Barr C. Validación de una escala para evaluar factores vinculados a la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos. Universitas Psychologica [revista en internet] 2010 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 11(2): [página 597]. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/566/2224>

- Martín Alfonso L, Bayarre Veá H, La Rosa Matos Y, Orbay Araña MC, Rodríguez Anaya J, Vento Iznaga F, et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Revista Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2007 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 33(3): [Pantalla 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300013&lng=es

- Rosa Matos La Y, Martín Alfonso L, Bayarre Veá H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Revista Cubana Medicina Gen Integr [revista en la Internet]. 2007 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 23(1): [pantalla 9]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100005&lng=es

- Varela Arévalo MT. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Redalyc.org [revista en internet] 2010 [acceso 29 de Noviembre de 2013]; 7 (14), [página 5]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80113673010.pdf>

ANEXOS



ANEXO A

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PROGRAMA ENFERMERÍA INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y COLORRECTAL EN LAS UNIDADES ONCOLÓGICAS DEL HUILA.

El siguiente cuestionario tiene como objetivo identificar los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico y colorrectal, en las unidades oncológicas del Huila, en el año 2013.

La información diligenciada será utilizada para fines académicos y conocida únicamente por los integrantes y la asesora de investigación. Está conformado por datos sociodemográficos con 7 preguntas y 41 ítems que hacen referencia a los factores que se relacionan con la adherencia a su tratamiento y que para responderlos debe tener en cuenta las siguientes afirmaciones: Nunca, algunas veces y siempre.

A continuación, usted escuchará una serie de preguntas a las cuales deberá responder según su criterio, no hay respuesta buena ni mala, solo debe indicar cuál es la que más se parece a lo que usted vive o piensa.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Código: U <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>	
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	
1. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	2. Edad: <input type="text"/> años
3. Ocupación: Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? <input type="text"/>	
4. Lugar de residencia: Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Procedencia: <input type="text"/>	5. Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>
6. Escolaridad: Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Bachillerato completo <input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto <input type="checkbox"/> Técnico completo <input type="checkbox"/> Técnico incompleto <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	
7. Tipo de Seguridad: Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Pobre no asegurado <input type="checkbox"/> Régimen especial <input type="checkbox"/> Medicina prepagada <input type="checkbox"/> A cual EPS está afiliado: <input type="text"/>	

FACTORES PROPIOS DE LA ENFERMEDAD			
8. Dx:			
9. Estadio de la enfermedad: <input type="text"/>		Fecha del Dx: <input type="text"/>	
10. ¿Conoce usted sobre su enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
11. ¿Conoce usted la finalidad de su tratamiento? Curativo <input type="checkbox"/> Paliativo <input type="checkbox"/>			
12. ¿Esto ha influido, para continuar con su tratamiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
13. Cuál es su ingreso mensual: <input type="checkbox"/> Depende económicamente de otra persona <input type="checkbox"/> Menos de \$ 500.000 <input type="checkbox"/> De \$500.000 a \$1.000.000 <input type="checkbox"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="checkbox"/> De \$2.000.001 a \$3.000.000 <input type="checkbox"/> De \$3.000.001 y más			
14. Cuenta con los medios económicos para llegar al lugar donde recibe su tratamiento			
15. Cuenta con el apoyo económico de su familia o personas allegadas para cubrir gastos derivados de su tratamiento			
FACTORES DEL EQUIPO DE SALUD	Nunca	A veces	Siempre
16. Entiende las recomendaciones del tratamiento dadas por el médico			
17. El tiempo que emplea el médico dando las recomendaciones es suficiente			
18. El médico atiende sus preguntas e inquietudes relacionadas con el tratamiento			
19. El enfermero (a) le da recomendaciones sobre el tratamiento que debe seguir			
20. Entiende las recomendaciones del tratamiento dadas por el enfermero (a)			
21. El tiempo que emplea el enfermero (a) para que usted comprenda las recomendaciones del tratamiento es suficiente			
22. El enfermero (a) atiende sus preguntas e inquietudes sobre el tratamiento			
23. La respuesta que brinda el enfermero (a) aclara sus dudas			
24. El equipo de salud muestra interés por su asistencia al tratamiento			
25. Recibe llamadas telefónicas del equipo de salud para que asista a su tratamiento			
26. El equipo de salud demuestra una actitud positiva cuando brinda el tratamiento			

27. Es atendido puntualmente en el momento de recibir el tratamiento			
28. Las instalaciones que le ofrece la institución a la hora de recibir el tratamiento lo hacen sentir cómodo			
29. Ha presentado dificultades con la autorización de su tratamiento.			
FACTORES DEL TRATAMIENTO	Nunca	A veces	Siempre
30. Siente que el tratamiento ha ayudado a su recuperación			
31. Cree importante dar continuidad a su tratamiento para mejorar su estado de salud			
32. Cuando se siente mal asiste puntualmente a su tratamiento			
33. Ha pensado en abandonar el tratamiento			
34. El personal de salud le brinda solución a las molestias que le genera su tratamiento.			
35. Le brindan atención vía telefónica cuando consulta por las molestias ocasionadas por el tratamiento.			
36. Siente alguna molestia posterior a la administración de medicamentos Dolor <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Náuseas y Vómito <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Pérdida del apetito <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Resequedad en la piel <input type="checkbox"/>			
FACTORES PROPIOS DEL PACIENTE	Nunca	A veces	Siempre
37. Asiste puntualmente a las sesiones de su tratamiento			
38. Cree usted que el tratamiento lo ha limitado para realizar sus actividades diarias			
39. Considera usted que el tratamiento ha hecho cambios en su estilo de vida			
40. Se siente motivado a cumplir con el tratamiento			
41. Asistir al tratamiento le produce temor			
42. Se siente tranquilo cuando recibe el tratamiento			
43. Experimenta tristeza cuando recibe su tratamiento			
44. Considera que el tratamiento ha ocasionado cambios en su aspecto físico.			
45. Cuenta con el acompañamiento de algún familiar en su tratamiento			
46. Cuenta con el acompañamiento de algún amigo en su tratamiento			
47. Considera que el estar acompañado favorece su asistencia al tratamiento			
48. Su familia o su acompañante le motiva a seguir con el tratamiento			



ANEXO B

UNIVERSIDAD SURCOLMBIANA PROGRAMA DE ENFERMERIA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN PACIENTES CANCER GÁSTRICO Y COLORRECTAL EN LAS UNIDADES ONCOLÓGICAS DEL HUILA, AÑO 2013

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACION MEDICA.

Título del proyecto de investigación.
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN
PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y COLORRECTAL EN LAS UNIDADES
ONCOLÓGICAS DEL HUILA, 2013

INVESTIGADORES:

Diana María Dueñas Lizcano
Karen Yulieth Martínez Orjuela
Lina Andrea Sánchez Urrea
Uldrey Hernando Cruz Mancilla
Yina Paola Polo Leiva

SEDE DONDE SE REALIZA EL ESTUDIO:

Unidad de Cancerología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano
Perdomo
Centro Oncológico la Liga contra el cáncer Seccional Huila
Unidad Oncológica Surcolombiana

NOMBRE

DEL

PACIENTE:

A usted se le está invitando a participar en el estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregara una copia firmada y fechada.

1. Objetivo del estudio

Describir los factores relacionados con la adherencia al tratamiento en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas del Huila, en el año 2013.

2. Justificación del estudio

Esta investigación se realiza debido a que se evidencia una situación preocupante en cuanto a la mortalidad de estos tipos de cáncer en la región, que exige que las instituciones cuenten con estrategias adecuadas para el mantenimiento de la adherencia a los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

3. Beneficios del estudio

Facilitar la adherencia al tratamiento de los pacientes con cáncer gástrico y colorrectal, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes. Desarrollar estrategias que favorezcan los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento de cáncer gástrico y colorrectal.

4. Procedimientos del estudio

Si accede a participar en este estudio, deberá responder las preguntas que le realiza el investigador. La participación de este estudio será de carácter voluntario. La información recolectada será conocida exclusivamente por los cinco investigadores y la asesora de investigación, además no se utilizará para ningún otro propósito fuera del académico. Las respuestas serán codificadas por un código asignado a cada cuestionario y por lo tanto serán anónimas

5. Riesgos asociados al estudio

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 la presente investigación es considerada sin riesgo, debido a que no interviene o modifica de manera intencionada las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

6. Aclaraciones: Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. No recibirá pago por su participación. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Si tiene alguna pregunta o si desea alguna aclaración por favor comunicarse con Karen Yulieth Martínez Orjuela al teléfono 3125089192 y a Lina Andrea Sánchez al teléfono 3134602518.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede si así lo desea, firmar el consentimiento informado que forma parte de este documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, _____ c.c N° _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria por el investigador que me entrevisto. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo tanto deseo participar voluntariamente en el proyecto de investigación.

Nombres y Apellidos del Participante

Firma del Participante.
C.C N°

Nombre del Testigo

Firma Del Testigo.
C.C N°

Esta parte debe ser completada por el investigador (o su responsable)
He explicado al Sr.(a) _____ el propósito de la investigación, le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implican su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella (Resolución 8430 de 1993) una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador

Fecha

ANEXO C
Acta de aprobación Comité de Ética Hospital Universitario Hernando Moncaleano
Perdomo



COMITÉ DE ETICA BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA.

ACTA DE APROBACIÓN.

ACTA DE APROBACIÓN N° : 004-004

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: Mayo 07 de 2013.

Nombre completo del Proyecto: “Adherencia al Tratamiento de Quimioterapia y Radioterapia en Pacientes con Cáncer Gástrico y Colorrectal en las Unidades de Oncología del Huila, 2013”

Enmienda Revisada: Ninguna.

Sometido por: Estudiante de la Universidad Surcolombiana, Facultad de Salud, Programa de Enfermería. Diana Maria Dueñas Lizcano, Lina Andrea Sánchez Urrea, Yina Paola Polo Leiva, Uldrey Hernando Cruz Mancilla, Karen Yulieth Martínez.

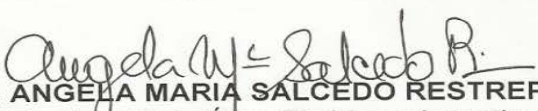
El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo constituyó mediante la Resolución N° 1198 del 29 de Diciembre de 2011 el comité de Ética Bioética e Investigación da cumplimiento a la Resoluciones 8430 de 1993 y 2378 del 2008 y al Decreto 1757 de 1994, actos administrativos expedido por el Ministerio de la Protección Social, lo mismo que para obedecer lo dispuesto por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO.

El Comité de Ética Bioética e Investigación Certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto.
 - a. Resumen del proyecto
 - b. Protocolo de Investigación
 - c. Formato de Consentimiento Informado.
 - d. Protocolo de Evento Adverso.
 - e. Formato de recolección de datos
 - f. Folleto del Investigador (si aplica)
 - g. Resultado de evaluación por otros comités (si aplica)

¡ Servimos con calidez humana !
PBX: 8-71-59-07. Telefax: 8-71-44-15, 8-71-44-40, 8-71-91-91, 8-71-74-96
www.hospitaluniversitarioneiva.com.co Email: hospitalneiva@yahoo.com
Dirección: Calle 9 Nro. 15-25. Neiva- Huila

2. El comité consideró que el presente estudio: es válido desde el punto de vista ético, la investigación con riesgo mínimo para los personas que participan. La investigación se ajusta a los estándares de buenas prácticas clínicas.
3. El comité considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos del estudio son las adecuadas.
4. El comité considera adecuada la forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.
5. El comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
6. El investigador Principal deberá:
 - a. Informar cualquier cambio que se proponga introducir en el proyecto, estos cambios no podrán ejecutarse si la aprobación previa del comité de ética bioética e investigación de la Institución excepto cuando sea necesario que comprometa la vida del participante del estudio.
 - b. Avisar cualquier situación imprevista que considere que implica riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio.
 - c. Poner en conocimiento al Comité de toda información nueva, importante respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo / beneficio de los sujetos participantes.
 - d. Informar de la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando las causas o razones.
 - e. El investigador se compromete una vez terminado su proyecto en hacer una retroalimentación en el servicio donde realizo la investigación para presentar los resultados del estudio.
 - f. El Investigador se comprometen con utilizar el consentimiento informado que debe tener el sello de aprobación del comité de ética bioética e investigación.
 - g. El informe final de la investigación se debe hacer entrega al comité en un plazo máximo de un mes después de terminada la investigación.
 - h. Si el tiempo para el desarrollo del proyecto es mas de un año debe presentar un informe anual del proyecto.
 - i. El Investigador se comprometen con hacer entrega al Hospital Universitario de Neiva de un artículo publicado en una revista indexada de la investigación realizada.


Dra. ANGELA MARIA SALCEDO RESTREPO
Presidente Comité de Ética Bioética e Investigación.

ANEXO D



Universidad Surcolombiana

- USCO -

NIT. 891.180.084-2

FACULTAD DE SALUD
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
5-006
Neiva, 23 de Abril de 2013

Docente
CLAUDIA ANDREA RAMIREZ PERDOMO
Coordinadora Curso Formulación de Proyectos
Ciudad

Reciba un cordial saludo,

El comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud en sesión del 18 de Abril de 2013 y según consta en el acta No. 03 de la fecha, se permite informar que los siguientes proyectos de investigación fueron aprobados:

- * "Conocimientos y prácticas de la donación de hemoderivados, en el personal de salud de los bancos de sangre del departamento del Huila, para el periodo 2013-B", deben ampliar el ítem de costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación para las partes que participen en la investigación)
- * "Adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en las unidades oncológicas del Huila, 2013", deben ampliar el ítem de costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación para las partes que participen en la investigación)
- * Prácticas de autocuidado que realizan los pacientes hipertensos que asistieron a control médico/enfermería en el periodo octubre – diciembre de 2012 en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas de Neiva"
- * Impacto de la intervención educativa de enfermería sobre habilidades para la vida, en el comportamiento de estilos de vida saludable en estudiantes de áreas de la salud. Neiva, 2013.
- * Conocimientos actitudes y practicas acerca de la prevención y el control del dengue en la zona urbana de los municipios de Paicol y El Pital en el año 2013"
- * Práctica de autocuidado que realizan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, inscritos al programa "Riesgo Cardiovascular" en la ESE Carmen Emilia Ospina sede Granjas. Neiva, 2013
- * "Factores asociados en la adherencia al programa de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial de la ESE Tulia Durán de Borrero del municipio de Baraya en el 2012", deben ampliar el ítem de costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación

Sede Central: Av. Pastrana Borrero Cra. 1a. A.A. 385 y 974 - PBX 8754753 Fax 8758890 - 8759124 - 8752374 - 8752436

Sede de Postgrados: Cra. 5 No. 23 - 40 PBX 8753686 Sede Facultad de Salud: Calle 9 No. 14 - 03 PBX 8718310/12

www.usco.edu.co

NEIVA - HUILA



Universidad Surcolombiana

- USCO -
NIT. 891.180.084-2

para las partes que participen en la investigación)

Las siguientes investigaciones no fueron aprobadas:

- * "Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo cardiovascular en administrativos de la Universidad Surcolombiana en el año 2013"
- * "Afrontamiento del Cuidador del del menor de 14 años sometido a tratamiento dialítico en Neiva, 2013"

por las siguientes observaciones:

- * Ampliar consideraciones éticas según la Resolución 8430 especificar tipo de riesgo y demás aspectos relacionados con las investigaciones con seres humanos.
- * Citar lo pertinente a la investigación en salud contemplados en la legislación de Enfermería
- * Explicar cómo van a salvaguardar los principios éticos: autonomía, justicia, costo – beneficio (más que económico es el impacto y beneficios que tiene la investigación para las partes que participen en la investigación), confidencialidad entre otros.

Atentamente,

ESPERANZA CABRERA DIAZ
Directora Medicina Social y Preventiva