

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**FRECUENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL
ABANDONO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO**

MARILOGI ALVAREZ XURUC

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna**

Enero 2016



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Marilogi Alvarez Xuruc

Camé Universitario No.: 100022809

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el trabajo de tesis "FRECUENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO"

Que fue asesorado: Dr. Julio Ramírez Velásquez

Y revisado por: Dr. Julio César Fuentes Mérida MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2016.

Guatemala, 26 de noviembre de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

lmdvs

Quetzaltenango 27 de Febrero de 2015

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General de Programa de Maestría y Especialidades
Escuela de Estudios de Post Grado
Guatemala

Respetable Dr. Ruiz:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he asesorado el trabajo de tesis titulado: "FRECUENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ONCOLOGICO" a cargo de la **Dra. Marilogi Alvarez Xuruc.**

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.



Dr. Julio R. Ramirez Velasquez
Cedula Profesional No. 1933
DR. JULIO RAMIREZ VELASQUEZ
ASESOR DE TESIS



**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE
QUETZALTENANGO**

Oficio No. 25-2015 REF/dszv
Quetzaltenango 27 de Febrero de 2015

**Doctor
Lubeck Herrera
Docente responsable
Maestría en Medicina Interna
Edificio**

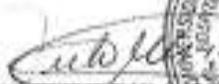
Respetable Dr. Herrera:

De manera atenta me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias. Así mismo me permito informarle que he revisado el trabajo de tesis titulado: "FRECUENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO" a cargo de la **Dra. Marilogi Alvarez Xuruc**, mismo que he aprobado previo a Optar el Grado de Maestra en Ciencias Medicas con Especialidad en Medicina Interna, para dar cumplimiento al Normativo y Manual de Procedimientos de la Escuela de Estudios de Postgrado, de la Facultad de Ciencias Medicas.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

"Id y Enseñad a Todos"


**DR. JULIO FUENTES MERIDA MSc.
REVISOR DE TESIS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST GRADO
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE**



RESUMEN

Frecuencia y Factores que Influyen en el Abandono del Tratamiento Oncológico

Autor: Marilogi Alvarez Xuruc.

Palabras Clave: Adherencia Terapéutica, Abandono del Tratamiento, Cáncer, tratamiento Oncológico.

La adherencia al tratamiento oncológico es fundamental para la eficacia de los regímenes terapéuticos. La definición más común en caso de incumplimiento es: la pérdida de dosis más de una vez a la semana cuando debería haberse tomado. La definición de abandono es: la terminación de una relación con los médicos y el personal de tratamiento.

El abandono del tratamiento de cáncer tiene diversos factores entre ellos: dificultad de adherencia al tratamiento, efectos secundarios, estado emocional, economía del paciente, el apoyo de la familia y el nivel educativo.

El presente es un estudio prospectivo descriptivo. Evaluamos 72 casos de pacientes con cáncer que fueron diagnosticados y que recibieron quimioterapia durante el año 2013 en la Unidad Oncológica del Hospital Regional de Occidente, en Quetzaltenango. Utilizamos una boleta de recopilación de datos.

Análisis estadístico: Univariado. El 57% de los pacientes que reciben tratamiento oncológico lo abandonaron. La falta de recursos económicos fue la principal causa de abandono con el 41%, el 100% de los pacientes tienen salarios mensuales inferiores a Q3000.00. El gasto promedio para el tratamiento es de Q926.00 (Q3704.00 por mes). La toxicidad del tratamiento fue la segunda razón en 23% y; la muerte como tercera causa de abandono represento el 11% influyendo enormemente la calidad de vida utilizando la escala de ECOG.

**University of San Carlos of Guatemala
Faculty of Medical Sciences
School of Graduate Studies**

ABSTRACT

Frecuency and Factors influencing of Cancer Treatment Western Regional Hospital 2013.

Author: Marilogi Alvarez Xuruc

Keywords: Adherence Therapy, Treatment Abandonment, Cancer, Cancer treatment.

Adherence to cancer treatment is critical to the effectiveness of therapeutic regimens. The most common definition for non-compliance is: the loss of dose more than once a week when he should have taken. The definition of neglect is: the termination of a relationship with doctors and treatment staff.

The abandonment of cancer treatment has several factors including: difficulty of adherence, side effects, emotional state, economy patient, family support and education level.

This is a prospective study. We evaluated 72 cases of cancer patients who were diagnosed and received chemotherapy during 2013 in the Oncology Unit of the Regional Hospital of the West, in Quetzaltenango. We use a ballot data collection.

Statistical Analysis: Univariate. 57% of patients receiving cancer treatment left him. The lack of financial resources was the main cause of abandonment with 41%, 100% of patients have lower monthly wages Q3000.00. The average cost for treatment is Q926.00 (Q3704.00 per month). Treatment toxicity was the second reason in 23% and the third cause of death represent 11% drop greatly influence the quality of life using the ECOG scale.

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	01
II.	ANTECEDENTE.....	03
MARCO TEORICO		
	Tratamiento Oncológico.....	05
	Efectos Secundarios del Tratamiento Oncológico.....	07
	Escala de ECOG.....	08
	Abandono e Incumplimiento del Tratamiento Terapéutico.....	09
	Importancia de la Adherencia Terapéutica en el Tratamiento Oncológico.....	12
	El Paciente Oncológico y Familia.....	14
	Principales Causas de Incumplimiento en pacientes oncológicos.....	16
	Consecuencias del abandono del tratamiento oncológico.....	17
III.	OBJETIVOS.....	18
IV.	MATERIAL Y METODOS	
4.1	TIPO DE ESTUDIO.....	19
4.2	ALCANCE Y LIMITES.....	20
4.3	PERSONAS BAJO ESTUDIO.....	21
4.4	OPERATIVIZACION DE VARIABLES.....	23
V.	RESULTADOS	
	Cuadros e interpretación de Resultados.....	26
VI.	ANALISIS Y DISCUSION.....	38
6.1	CONCLUSIONES.....	41
6.2	RECOMENDACIONES.....	42
VII.	BIBLIOGRAFIA	
VIII.	ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

Según el informe Globocan de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), y la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer causará 13,2 millones de muertes en el año 2030, el 72 por ciento más que el 2008, y se diagnosticarán 21,4 millones de nuevos casos ⁽³¹⁾.

La OMS estima que el cáncer superará en frecuencia de mortalidad a otros males como el SIDA, la tuberculosis, la malaria, los problemas cardiovasculares y los accidentes de tránsito de manera conjunta ⁽⁸⁾.

El cáncer resulta ser un problema de salud pública que afecta a todos los seres humanos sin discriminación de raza, sexo, estrato social. Sin embargo se debe entender que si es diagnosticado en sus primeras etapas con el adecuado tratamiento, la posibilidad de curación aumenta.

En el cáncer existen diversos tipos de tratamientos entre estos la quimioterapia, cirugía, terapia hormonal, radioterapia, hormonoterapia. Cada uno de estos representa costos elevados, que desafortunadamente los que tienen pocos recursos económicos se ven más afectados. El tratamiento oncológico necesita de un equipo multidisciplinario que incluya: oncólogo clínico, cirujano oncólogo, psicólogo oncólogo, traumatólogo oncólogo, entre otros, de manera que influya positivamente en el paciente la continuidad de su tratamiento.

El abandono del tratamiento oncológico así como el incumplimiento terapéutico son términos que se encuentran estrechamente relacionados.

La intensidad de dosis y la secuencia del tratamiento en cáncer, son importantes para la eficacia de los regímenes terapéuticos. Si el paciente no es capaz de cumplir estos, las repercusiones son desastrosas con el consiguiente aumento de la mortalidad, además, ejercerá influencia sobre los costos de la institución que los sufraga y genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social.

A partir de mayo del 2009, se abre por primera vez la Unidad Oncológica en el Hospital Regional de Occidente de Quetzaltenango. En esta se proporciona tratamiento médico a personas con cáncer, desafortunadamente se observó de parte de los pacientes

abandono del mismo. Lo anterior motivo a la realización del presente trabajo durante el periodo 2013, es un estudio de tipo prospectivo descriptivo, de la frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológico, de los pacientes atendidos en la unidad oncológica del Hospital regional de Occidente San Juan de Dios.

En el presente estudio se encontró que de 72 pacientes estudiados, 41 abandonaron el tratamiento quimioterápico. Estos representan el 57%, es decir más de la mitad de los pacientes. Los dos principales factores de abandono fueron: primero condición socioeconómica baja en un 41%, con ingresos económicos menores al sueldo mínimo en un 68%, era esperable la no accesibilidad de los medicamentos en cuestión de costos, dato que se observa en un 76% y que representa a 31 pacientes de los 41 pacientes que abandonaron tratamiento oncológico. Efectos adversos al medicamento o toxicidad al quimioterápico 23%, destacando los síntomas gastrointestinales en un 51%, siendo esta la segunda razón de abandono al tratamiento oncológico.

Estos datos son similares a los encontrados en investigaciones realizadas en Nigeria, Colombia y el Salvador, países donde los factores principales de abandono de tratamiento son: nivel socioeconómico bajo, falta de apoyo familiar y efectos adversos al medicamento.

II. ANTECEDENTES

Un importante problema de salud pública es el cáncer en general, dada su elevada frecuencia, mortalidad y creciente incidencia ⁽¹²⁾. A nivel mundial, es la primera causa de mortalidad según la Organización mundial de la salud (OMS). Se espera que las muertes por neoplasias sigan en aumento y alcancen los 12 millones de casos para 2030⁽²⁶⁾. La sobrevida, en países desarrollados es del 50 a 60%, en el resto del mundo es del 30% a 40%⁽⁸⁾.

“En el año 2008 globocan reportó 14 mil nuevos casos de pacientes con cáncer de los cuales 54.93% son mujeres y el resto hombres y niños. En Guatemala, la primera causa de muerte en mujeres fue cáncer cervicouterino con una tasa de mortalidad del 15.2 por 100,000 mujeres y de hombres fue cáncer de próstata representando el 12.9 por 100,000 hombres a pesar de la existencia de otros problemas de salud en el país, como la mortalidad infantil, mortalidad materna y la desnutrición. No existe un registro nacional de neoplasias y globocan que es donde se obtuvo la estadística previamente mencionada aclara que los datos se toman de los registros de las naciones vecinas” ⁽¹³⁾.

Los cánceres más importantes en Guatemala son el cérvicouterino y el gástrico, con mayor frecuencia en las personas de escasos recursos, y son causados por infecciones (el Virus del Papiloma Humano y el Helicobacter Pylori, respectivamente) ^(4,6). Sin embargo, el estilo de vida, el tabaquismo y alcoholismo son otros factores importantes para desarrollar cáncer ⁽²⁶⁾. Aunque el padecimiento afecta a todos los estratos de la sociedad, quienes tienen menos recursos representan la mayor tasa de mortalidad, indica el Instituto de Cancerología (INCAN) ⁽⁸⁾.

El avance tecnológico ha sido un factor importante para el tratamiento del cáncer, hoy día podemos disponer de: quimioterapia, tratamiento hormonal, terapias blanco, inmunoterapia, cirugía oncológica, radioterapia, equipo multidisciplinario. Todo esto tiene un costo elevado y para la mayoría de pacientes inaccesible. El costo mínimo de un ciclo de quimioterapia es de tres mil quetzales (unos 384 dólares), la radioterapia con tratamiento menos agresivo puede llegar hasta los 22 mil quetzales (casi tres mil dólares). En Guatemala el Instituto de Cancerología (INCAN) recibe un millón y medio de dólares al año para su trabajo, pero con eso apenas alcanzan a cubrir el 20% de las necesidades⁽²⁸⁾.

La quimioterapia puede tener efectos secundarios, dependen de qué medicamento o combinación de medicamentos se esté usando, varía de persona a persona ⁽⁸⁾.

El incumplimiento y abandono terapéutico es uno de los factores que influye en la efectividad, ya que de no llevarse a cabo no se obtendrán los beneficios terapéuticos esperados.

“Estudio realizado en el hospital Universitario de Benín Nigeria, en el año 2005, muestran que de 120 pacientes oncológicos tratados con quimioterapia, 65.8% lo abandonaron e incumplieron, las principales razones de incumplimiento: el alto costo de los medicamentos en un 35.3%, no disponibilidad/escasez de los medicamentos 35.3% y efectos adversos de 17.6%, donde el cumplimiento de la quimioterapia estaba relacionada significativamente a mayores niveles de educación. En Bogotá, Colombia acerca del incumplimiento del tratamiento oncológico se encontró que posibles factores para dicho abandono son aspectos clínicos como neutropenia febril, náusea y emesis severa, influyendo además el nivel socioeconómico, el nivel educativo y su rol social o desempeño laboral. El Salvador realizó un estudio de 612 pacientes oncológicos donde la prevalencia de abandono del tratamiento fue del 13%, además se determinó que la educación e ingresos bajos aumentan el riesgo de abandono”. ^(3,20,25) Considerando lo anterior el cumplimiento resulta ser un asunto multifactorial que es poco entendido por el paciente, y/o familia, ya que se relaciona con un gran número de factores médicos y sociales.

En el Hospital nacional de occidente (HNO) de Quetzaltenango, en la unidad oncológica, se observó abandono del tratamiento oncológico, estudio ambispectivo descriptivo durante el periodo de enero 2010 a mayo 2011, donde se encontró que el 65 % de pacientes abandonaron tratamiento y las principales causas de abandono: recursos económicos bajos en un 49%, falta de apoyo familiar en 16% y toxicidad al medicamento 12%. Dos años más Tarde se decidió realizar el presente estudio pero ahora prospectivo descriptivo que comprendió: todo el año 2013 donde la tendencia al abandono sigue permaneciendo por arriba del 50%; y las causas de abandono siguen siendo casi las mismas, nivel socioeconómico bajo en 49%, Toxicidad al quimioterápico 23%, en esta ocasión se tomó en cuenta la muerte como causa de abandono, siendo esta la tercera causa en 11%. Situación preocupante, ya que influye en los costos hospitalarios, entre otras repercusiones.

MARCO TEORICO

TRATAMIENTO ONCOLOGICO

Las terapéuticas oncológicas actuales son multidisciplinarias, con múltiples métodos, solos o combinados, siendo la cirugía temprana el método con mayor tasa de curaciones.

Las diferentes estrategias disponibles para realizar terapéutica oncológica son:

A- Cirugía

Los diferentes tipos de cirugías oncológicas son:

1. Diagnóstica: Trata de establecer el diagnóstico histológico mediante la toma de una biopsia con diferentes técnicas, muchas veces guiadas por estudios por imágenes como la ecografía o la tomografía axial computada (TAC).
2. Radical o curativa: Es la extirpación total y definitiva de un tumor localizado y de su drenaje linfático regional.
3. Paliativa: Está dirigida a solucionar complicaciones provocadas por tumores irresecables como son cuadros dolorosos o compresivos.
4. De las recidivas: Se indica en pacientes que desea saber la naturaleza de una nueva lesión, para realizar estudios específicos como por ej. receptores hormonales, extirpar masas recidivantes de crecimiento lento, ante sospecha de recidivas.
5. De las metástasis: Indicada solo en ciertos tipos de tumores que presentan una sola metástasis accesible quirúrgicamente.

B- Radioterapia

Se basa en que las radiaciones ionizantes presentan la capacidad de producir radicales libres al interaccionar con la materia y ceder la energía que vehiculizan, produciendo roturas de enlaces en moléculas biológicas, siendo la más sensible el DNA. Si producen inactivación celular se denomina “daño letal”, y si producen lesiones más o menos reparables se denomina “daño subletal”. Inicialmente la unidad de medida empleada era el *rad* (radiation absorbed dose) que equivale a 100 ergs por gramo de tejido. Actualmente se emplea el Gray, que equivale a 100 rads.

Las modalidades fundamentales de radioterapia son:

1. Externa: Radiación producida por un generador (bomba de cobalto, aceleradores lineales) y dirigido a una región específica del cuerpo.

2. Braquiterapia: Radioterapia a corta distancia mediante la inserción de fuentes radiantes en el seno del tumor (braquiterapia intersticial) o en cavidades (braquiterapia endocavitaria).
3. Radioterapia metabólica: Administración de isótopo vía oral o endovenosa. Se aprovecha el tropismo por ciertos órganos como por ej. el yodo 131 en tiroides.

Según sus indicaciones la radioterapia puede ser:

1. Radical: Se utiliza en neoplasias de radiosensibilidad moderada o alta. Puede asociarse a quimioterapia previa (neoadyuvante) o simultánea (radioquimioterapia).
2. Complementaria: Pre o postoperatoria para disminuir el riesgo de recidiva local o regional.
3. Paliativa: Disminuye los síntomas de cánceres localmente avanzados e irresecables o de sus metástasis. Se consiguen efectos antiálgicos, descompresivos o hemostáticos.

C- Hormonoterapia

Es un tratamiento paliativo eficaz en cánceres hormonodependientes como los tumores de mama o próstata.

Las modalidades de hormonoterapia son:

1. Terapéutica ablativa (cirugía endócrina): Se basa en la extirpación de órganos endócrinos como la ovariectomía quirúrgica o radiante y la orquiectomía quirúrgica o química por medio de LHRH.
2. Terapéutica aditiva: Se basa en la administración de sustancias exógenas que modifican el ambiente tumoral como los estrógenos (dietilestilbestrol) en cáncer de próstata, derivados de la progesterona (medroxiprogesterona o megestrel) en cánceres de mama, endometrio, próstata y riñón, y glucocorticoides en hemopatías malignas.
3. Terapéutica competitiva: Impiden la acción de determinadas sustancias bloqueando la acción de determinados receptores por diferentes mecanismos. En este tenemos los antiestrógenos (tamoxifeno), los antiandrógenos (ciproterona, flutamida, etc.), inhibidores de la aromatasa (aminoglutetimida), agonistas de la LHRH (buseralina), y somatostatina y análogos (octeótrido).

D- Inmunoterapia

Estimula las respuestas inmunológicas del huésped contra el tumor. Se utilizan:

1. Anticuerpos monoclonales: contra el antígeno CD20, contra el receptor HER2, etc.
2. Citoquinas (interferón, interleuquinas, factor de necrosis tumoral)
3. Terapia celular adoptiva: células efectoras autólogas, se activan, se expanden *ex vivo*, y se reinfunden al paciente como células activadas asesinas contra determinadas células (LAK – lymphokine-activated cells).
4. Vacunas tumorales: Inmunoterapia específica que se encuentra en investigación.

A. Los diferentes tipos de quimioterapia son:

- Complementaria: Su objetivo es eliminar las metástasis subclínicas en el momento del primer tratamiento. Se debe realizar inmediatamente después del tratamiento local de erradicación.
- Neoadyuvante: Se realiza antes de la cirugía de extirpación tumoral.
- Alternante: Se realiza cuando un cáncer presenta dos o más subpoblaciones celulares con distinta sensibilidad a los citostáticos.
- Local o dirigida: Tiene el fin de aumentar la eficacia y disminuir la toxicidad (intraarterial, intrapericárdica, intratecal, intrapleural, intraperitoneal, etc.⁽¹⁶⁾)

Efectos secundarios del tratamiento oncológico

Los efectos secundarios se clasifican en:

1. Precoces: Se caracterizan por reacciones inflamatorias agudas de los órganos irradiados (epitelitis, mucositis, neumonitis) y cursan con la sintomatología característica (disfagia, disnea, diarrea).
2. Tardíos: Son más graves por ser irreversibles como la xerostomía, fibrosis pulmonar, estenosis intestinal, rectitis, cistitis, etc.

En los últimos años los pacientes con cáncer que han sido sometidos a tratamientos específicos, tanto quirúrgicos como terapéuticos, han ido en aumento. A pesar de los avances conseguidos estos tratamientos tienen importantes efectos secundarios que continúan siendo el factor limitante de su aplicación.

En una reciente revisión publicada sobre este aspecto, Williams et al. Afirman que "en el momento del tratamiento, independientemente de la modalidad del mismo (radioterapia,

quimioterapia o cirugía) el objetivo primordial es conseguir la muerte o el daño irreparable en la célula tumoral, y todos los acontecimientos que ocurren con posterioridad son, de algún modo, una forma de respuesta a dicho acto"⁽²³⁾.

La Escala de ECOG

La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.

Fue diseñada por el *Grupo cooperativo oncológico del este* (ECOG, Eastern Cooperative Oncologic Group) de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se publicó en 1982 por Oket et al. También se llama a la escala ECOG, escala WHO o Zubrod score.

La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente o "performance status".

La escala ECOG valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya de esta escala dependerá protocolo terapéutico y su pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

- ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
- ECOG 1: El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos áridos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
- ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales sólo.
- ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.

- ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
- ECOG 5: El paciente está moribundo o morirá en horas ⁽³³⁾.

Abandono e Incumplimiento del Tratamiento Terapéutico.

El cumplimiento terapéutico del cáncer es crítico para la efectividad de los regímenes terapéuticos. Sin cumplimiento no pueden alcanzarse los objetivos terapéuticos obteniéndose peores resultados, esto es así porque en los principales factores de un tratamiento esta la disponibilidad de tratamiento eficaz y el cumplimiento con el tratamiento.

El cumplimiento es un asunto multifactorial que esta poco entendido y que requiere más investigación ya que se relaciona con un gran número de factores médicos y sociales.

La definición más frecuente citada para **el incumplimiento** es la perdida de dosis más de una vez a la semana cuando debería haberse tomado. ⁽²⁵⁾

La definición para abandono es: la terminación de una relación con médicos y tratamiento; incluyen términos: Rechazo (a cualquier terapico) y perdidas de seguimiento (la realización de terapia pero la falta de citas posteriores), estrechamente relacionada con el incumplimiento. ⁽³⁾

A. Implicación Administrativa

Existen algunos estudios que indican que los medicamentos usados en la quimioterapia son de un alto costo en el mundo entero. Por ejemplo en Colombia se ha convertido en un tratamiento imposible de solventar particularmente por cada paciente con cáncer, es por eso que el Sistema General de Seguridad Social en Salud lo ha considerado como un tratamiento de alto costo que debe subsidiar el estado mismo y las entidades promotoras de Salud.

Se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por un bajo costo-efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo.

Entre estos se incluye el tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.

A nivel mundial e Internacional los medicamentos quimioterapicos siguen siendo de los más costosos, cada país tiene su régimen de salud, por lo tanto no todos los pacientes con cáncer del mundo tiene la misma posibilidad de adquirirlos, en algunos lugares quien padece esta enfermedad debe tener recursos económicos para que pueda costear sus antineoplásicos e incluso en otros no depende del nivel socioeconómico de cada paciente, si no que el medicamentos es escaso en ese país o lo peor no lo tienen.

Los pacientes en Nigeria prefieren primero la automedicación, seguido de la consulta a los curanderos tradicionales. El asunto del alto costo de los citotóxicos es un gran problema ya que limita el poder de compra de los pacientes y finalmente el resultado.

Definitivamente el alto costo de estos medicamentos se convierte en un obstáculo para el tratamiento del cáncer con citostáticos, influye en el pronóstico y supervivencia; incluso en países como el nuestro, donde las demoras o trabas administrativas están directamente relacionadas con el precio de la quimioterapia.

B. Implicación Social:

Existen muchos posibles factores para el no cumplimiento al tratamiento oncológico, los clínicos como la Neutropenia misma, los efectos del fármaco como las náuseas y emesis severa, los Administrativos como las autorizaciones del tratamiento oncológico.

Lo cierto es que cada uno puede aportar de forma significativa en el diferimiento o abandono del tratamiento oncológico, en algunos pacientes el nivel de pobreza que poseen no les permite asistir a su cita (no poseen dinero o forma de transportarse al centro Oncológico), el nivel educativo también influye ya que algunos estudios han mostrado que entre más información y comprensión sobre la importancia de su tratamiento hay menos posibilidades de abandono.

La responsabilidad del equipo multidisciplinario que participa en el tratamiento oncológico, en donde es esencial que la relación con el paciente pueda proporcionar apoyo emocional, educación y complacencia.

Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.⁽¹⁾

C. Adherencia Terapéutica:

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

La frecuencia de los problemas en relación con el cumplimiento de las indicaciones médicas es más alta de lo que pudiéramos pensar, así diversos estudios epidemiológicos sobre la temática han mostrado cifras de pacientes que no cumplían con las prescripciones, que oscilaban entre un 33% al 50% y en algunos casos se llegaba al 94% con una media del 40% (Ley y Spelman, 1967; Serafino, 1990).

La adherencia terapéutica no puede verse como el seguimiento ciego por parte del paciente, de las indicaciones que le han sido dadas; sino como han expresado diversos autores, esta requiere de “una importancia activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (Di Matteo y Di Nicolas, 1982). Buscar el acuerdo del paciente con el plan que se le propone y de ser posible, algún grado de participación en su elaboración, aumenta la posibilidad de su ejecución.

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

- A. Acuerdo inicial del paciente con el programa presentado por el facultativo y su puesta en práctica.
- B. La adherencia o seguimiento continuado.

C. Incorporación al estilo de vida de conductas saludables.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológica, se ha convertido en un punto muy importante en la investigación contemporánea. ⁽¹⁾

Resulta importante seguir investigando sobre estos temas, ya que al encontrar las causas o factores que predisponen a los pacientes a la no adherencia o diferimiento de su tratamiento, se podrán intervenir y mejorar los resultados del tratamiento, aumentando la calidad de vida y supervivencia.

Importancia de la Adherencia Terapéutica en el Tratamiento Oncológico

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

Se destaca el carácter complejo de la adherencia terapéutica en su forma, multidimensional y multifactorial que conforma este fenómeno, y nos crea reflexiones acerca de los principales pro, que llegarían a beneficiar a los enfermos de cáncer se plantea la necesidad de investigarlo para mejorar la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la práctica médica, a la vez que puede convertirse en una contribución importante al desarrollo de este campo.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrá alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que el cáncer exige para su buena evolución.

En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente teniendo este una autonomía considerable en su manejo, también es

responsabilidad de terceros y del sistema de salud, ya que deben monitorear o hacer seguimiento del tratamiento ambulatorio del paciente.

Los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria.

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20%, mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de cumplimiento es incluso más elevada (Rodríguez-Marin, 1995). Se ha considerado que estos porcentajes subestiman el fenómeno, pues los estudios se suelen hacer con los reportes de los pacientes cuyo acatamiento puede ser parcial y que no se perciben a sí mismos como incumplidores. Dun-bar y Agras (1980) y que entre el 40 y el 50% de los pacientes no acude a la consulta médica para recibir el tratamiento curativo una vez que se ha diagnosticado la enfermedad (Peck y King, 1985).

En los momentos actuales, este tema tiene gran trascendencia, sobre todo en las enfermedades crónicas como el cáncer toda vez que el incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito, lo que produce un aumento de la morbilidad y la mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el incumplimiento a largo plazo de los tratamientos en enfermedades como el cáncer, se ha convertido en un problema no sólo sanitario sino económico; únicamente el 50% de los enfermos crónicos cumple con el tratamiento en los países desarrollados, situación que se agrava en los países pobres (como el nuestro), donde el acceso a los medicamentos está limitado por la falta de recursos (OMS, 2003).

La falta de apego al tratamiento genera grandes pérdidas en lo personal, lo familiar y lo social, lo que afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. En lo personal, el paciente puede tener complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones en el funcionamiento familiar, generando crisis. En lo social, significa un

enorme costo para las instituciones de salud el proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada; además, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte, 2001; MartinyGrau, 1994).

El tema del cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto comportamiento humano y conducta de salud, ha sido objeto de constante atención por la psicología, y ya en la década de los setenta aparecieron las primeras revisiones generales de los trabajos realizados durante y su naturaleza compleja, en que los factores subjetivos y comportamentales tienen un importante papel, se considera a la adherencia al tratamiento como un problema aún no resuelto.

Realizando una mirada comparativa en cuanto adherencia de los pacientes oncológicos y los que padecen otras enfermedades en diferentes países, se encontró que para todos los pacientes es importante estar informados sobre su tratamiento y las consecuencias de su abandono, y que la mayoría de las causas de incumplimiento son similares tanto en pacientes con neoplasias y aquellos con otras enfermedades crónicas y existen causas muy específicas para los oncológicos.

Knobel⁽¹⁸⁾, en un estudio realizado en el 2000, identificó como las principales causas de incumplimiento en pacientes con patologías crónicas no neoplásicas como el VIH/SIDA: “Falta de aceptación, falta de comprensión, problemas con la medicación, olvidos y barreras; para lo cual plantean intervenciones como: mejorar la comunicación paciente – profesional sanitario, apoyo familiar y social, informar sobre riesgos y beneficios del tratamiento, riesgo de incumplimiento, ayudar a desarrollar mecanismos de reacción.

Es importante mencionar que otra situación importante para la adherencia terapéutica reside en la influencia o apoyo familiar en el paciente oncológico.

El Paciente Oncológico y Familia

El paciente oncológico enfrenta múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Así mismo está obligado a realizar ineludibles cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo seria dificultad para sobrellevar esta enfermedad

por lo que los modos de afrontamiento tienen un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida del paciente, al igual que el soporte familiar.

Aproximadamente la mitad de los pacientes que sufren cáncer presentan trastorno adaptativo, seguido por el trastorno mixto ansioso depresivo y el episodio depresivo, los cuales se cree son reactivos al conocimiento del diagnóstico (Kaplan, 1996), por ser una enfermedad que se asocia al dolor y a la muerte. Ante esta situación atribulada, el paciente despliega una serie de esfuerzos tanto cognitivos como conductuales y dependerá del significado subjetivo que tiene para él la enfermedad y la realidad de la misma, para que la tensión se canalice positiva o negativamente, por ende el afrontamiento al estrés tiene un papel importante como componente mediador entre las circunstancias estresantes y la salud (Bayés, 1985).

Las características que presentan el cáncer y su difícil pronóstico, regularmente relacionada a malignidad y sufrimiento, hacen que los pacientes y sus familias vivan una verdadera crisis que puede desorganizar a esta familia y al habitual ritmo de vida que tenían, centrándose ahora en atender a su paciente. Las respuestas de la familia a esa situación dependen de una estructura previa de funcionamiento, de las experiencias acumuladas de afrontamientos a eventos importantes y una serie de mitos, creencias y tradiciones que se desarrollan y establecen alrededor de la enfermedad que les ha tocado enfrentar. Pero no todas las familias y sus miembros responden de manera similar ante este acontecimiento, por lo que podemos observar en muchos casos una gran incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente.

Regularmente esta incapacidad se produce porque los miembros del grupo familiar sufren un shock emocional agudo, que nos les permite afrontar adecuadamente el problema y se rinden ante la enfermedad, con el consiguiente sufrimiento para el paciente. En todos los casos el impacto emocional es muy fuerte, pero a pesar de ello algunas familias pueden enfrentar este problema y procurarles ambientes saludables a sus pacientes, que sin duda contribuyen decididamente a mejorar su calidad de vida.

Considerando lo antes dicho y apreciando el inmenso valor que para la práctica profesional adquiere, la participación de la familia en el tratamiento del paciente oncológico⁽⁹⁾.

Principales causas de incumplimiento en pacientes oncológicos:

- **El nivel educativo**, aquellos pacientes con un nivel alto de educación abandonan menos el tratamiento, ya que para ellos es más fácil comprender las consecuencias.
- **El nivel socioeconómico** es determinante ya que obstaculiza o ayuda en el cumplimiento y esto hace referencia desde la necesidad de transportarse al sitio donde le darán la atención hasta tener que comprar los medicamentos o pagar algún porcentaje por la atención y procedimientos.
- **El alto costo de los antineoplásicos:** como es el caso de países como Nigeria donde aquellos que tengan dinero para comprar su droga, esos podrán cumplir con el tratamiento.
- **Los efectos secundarios de los medicamentos y el pobre control sobre ellos.**

Y las estrategias que algunos autores plantean para intervenir estos factores hacen énfasis más que todo en la educación completa que debe recibir el paciente antes, durante y después de su tratamiento oncológico, sugieren mejorar los registros que facilitan la información del cumplimiento terapéutico, llamar a los pacientes a recordar la cita, y siempre dejar claro las consecuencias del abandono o incumplimiento en la administración del tratamiento oncológico. Independiente de la patología de cada paciente hay una realidad que es la falta de adherencia a los tratamientos y que hay un factor común para todos los tipos de pacientes y es el nivel socioeconómico y la educación que tengan sobre enfermedad y tratamiento, por lo tanto cada una de las enfermedades sugieren intervenciones de acuerdo a sus resultados.

Consecuencias del abandono del tratamiento oncológico:

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

- Alteraciones metabólicas que pueden precisar atención urgente en el paciente oncológico como: hipercalcemia, hiponatremia, síndrome de lisis tumoral, acidosis láctica, hiperuricemia, insuficiencia renal, hiperpotasemia, etc.
- Cualquiera de estas complicaciones pueden llegar a comprometer la vida del paciente e incluso causar su muerte, es por esto que el paciente no debe abandonar o interrumpir el tratamiento de la quimioterapia.
- Otra consecuencia del incumplimiento es la alta posibilidad que tiene la enfermedad de hacer metástasis a otros órganos o tejidos normales, sin dejar a un lado el deterioro emocional y social al que se ve enfrentado al paciente y su familia, en este caso será más difícil ya que no tienen la educación necesaria para afrontarlo.⁽²⁾

III. Objetivos

3.1 General:

- A. Establecer la frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológico en la unidad oncológica del hospital nacional de occidente.

3.2 Específico:

- a) Conocer si los efectos secundarios del tratamiento quimioterapico influyen en el abandono del tratamiento oncológico.
- b) Determinar el ingreso económico de los pacientes que abandonan tratamiento oncológico.
- c) Realizar una propuesta que contribuya en la disminución de la incidencia del abandono oncológico.

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de Estudio

Estudio prospectivo descriptivo, sobre la frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento Oncológico, de pacientes atendidos en la Unidad oncológica del Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios, durante el año 2013, Quetzaltenango.

4.2 Alcances y Límites:

Alcance: Región VI de Guatemala

Inclusión

- Expedientes de Pacientes diagnosticados con cáncer que recibieron tratamiento Quimioterápico en la Unidad Oncológica del Hospital Nacional de Occidente durante el periodo de 01 enero a 31 de diciembre 2013.
- Pacientes que abandonaron tratamiento Quimioterápico, mayores de 13 años en la Unidad Oncológica del Hospital Nacional de Occidente durante 01 enero a 31 de diciembre 2013.
- Pacientes que abandonaron tratamiento Quimioterápico en la Unidad Oncológica del Hospital Nacional de Occidente durante el periodo de 01 enero a 31 de diciembre 2013.
- Realización de esta investigación previo consentimiento de la institución.

Exclusión:

- Pacientes que no colaboraron en la obtención de información de boleta recolectora.
- Pacientes que fallecieron por otra enfermedad que no sea cáncer.
- Pacientes que no llenaron requisitos de la boleta recolectora

Límites:

- Pacientes que llenaron los requisitos de boleta recolectora y que colaboren con el llenado de la boleta.
- Pacientes que abandonaron tratamiento oncológico en la Unidad Oncológica del Hospital Nacional de Occidente.

4.3 Personas Bajo Estudio:

- Pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer que reciben tratamiento oncológico.
- Pacientes que reciben tratamiento oncológico por primera vez oscila entre 7 a 9 pacientes al mes.
- Formula:

$$n = \frac{Nz^2pq}{d^2(N-1) + z^2pq}$$

Dónde:

N= Poblacion Total. **92**

Z=Puntaje. **1.96**

P=Proporción de la población que posee la característica de interés. Se dio .5 para darle el máximo valor de n. **0.5**

q=1-p. **0.5**

d=coeficiente de confiabilidad * Error estándar. **0.5**

Quedando la fórmula de la Siguiete manera:

$$n = \frac{92(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(.05)^2(92-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

Siendo n igual a **77**.

A. Instrumento

- Boleta recolectora de Datos.

B. Analisis Estadistico. Univariado.

A. Recopilación y tratamiento de Datos:

- Carta de solicitud a Director, Jefe de Docencia e Investigación, con Visto Bueno del jefe Archivo para tener acceso a los Expedientes de pacientes atendidos en la Unidad Oncológica durante el año 2013.
- Se rotó en la Unidad Oncológica del Hospital Nacional de Occidente, con el fin de obtener información de pacientes diagnosticados con cáncer en el periodo de estudio, sabiendo entonces la cantidad de pacientes que abandonaron tratamiento después de 1 ciclo de Quimioterapia.
- Se solicitó expedientes de pacientes atendidos en la Unidad oncológica del HNO.
- Con boleta recolectora de Datos, Se obtuvo la información requerida.
- Luego de recopilar información, procesar en la base de Datos en Microsoft Excel y Word.
- Se realizó el análisis de datos obtenidos.

B. Recursos.

- **Humano:** Oncólogo-Internista, Un residente Médico Internista, pacientes colaboradores, etc.
- **Materiales:** Hojas papel bond, tabla Shannon, 6 lapiceros, 3 lápices, 2 computadoras, una impresora, 2 cartuchos de tinta negra y color. Internet móvil.
- **Financieros:** Se disponen de Q2000.00 para investigación.
- **Físicos:** Unidad Oncológica del Hospital Nacional de Occidente de Quetzaltenango. Universidad San Carlos de Guatemala, Posgrado de Medicina Interna.

4.4 Operativización de las Variables

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Variable y Escala de Medición
Educación del Paciente Oncológico	Conocimiento, actitudes, del paciente en la captación de su enfermedad. Y en otros aspectos de la vida.	Escolaridad	Primaria, básico, diversificado, licenciatura, maestría, doctorado.	Cualitativo Nominal
		Alfabetismo	– Alfabeto. – analfabeto	Cualitativa Nominal
Falta de Apoyo Familiar *	Deficiente Cooperación de los familiares al paciente oncológico	Según paciente hacia familia	– Se siente apoyado. – No se siente apoyado	Cualitativa Nominal
Gravedad de la enfermedad	Severidad con respecto a la enfermedad en la que se encuentra el	Escala de Medición Según ECOG	– ECOG 0 – ECOG 1 – ECOG 2 – ECOG 3 – ECOG 4	Cualitativa Ordinal

	paciente oncológico.			
Efectos Secundarios/Toxicidad del Quimioterápico	Respuesta a un Quimioterápico sea nocivo o no intencionado	Síntomas/ Signos.	<ul style="list-style-type: none"> - Alopecia. - Vómitos. - Neutropenia. - Mucositis. - Diarrea. - Anorexia - Dolor. - Neuropatía. 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>
Disponibilidad de Medicamento en la Institución Y para el paciente	Facilidad de fármacos para tratamiento quimioterápico en el paciente	Existencia de medicamento para el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> - Hay medicamento. - No hay medicamento. <hr/> <p>Accesibilidad del medicamento en cuestión de costos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accesible. - No Accesible 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p> <hr/> <p>Cualitativa</p> <p>Nominal.</p>
Adherencia terapéutica del Paciente	Cumplimiento del paciente, sea esté en la toma del medicamento , al cambio en el régimen alimenticio, cambios en el modo de vida etc.	Cumplimiento terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> - Sí. - No. 	<p>Cualitativa</p> <p>Nominal</p>

Abandono del tratamiento oncológico	Terminación de la relación con Medico y Tratamiento.	Pacientes diagnosticados con cáncer que reciben 1 ciclo del tratamiento	– Si abandonan	Cualitativa Nominal
			– No abandonan	
		Causas del Abandono*	– Institucional. – Emocional – Familiar. – Administrativo. – Económico. – Clínico. – Otros.	

Factores Epidemiológicos Y socioeconómicos	Caracterización Poblacional	Edad	13-20	Cuantitativa Intervalo.
			21-28	
			29-36	
			37-44	
			45-52	
			53-61	
			Mayor de 62 años	
	Sexo	Femenino	Cuantitativo	
		Masculino	Nominal	
	Grupo étnico	Ladino, indígena	Cualitativo Nominal	
	Estrato económico	500-1500	Cualitativa	
		1500-3000	Intervalo.	
		3000-6000		
		6000-100000		
		10000 y más		

*Esto según el paciente lo indique.

V. RESULTADOS

Cuadro Numero Uno

Frecuencia de Abandono e incumplimiento del tratamiento Oncológico.

No.	Tratamiento Oncológico	Frecuencia	Porcentaje
1	Abandonaron	41	57
2	No Abandonaron	31	43
	Total	72	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Dos

Género de pacientes

No.	Género	Frecuencia	Porcentaje
1	Femenino	20	49%
2	Masculino	21	51%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Tres

Edad

No.	Edad	Frecuencia	Porcentaje
1	13-20	0	0%
2	21-28	1	2%
3	29-36	6	15%
4	37-44	5	12%
5	45-52	4	10%
6	53-61	5	12%
7	>62	20	49%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Cuatro

Grupo étnico

No.	Grupo étnico	Frecuencia	Porcentaje
1	Indígena	27	66%
2	Ladino	14	34%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Cinco

Escolaridad

No.	Alfabetismo	Frecuencia	Porcentaje
1	Analfabeta	15	37%
2	Alfabeto	26	63%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Seis

Grado de escolaridad

No.	Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
1	Primaria	21	81%
			15%
2	Básico	4	
3	Diversificado	1	4%
4	Licenciatura	0	0%
5	Maestría	0	0%
6	Doctorado	0	0%
	Total	26	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes.

Cuadro Número Siete

Escala del Grupo Oncológico por Cooperativa Oriental (ECOG)

No.	Escala	Frecuencia	Porcentaje
1	ECOG 0	22	54%
2	ECOG 1	10	24%
3	ECOG 2	2	5%
4	ECOG 3	2	5%
5	ECOG 4	5	12%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes.

Cuadro Número Ocho

Principales efectos secundarios

No.	Efectos Secundarios	Frecuencia	Porcentaje
1	Asintomático	13	15%
2	Náuseas y vómitos	16	19%
3	Dolor	14	16%
4	Anorexia	9	10%
5	Alopecia	8	9%
6	Mucositis	7	8%
7	Diarrea	5	6%
8	Neuropatías	5	6%
9	Neutropenia	5	6%
10	Cefalea	4	5%
	Total	86	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Nueve

Existencia de medicamento en la institución

No.	Existencia de Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
1	Hay Medicamento	12	29%
2	No Hay Medicamento	29	71%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Diez

Ingreso Económico

No.	Ingreso Económico	Frecuencia	Porcentaje
1	500-1500	28	68%
2	1500-3000	13	32%
3	3000-6000	0	0%
4	6000-10000	0	0%
5	>10000	0	0%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Once

Accesibilidad de medicamento en cuestión a costos

No.	Accesibilidad de Medicamento	Frecuencia	Porcentaje
1	Accesible	10	24%
2	No Accesible	31	76%
	Total	41	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes

Cuadro Número Doce

Principales Causas de Abandono del tratamiento oncológico

No.	Causas de Abandono	Frecuencia	Porcentaje
1	Económico	26	41%
2	Toxicidad del medicamento.(clínico)	14	23%
3	Muerte	7	11%
4	Institucional/Administrativo	6	10%
5	Falta de apoyo Familiar	6	10%
6	Sociocultural	3	5%
	Total	62	100%

Fuente: Boleta Recolectora de Datos/ Expediente de pacientes.

VI. ANALISIS Y DISCUSION

El cumplimiento terapéutico del cáncer es importante para el paciente que lo padece, además que los quimioterápicos ejercerán de una manera eficaz su propósito, sin embargo la contraparte es el incumplimiento terapéutico, definido como la pérdida de dosis más de una vez a la semana cuando debería haberse tomado, el abandono es la terminación de una relación con médicos y tratamiento, por lo tanto estas dos se encuentran relacionadas estrechamente.

En el presente estudio se investigó la frecuencia y los factores que condicionan el abandono del tratamiento oncológico.

El cuadro Número uno refiere, que la muestra total es de 72 pacientes que iniciaron tratamiento. De estos, 41 pacientes es decir el 57% abandono tratamiento oncológico. En el año 2011 el 65% de pacientes abandonaron el tratamiento. Datos del Salvador demuestran que de 612 pacientes oncológicos, la prevalencia de abandono fue del 13%. En otro estudio realizado en Benín Nigeria el 65.8% de los pacientes oncológicos.

Del total de pacientes que abandono tratamiento el 49% eran mujeres el 51% predominó el sexo masculino(Cuadro número Dos), la investigación del año 2011, demostró que las féminas fueron las que en frecuencia abandonaban tratamiento oncológico esto representado en el 56%.

Respecto a la edad el 61% de los pacientes que abandonaron tratamiento estaban por arriba de los 53 años. Tomando en cuenta que el cáncer se presenta con mayor frecuencia después de la quinta década de la vida.

Respecto de la etnia el 66% eran indígenas, concuerda con la población general en estudio.

El 37% de los pacientes que abandonaron tratamiento oncológico son analfabetas. En cuanto al nivel académico, se encontró que los pacientes, que apenas alcanzaron algún grado de primaria representaron el 81%, esto incidió en la falta de apoyo familiar y estado sociocultural de los pacientes y la familia. La situación educativa de los pacientes influye en gran manera en el abandono del tratamiento oncológico. "En el estudio de Benín

Nigeria encontraron que el estado educativo de los pacientes influía significativamente en el cumplimiento terapéutico, ya que los pacientes que tenían alta educación, eran capaces de entender la enfermedad y su medicación, por esto, cumplían mejor que los que estaban menos educados⁽²⁵⁾. En esta investigación se observó, que los pacientes, que no han abandonado tratamiento poseen un bajo grado de escolaridad o son analfabetas.

El estado funcional no influyó en el abandono del tratamiento, porque el 83% de los pacientes tenían un buen estado funcional (ECOG 0/2). Sin embargo el 17% presentaban un mal estado funcional (ECOG 3/4), como clara causa de abandono, por la alta mortalidad que representa.

En cuanto al costo de los medicamentos, la mayoría de pacientes compran el medicamento a través de trabajo social del Hospital Regional de Occidente, se encontró que el costo promedio de los esquemas más comunes de quimioterapia, utilizados para los tres tumores más frecuentes por género: es de tres mil doscientos noventa y cinco quetzales (Testicular, Gástrico y Próstata) para género masculino, para el femenino es de dos mil doscientos cincuenta y seis quetzales (cervicouterino, gástrico y mama). Refiriéndose a un solo ciclo de quimioterapia en todos estos. El 100% de los pacientes tienen ingresos económicos inferiores a tres mil quetzales mensuales (Q750.00 semanales). El gasto promedio semanal de Quimioterapia promedio para hombres es de un mil cien quetzales y para mujeres es de setecientos cincuenta y dos quetzales. Lo anterior evidencia que esta es la razón básica de abandono del tratamiento oncológico, la falta de recursos económicos. Ligado también la accesibilidad de medicamentos en cuanto a costos, en un 76% (31 pacientes) los que no podían sufragar estos, limitado a los que si podían sufragarlo en un 34% (10 pacientes). Durante la investigación se observó dos grupos de pacientes; primero: Los que deben completar su tratamiento porque en el Hospital Regional de Occidente se tiene por algún tiempo el citotóxico, y los que deben sufragar su tratamiento completo, porque no hay ningún medicamento en la institución. Y es que en general se utiliza la terapia combinada (2 a 3 fármacos más medicamentos antieméticos). Si bien el dato de esta investigación resultó, que en el 29% (12 Pacientes) había quimioterápicos disponibles, se contaba con la totalidad del esquema, y en el 71% no había ningún medicamento con que ayudar al paciente. Lo que deja en evidencia que el factor más frecuente de abandono del tratamiento oncológico es: el estado socioeconómico bajo del paciente en un 41% y el alto coste de los medicamentos en el 76%.

Comparamos entonces que en el Estudio de Benín Nigeria las principales razones de abandono oncológico fueron motivos financieros/alto coste del medicamento en un 38% (30/79 pacientes). Dato que coincide en esta investigación con respecto al estado socioeconómico bajo y el alto coste de los quimioterápicos.

Respecto a la toxicidad en el cuadro número ocho, se encontró que el 15% no tuvo reacción secundaria a los quimioterápicos, cuando estos estaban presentes, los síntomas gastrointestinales fueron los más importantes como toxicidad a la quimioterapia en un 43%, siendo esta la segunda razón del abandono del tratamiento oncológico.

El abandono e incumplimiento terapéutico es de especial interés ya que este ejerce influencia primero: sobre la inversión que realiza el estado en la institución, al abandonar el tratamiento oncológico, el paciente automáticamente desaprovecha los recursos de la institución, lo cual indicaría gastos innecesarios, y se le privaría de medicamentos a pacientes que verdaderamente cumplirían su tratamiento oncológico. Segundo: en el paciente; al desaprovechar sus propios recursos. Tercero: Influye además en el aumento de la tasa de mortalidad por la enfermedad, y totalmente influye en el bienestar físico, mental y social del paciente y de los familiares que le rodean.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La frecuencia de abandono del tratamiento oncológico, en la Unidad Oncológica del Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios de Quetzaltenango, es de 57%. Es decir, más de la mitad de los pacientes atendidos abandonan el tratamiento. Significando un grave peligro ya que aumenta la tasa de mortalidad por cáncer, los costos en la institución son desaprovechados, en el paciente oncológico y la familia influyen en el deterioro del bienestar, físico, mental y social.
- 6.1.2 Los 2 primeros factores asociados al abandono del tratamiento oncológico fueron: ingresos económicos bajos 39%, efectos adversos al tratamiento 21%.

6.2 RECOMENDACIONES

Institucional:

- 6.2.1 Aumentar el presupuesto al área de oncología que permita incremento de personal, abastecimiento de medicamentos en la institución, ya que cada año ascienden los casos de pacientes diagnosticados y tratados por cáncer.
- 6.2.2 Hacer gestión ante el gobierno central, que permita a los pacientes oncológicos tener acceso al esquema completo de quimioterapia.
- 6.2.3 Dar terapia psicológica a los pacientes oncológicos y su familia, ya que estos viven una verdadera crisis, que puede desorganizar a esta, y el habitual ritmo de vida que tenían por la enfermedad que les ha tocado enfrentar. El tratamiento psicológico del paciente con cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar.
- 6.2.4 Formar un equipo multidisciplinario que incluya: Oncólogo Clínico, Cirujano Oncólogo, Traumatólogo Oncólogo, Psicólogo Oncólogo, entre otros, que además trabajen en armonía y en pro del bienestar del paciente oncológico.
- 6.2.5 Difundir la prevención y educación a pacientes y médicos generales, en el primer caso con respecto a los factores de riesgo que estos pacientes pudieran tener sean factores ambientales, hereditarios; segundo, realizar diagnósticos tempranos, es decir encontrar cáncer existente, en etapas más tempranas con mayor posibilidad de curación.
- 6.2.6 Presentar informes estadísticos continuos y evidencias claras a las autoridades de salud del aumento en la frecuencia de pacientes diagnosticados con cáncer, concientizándoles en la prioridad de las mejoras de

servicio con respecto a la ampliación de la Unidad Oncológica y el instrumental necesario que el equipo multidisciplinario del área de oncología necesita para el ofrecimiento de mejores servicios al paciente, ofrecer distintos tratamientos oncológicos entre estos ofrecer pronto radioterapia, y cirugía oncológica.

Pacientes:

- 6.2.7 El paciente debe reconocer las repercusiones que conlleva el abandono del tratamiento oncológico, en su calidad de vida, a nivel familiar e institucional. Dejando claro al paciente que no debe abandonar el tratamiento oncológico, ya que son gastos desaprovechados y de alto costo para la institución, además de influir, con la falta de estos, en aquellos pacientes que verdaderamente están dispuestos a cumplir con su tratamiento.

Sociedad:

- 6.2.8 Crear un grupo de personas voluntarias con previa capacitación, dispuestos a ofrecerles charlas educativas a los pacientes que reciben quimioterapia, así como a los familiares, de manera que los pacientes se informen de una manera constante de los cambios, que tendrán durante el tratamiento.
- 6.2.9 Crear una red que busque, apoyo económico y social (Nacional e Internacional), abriendo una cuenta monetaria para pacientes de escasos recursos económicos, que no puedan continuar con el tratamiento oncológico, con previo aviso y consentimiento de las autoridades institucionales, de esta forma anunciar a los distintos departamentos de la región especialmente a sus habitantes, del apoyo voluntario económico que se necesita en bienestar de este tipo de pacientes.
- 6.2.10 Solicitar a empresas privadas, Instituciones internacionales, casas farmacéuticas, de la posibilidad de apoyo económico o donación de los distintos quimioterápicos necesarios para el paciente oncológico, presentándoles continuamente el informe de la administración de los recursos ofrecidos, y la frecuencia de pacientes beneficiados con esta ayuda.

VII. Referencias Bibliográficas

1. Aria Ginarte, Yurelis. La adherencia terapeutica en Rev Cubana Med Gen Integr. 2001, 17(5), 502.
2. Baltimore D. Lodish H,. Cáncer y carcinógenos químicos. Naturaleza de la carcinogénesis: múltiples causas y múltiples etapas. En Darnell J. Biología Celular y Molecular. Barcelona: Eds. Omega, 1993: 1053-71.
3. Bonilla Miguel, Rossell Nuria, Salaverria Carmen, Prevalence and predictors of Abandonment of Therapy among Children White Cancer In El Salvador 2009 International Journal Cancer (125) 2144-2146.
4. Bosch. FX,Qiao YL, Catellsagué X. epidemiology of human papillomavirus infection and its association with cervical cancer. 2006 International Journal Gynecologic Obstetrics. (94) S1.8-21.
5. Cancerworld, Editorial, Encendido de la Declaración Mundial del Cáncer en acción <www.cancerworld.org/Articles/Issues_37/Editorial/Turning_the_World_Cancer_Declaration_into_action.html> [consulta: 07 febrero 2011].
6. Catalano Vincenzo, Labianca Roberto, De Beretta Giordano. Gastric Cancer. 2009. Critical, Reviews in Oncology/Hematology (71) 127-64.
7. Daniel Wayne W., Bioestadística, Base para el análisis de las ciencias de la Salud; 4ta. Edición, Limusay Wiley 2002.
8. De Vita Vincent T., Jr. S. Lawrence Theodore, Rosenberg Steven A., Cancer Principles y Practice of Oncology 8TH. Edition 2008. Lippincott Williams y Wilkins.
9. Díaz A Gloria; Yaringaño Juan; Clima Familiar y afrontamiento al Estrés en Pacientes oncologicos, Facultad de Psicología; Lima, Peru, 2010 (Vol 13 NO. 1) 69-86.
10. Diaz Rubio, Garcia Conde, Oncología clinica básica, Vector edición 2000.
11. Editorial técnico Inmunoterapia tumoral, Farm Hosp 2001; 21 (3): 166-170[en línea] <http://www.sefh.es/revistas/vol21/n3/166_170.PDF> [consulta: 08 febrero 2011].
12. Fernández Garrido Mauricio, Corona Martínez Luis A., Hernández Rodríguez Joel, Mortalidad por Neoplasias Malignas en la Población Adulta de Cienfuegos Durante el Decenio 1988-1997. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos.

13. Globocan.Com. Cánceres más frecuentes en Guatemala 2008 [en línea] <<http://www.globocan.com/iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp>> [consulta: 07 febrero 2011].
14. Globocan.Com. Incidencia y mortalidad de cánceres en el mundo [en línea] <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp>> [consulta: 08 febrero 2011].
15. Harris CC. Tumor's suppresor genes, multistage carcinogenesis and molecular epidemiology. IARC ScientificPublication. 1992; 116: 67-85.
16. Intermedicina, Principios del tratamiento oncológico [en línea] <<http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL66.htm>> [consulta: 08 febrero 2011].
17. Kasper Dennis L., Fauci Anthony S., Longo Dan L., Principios de Medicina de Harrison 16a. Edición Mcgraw-Hill interamericana 2006
18. KNOBEL, Hernando y Colaboradores, Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral publicado en EnfermInfeccMicrobiolClin 2000;18:27-39. Disponible en Internet en: www.gesidaseime.com. www.Doyma.es/eimc.
19. Loe Hrer Patrick J., Paih Atreya, Buyyounovik Mark K.: Cancer Manayement a multidisciplinary Approach. 13th. Edición. testicular cáncer. Tabla. 1 Marzo/2011.
20. Márquez Feduyo M.P., López Rocío; Tesis Titulada: Causas de incumplimiento de la Administración de la Quimioterapia en Pacientes con Cáncer. Bogotá, 2008.
21. Ministerio de salud de Nicaragua, Enfermería, Farmacología y cáncer [en línea] <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/farmacologi_quimioterapia.pdf> [consulta: 09 febrero 2011].
22. Monografias.com Cáncer: etiología, métodos de detección y avances en su cura [en línea] <<http://www.monografias.com/trabajos17/cancer/cancer.shtml>> [consulta: 08 febrero 2011].
23. Montero A., Hervàs A., Morena R.; cuidados continuos en oncología radioterápica; control de síntomas crónicos a factores secundarios del tratamiento con quimioterapia y radioterapia, 2005.
24. Noticias 24h.com El informe globocan pronostica el incremento muertes por cáncer en 20 años [en línea] <<http://www.noticia24h.com/news/128/ARTICLE/8817/2010-06-01.html>> [consulta: 08 febrero 2011].
25. Omoti CE, Agada LO. Cumplimiento con la quimioterapia en pacientes adultos con leucemia en Benin, Nigeria. Seguimiento Farmacoterapéutico 2005; 3(1): 1-9.

26. Preeti Anand, Ajaikumar B. Kunnumakara, Chitra Sundaram. Cancer is a Preventable Disease That Requires Major Lifestyle Changes. 2008. *Farmaceutical Research* (25) 2097-116.
27. S. Fauci Anthony, Braunwald Eugene, L. Kasper Denis, *Principios de Medicina de Harrison 17a*. Edición Mcgraw-Hill interamericana 2008.
28. Salud. Com sobre cáncer en Guatemala [en línea] <<http://www.salud.com/cancer-guatemala>> [consulta: 06 febrero 2011].
29. Sociedad Española de oncología médica, Efectos secundarios de la quimioterapia [en línea] <<http://www.seom.org/es/infopublico/guia-actualizada/efectos-sekundarios-de-la-quimioterapia/1074-introduccion?format=pdf>> [consulta: 08 febrero 2011].
30. Vega Maria Eugenia, De Juan Ana, García Almudena; Aspectos Psicológicos De La Toxicidad De La Quimioterapia; *Psicooncología* Vol. 1,2004 (2,3) 137-150.
31. Voz de América, salud, Aumentaran las muertes por cáncer [en línea] <<http://www.voanews.com/spanish/news/science-health/Como-espuma-muertes-cancer-95353979.html>> [consulta: 07 febrero 2011].
32. Wikipedia la enciclopedia libre, cáncer [en línea] <<http://es.wikipedia.org/wiki/cancer>> [consulta: 08 febrero 2011].
33. Wikipedia la enciclopedia libre, Escala de ECOG [en línea] <http://es.wikipedia.org/wiki/Escala_ECOG> [consulta: 07 febrero 2011].

VIII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Postgrado Ciencias Medicas
Hospital Regional de Occidente
Tesis de Medicina Interna



Abandono del Tratamiento Oncológico

Estudio prospectivo de la frecuencia y los Factores que Influyen en el Abandono del Tratamiento Oncológico, en la Unidad Oncológica del Hospital Regional de Occidente durante el periodo del año 2013, Quetzaltenango

Boleta Recolectora de Datos

1. No. De registro _____
2. Dirección exacta de paciente. _____
3. No. De teléfono. _____
4. Sexo del paciente:
 - Femenina
 - Masculino.
5. Grupo étnico: Ladino Indígena
6. Edad:
 - 13-20
 - 21-28
 - 29-36
 - 37-44
 - 45-52
 - 53-61
 - Mayor de 62 años

7. Escolaridad:

- Alfabeta ,Analfabeta
- Primaria, básico, diversificado, licenciatura, maestría, doctorado.

8. Ingreso Económico:

- 500-1500
- 1500-3000
- 3000-6000
- 6000-100000
- 10000 y más

9. Efectos secundarios al uso del tratamiento oncológico:

- Alopecia.
- Vómitos.
- Neutropenia.
- Mucositis.
- Diarrea.
- Anorexia
- Dolor.
- Neuropatías.

10. Escala de ECOG:

- a) Escala 0 b) Escala 1 c) Escala 2 d) Escala 3 e) Escala 4

11. Existencia de medicamento para el paciente en la institución:

- Hay medicamento.
- No hay medicamento.

12. Accesibilidad de medicamento en cuestión de costos.

- Accesible.
- No accesible.

13. Cumplimiento Terapéutico:

- Si.

- No.

14. Pacientes Diagnósticos con Cáncer que reciben tratamiento:

- Lo abandonaron
- No lo abandonaron.

Porque Abandono usted su tratamiento Oncológico: Factores:

- Institucional
- Administrativo
- Clínico
- Sociales
- familiar
- Económico
- Otros

Se Siente Apoyado por su familia:

Si

No

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medico la tesis titulada "FRECUENCIA Y FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO" para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere a ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente, al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.