



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DE
TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO EN PACIENTES DE
SERVICIO DE ONCOLOGÍA HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
2019-2020

PRESENTADO POR
HEINZ ELIO ROJAS PICON

ASESOR
GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA

LIMA- PERÚ
2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ABANDONO DE
TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO EN PACIENTES DE
SERVICIO DE ONCOLOGÍA HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
2019-2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA**

**PRESENTADO POR
HEINZ ELIO ROJAS PICON**

**ASESOR
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ
2022**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo General	3
1.3.2 Objetivos Específicos	3
1.4 Justificación	
1.4.1 Importancia	4
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	4
1.5 Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	9
2.3 Definiciones de términos básicos	13
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su operacionalización	15
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	16
4.2 Diseño muestral	16
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	18
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	19
CRONOGRAMA	21
PRESUPUESTO	22
FUENTES DE INFORMACIÓN	23
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El cáncer es la segunda causa de muerte en América. En 2018, causó 1.3 millones de muertes, y 3.7 millones de nuevos casos. Se estima que el número aumentará un 32%, superando los 5 millones en 2030, debido al envejecimiento de la población y la transición epidemiológica en América Latina y el Caribe (1).

Según INEI, la población del Perú asciende a 28 220 764 habitantes, según los datos del XI Censo de demografía y según las estadísticas del Ministerio de Salud, el cáncer se encuentra en el segundo lugar de mortalidad nacional con un importante impacto socioeconómico. El Registro de Lima de Cáncer, nos brinda que dentro de los más frecuentes se encuentran: gástrico, mama, cérvix, próstata y pulmón (2).

Los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas estiman que, la incidencia anual del cáncer en el Perú es de 150 casos cada 100 000 habitantes aproximadamente, lo que corresponde 45 nuevos casos por año. En la actualidad, el mayor porcentaje de los diagnósticos de neoplasias se realiza cuando la enfermedad se encuentra en etapas tardías, alcanzando el 75% de los casos diagnosticados. Este hecho conlleva a una menor probabilidad de recuperación, menor calidad de vida, un costo de tratamiento mayor y una elevada mortalidad. La pobreza es un factor que se relaciona con esta detección tardía de la neoplasia, debido a la dificultad de acceso a las prestaciones de salud, a una escasa cultura de prevención, a la fuerte influencia de estilos de vida poco saludables, al bajo nivel de instrucción (3).

Más del 90% de pacientes diagnosticados de cáncer, recibirá quimioterapia alto riesgo de emesis y tendrá episodios de vómitos. Sin embargo, si los pacientes reciben antiemesis profiláctica antes de tratamiento la incidencia disminuye aproximadamente en 30% (4).

A pesar del problema, en los ochenta se inicia abordando esta circunstancia. Las sales de platino como el cisplatino a concentración alta provoca una emesis intensa y aguda que ha servido de cimiento para la llegada de variedad de estudios con fármacos antieméticos (5).

Sin embargo, estos medicamentos no daban resultados eficaces para el manejo de náuseas y vómitos inducidos por terapias altamente emetógenas. El hallazgo de las propiedades de los antagonistas de la serotonina resultó más efectiva a concentraciones bajas que la propia metoclopramida a concentraciones altas. En los noventa estos constituyeron la terapia más efectiva para los regímenes de quimioterapia altamente emetógena (5).

Las náuseas y vómitos causados por el manejo contra el cáncer son complicaciones secundarias que preocupan e irritan al paciente. Se manifiestan hasta en un 70 a 80% de los que reciben quimioterapia, teniendo una gran repercusión sobre la calidad de vida y obligando en algunos casos a postergar, reemplazar o interrumpir las terapéuticas (6).

La posibilidad de desarrollarlas tras quimioterapia depende de varios factores. Algunos de ellos pueden ser género, años, dosificación de citostáticos, cantidad de ciclos recibidos. Pero de todos los factores predictivos que se conocen, el potencial emetógeno del esquema de quimioterapia a aplicar es el que debería considerarse como el principal factor a la hora de instaurar tratamiento antiemético (7).

El propósito es la supresión completa de estos, siendo difícil de conseguir. El objetivo final es conseguir la mayor calidad de vida (6).

El aditamento de nuevos medicamentos en la última década ha reformado de manera radical la prevención, pero sigue siendo un inconveniente sin resolver e incluso subestimado por los distintos profesionales. No obstante, suelen ser las náuseas y vómitos por quimioterapia, además de la muerte, lo que causa más zozobra a los pacientes, no habiéndose elaborado cambios en la percepción de estos eventos (7).

No obstante, en el Perú no se han registrado estudios previos de como las náuseas y vómitos repercuten en el inicio y continuidad de los tratamientos quimioterápicos de pacientes diagnosticados de cáncer, por lo que se debería de prevenir desde el inicio del primer ciclo de quimioterapia porque luego el manejo es difícil de controlar; asimismo impedir un abandono prematuro del tratamiento.

En el Hospital María Auxiliadora se cuenta con una población de 2 342 380 habitantes, con un total de 672 457 atenciones al año, de los cuales el departamento de oncología realiza 17 221 por consulta externa y el servicio de medicina oncológica un total de 7536; el total de quimioterapias por año es de 1785 (25); no obstante, no se cuenta con algún estudio que indique dentro de la institución los factores que están asociados al abandono del tratamiento post tratamiento ni la prevención para evitarlos que nos de la buena adherencia al tratamiento o el abandono de este.

1.2 Formulación del problema

“¿Cuáles son los factores asociados al abandono del tratamiento quimioterápico en pacientes del Servicio de Oncología Médica del Hospital María Auxiliadora, 2019-2020?”

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento quimioterápico en pacientes del Servicio de Oncología Médica del Hospital María Auxiliadora durante el 2019-2020

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio asociados al abandono de tratamiento quimioterápico en los pacientes del Servicio de Oncología en el Hospital María Auxiliadora.

Establecer la incidencia de pacientes que abandonaron el tratamiento quimioterápico.

Señalar los esquemas de quimioterapia y antineoplásicos que producen más abandono de tratamiento.

Determinar la escala ECOG del paciente condiciona el abandono de tratamiento.

Delimitar otras causas de abandono del tratamiento.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

La presente investigación es un estudio relevante, pues el abandono de tratamiento quimioterápico producido por varios factores conllevaría a que el cáncer se disemine incrementando la mortalidad; además de la calidad de vida del paciente oncológico.

En el Perú, no se cuenta con estudios que nos brinde información sobre el abandono de tratamiento quimioterápico que podría estar condicionado por estos factores los efectos secundarios; problemas socioeconómicos; falta de medicamentos, falta de educación; al ser analizados nos llevará a una mejor visión tanto para el personal de salud como el paciente. En nuestra institución; el Hospital María Auxiliadora no ha presentado ningún estudio de abandono de tratamiento quimioterápico que demuestre los factores asociados en nuestra, esto daría una demostración y mejoría en la calidad de atención a la población para evitar el rechazo a los esquemas de tratamiento; dar paso a nuevos estudios para la elaboración e implementación de guías clínicas.

La población que se atiende en el servicio de oncología es de aproximadamente 7536 casos por año y de los cuáles el 80% recibe algún esquema de tratamiento quimioterápico, por lo que se podría desarrollar el estudio (25).

1.4.2 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable, pues la institución donde se tomará la muestra ha autorizado la ejecución del presente proyecto. El instrumento para obtener la

información se podrá utilizar de la recolección de información de las historias clínicas de los pacientes.

Asimismo, este estudio es factible, ya que, se cuenta con los recursos económicos y humanos necesarios que garanticen el desarrollo de la investigación sin dificultades; además con tiempo adecuado para realizar la aplicación del trabajo y personal calificado que supervise el correcto análisis de los datos.

1.5 Limitación

No se cuenta con posibles dificultades que puedan limitar la realización de este estudio; por lo que podrá ser efectivizado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Moriano C et al., publicaron en 2019, un informe de investigación de Rolapitant un medicamento que ha sido aplicado en dos grupos poblacionales los cuales fueron multicéntricos aleatorios a doble ciego y controlados con placebo. Su objetivo era corroborar la eficacia de Rolapitant en pacientes que reciben quimioterapia altamente emetógena. De una población de 1087 pacientes en total 532 se les administró Rolapitant y 555 recibieron placebo ambos con tratamiento quimioterápico con cisplatino, se concluyó que en combinación con gramisetron y dexametasona han demostrado eficacia en pacientes con vómitos en la fase tardía. Además, se concluyó que en forma inyectable puede producir efectos adversos graves como shock anafiláctico o reacciones de hipersensibilidad las cuales no fueron registradas en los ensayos (8).

De Laurentis M et al., publicaron en 2018, un estudio de la incidencia de náusea y vómitos inducidos por quimioterapia luego de la aplicación de antineoplásicos en pacientes con neoplasias de mama. Es tipo prospectivo observacional. De una población de 246 pacientes, la mayoría recibió terapia doble de antiemesis para la fase aguda y terapia combinada triple en un 45.5% y fase tardía de un 48.8% y adherencia total de 43.5%. Se concluyó, que aún es un punto crítico las náuseas y vómitos en pacientes con quimioterapia a pesar del uso de las guías de práctica antieméticas con deficientes resultados (9).

Sutherland A et al., publicaron en 2018, un estudio sobre la utilización de la olanzapina como preventivo para el tratamiento de la emesis en pacientes con cáncer. Se estudio 14 ensayos controlados aleatorios con 1917 participantes en total en los cuales se comparó la olanzapina con placebos y la olanzapina con otros antieméticos. El 50% que recibió olanzapina más tratamiento estándar no presentó náuseas durante tratamiento de quimioterapia en comparación al 25% que solo recibió tratamiento estándar. Se concluyó que la olanzapina es un fármaco antiemético efectivo, pero no se definió la dosis indicada para su efectividad (10).

Yokoi M et al., publicaron en 2017, un artículo sobre los factores de riesgo genéticos en paciente con vómitos luego de haber recibido cisplatino en la quimioterapia. Se

aplico a 156 pacientes un estudio aleatorio controlado en el cual se buscaba como objetivo evaluar los polimorfismos farmacogenómicos. Se determinó que gen ERCC1 polimorfismo influye en el control de los vómitos en pacientes que recibieron quimioterapia con cisplatino y que prevaleció en la fase retardada (11).

Chiu L et al., publicaron en 2016, un metaanálisis del uso de la olanzapina que es un potente antipsicótico para la profilaxis de la emesis inducida por quimioterapia, es un ensayo randomizado controlado que compara la olanzapina con otros tipos de antieméticos. Demostró la olanzapina que a dosis de 5 mg y 10mg tenían similar efecto y en los diferentes puntos de corte, solo en uno demostró ser mejor. Se concluye que la olanzapina es más eficaz que otros fármacos convencionales para el rescate de antiemesis en dosis menores pero que se debe considerar su uso sin corticoesteroides (12).

Ruiz G et al., publicó en 2016, un trabajo en donde valora la calidad de vida del paciente oncológico y el impacto que tiene la atención multidisciplinaria en los Hospitales de Solca, Chimborazo y Tungurahua; es un estudio transversal cualitativo comparativo; en donde se concluye que la atención multidisciplinaria mejora la calidad de vida en la mayoría de las personas con tratamiento quimioterápico (13).

Waqar S et al., publicaron en 2016, un estudio sobre el uso de doble quimioterapia con carboplatino y emesis tardía que incluyo a los nuevos pacientes diagnosticados sin profilaxis con aprepitant y concluyó que la mayoría presento emesis en el primer ciclo de quimioterapia en más del 30% de pacientes por lo que el régimen es moderado a severo de inducción de náuseas (14).

Tafelski S et al., publicaron en 2015, una revisión sistemática de la eficacia de Canabinoides para las náuseas y vómitos inducida por quimioterapia versus los antieméticos convencionales y placebo que incluyó 6 revisiones sistemáticas. Entre sus hallazgos se encontró que los canabinoides son menos tolerados y seguros que los tratamientos convencionales debido a los efectos secundarios ya que en el

control de la emesis por quimioterapia fueron eficaces. La revisión concluyó que con los actuales antieméticos convencionales son más seguros y efectivos que los cannabinoides; por lo que no se recomienda como terapia de primera ni segunda línea y podría ser usado en náusea refractaria y en terapias individualizadas, pero deberían ser establecidos y sopesar potenciales riesgos y beneficios de su uso (15).

Alvarez M et al. publicaron en 2015, una tesis de tipo prospectivo descriptivo que evaluaron a 72 pacientes de reciente diagnóstico de cáncer y tratamiento quimioterápico durante el 2013. Lo que se evidenció es que de los 72 pacientes; el 57% abandonaron el tratamiento siendo la primera causa motivos socioeconómicos y lo segundo fue el efecto secundario. El estudio concluyó, que un gran grupo de los pacientes atendidos abandonan el tratamiento. Nos traduce en un serio peligro, ya que aumenta la tasa de mortalidad por cáncer, además el presupuesto dado para pacientes oncológicos es desaprovechado y la familia influyen en el menoscabo del bienestar, físico, mental y segundo es el factor asociado son los efectos adversos (16).

Domingo C et al. publicaron en 2014, una investigación sobre qué tan efectivo es el tratamiento antiemético en esquemas combinados de citostáticos para cáncer de mama, es un estudio descriptivo transversal que duro un mes aplicado a 53 pacientes, en el cual se demostró que si se siguieran los protocolos antieméticos habría más de un 50 % de efectividad en el tratamiento de la emesis antes del primer día post quimioterapia. Además, se demostró que, un 30% las guías no se adaptan a las necesidades de los pacientes (17).

Zamora P et al. en su revisión en 2014 describe que, la terapia antiemética: sertrones y antagonistas NK-1 son el eje fundamental con una respuesta completa en 70 – 80 % de quimioterapia altamente emetógena. Cabe mencionar que según el estudio no se han descrito las combinaciones para los diferentes esquemas, tampoco se ha podido personalizarlos por la heterogeneidad que existe de tratamientos. Uno de los antieméticos, el palonosetron según el estudio es un buen fármaco con una buena vida media asociado a lograr efectos ventajosos para los esquemas convencionales (18).

Cruz U et al., estudio realizado en 2013, que busca enumerar los factores asociados con adherencia de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico; es de tipo descriptivo, enfoque cuantitativo de corte transversal; con una muestra de treinta y cinco pacientes. La mayoría fueron pacientes mayores de 51 años, que cuentan con el apoyo familiar y la calidad de atención fue la adecuada, logrando que un 86 % de la población, aun cuando tenga sintomatología acude a recibir su tratamiento. Se concluyó que los factores mencionados en el estudio aumentan el interés por acudir a recibir el tratamiento quimioterápico (19).

Longo F et al. estudio realizado en 2011, en pacientes que recibieron cisplatino como base del esquema; para la prevención al ser altamente emetógeno se usó la combinación de un antagonista del receptor de neurokinina 1, corticoide y antagonista de los receptores de 5 HT. Obteniendo como resultado, en un total de 222 pacientes incluidos en este estudio; que el 70% estuvieron libres de emesis y con control completo; por lo que se concluyó que la combinación es efectiva para prevenir náuseas y vómitos inducidos con quimioterapia (20).

Carretero M et al. estudio realizado en 2010, donde se describe que más del 50 % de los pacientes que reciben quimioterapia altamente emetógena presentan vómitos post quimioterapia, además de que esta es una de las principales causas de abandono ya que son muy irritantes e interfieren en su calidad de vida. Además, describe que el otro 50% presentó menos náuseas y vómitos post quimioterapia ya que recibió tratamiento preventivo antiemético con dexametasona (21).

Huertas M et al. desarrollaron en 2010, una investigación, cuyo objetivo fue analizar la efectividad de antieméticos en 162 pacientes que recibieron quimioterapia en el Hospital de Día entre 2006 – 2007 para esto se calculó el nivel emetógeno según Hesketh además de encuestas para medir los episodios eméticos según su fase. Lo que determinó que los pacientes según encuesta que recibieron profilaxis antiemética presentaron menos cuadros de emesis en fase aguda que en fase retardada aplicando esto al esquema de Hesketh se pudo concluir que a menos dosis de quimioterapia menos efectos emetógeno en fase aguda y que en NH 4-5 la profilaxis antiemética es eficaz pero no es completa. Esta investigación no es tan efectiva en el control de las náuseas ya que es subjetiva y depende de la valoración de cada paciente (22).

Alvarez M, publicó en 2011, un estudio prospectivo descriptivo; cuyo objetivo fue analizar los factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológicos; incluyeron a 72 casos que fueron diagnosticados de cáncer y recibieron quimioterapia de los cuáles el 57% abandono el tratamiento siendo la principal causa los recursos económicos en un 41% (29)

2.2 Bases teóricas

Tratamiento farmacológico

5-hidroxitriptamina es un antagonista que se usa para prevenir los vómitos inducidas por quimioterapia y es más efectivo que la metoclopramida a altas dosis y que la dexametasona. Es más efectivo si se asocian la 5-hidroxitriptamina con dexametasona, además de causar menos efectos secundarios.

El tratamiento depende también de la toxicidad de cada esquema y según su nivel de riesgo emetógeno. Esto también dependería de la disposición de antieméticos frente a los antineoplásicos (25).

Tabla 2. Riesgo emetógeno clasificado por medicamento

Riesgo emetógeno	Agente
Alto	Carmustina Cisplatino Ciclofosfamida >15000 mg/m ² Dacarbazina
Moderado	Azacitidine Carboplatino Clorafabina Ciclofosfamida <1500mg/m ² Doxorrubina Epirubicina Ifosfamida Irinotecan Oxaliplatino
Bajo	5-Fluouracilo

	Citarabina 1000 mg/m ² Etopósido Metroteaxte Mitoxantrona Temsirrolimus Topotecan
Mínimo	Bleomicina Busulfán Rituximab Vinblastina Vincristina

Fuente: Guía de Antiemesis MASCC/ESMO 2016 (26).

Quimioterapia

El término de quimioterapia en el tratamiento del cáncer (sinónimos: medicamento antineoplásico, terapia citotóxica) se refiere al uso de medicamentos que actúan sobre las células atípicas inhibiendo su crecimiento o destruyéndolas. La mayoría de los medicamentos citotóxicos causan daño al ADN o evitan la replicación cromosómica, lo cual trae como consecuencia la muerte celular programada o apoptosis. La administración sistémica de la quimioterapia garantiza que el tratamiento para el cáncer se distribuya en los sitios donde se encuentra la enfermedad, incluidas las lesiones micrometastásicas (una ventaja importante sobre otros procedimientos como la cirugía y radioterapia) pero también actúa sobre las células sanas (23).

Efectos secundarios de la quimioterapia

Los medicamentos antineoplásicos, además de destruir las células afectadas por el cáncer, afectan la mayoría de las células sanas. Los tipos de células que más se ven afectadas son aquellas que se dividen rápidamente, como las células de los folículos pilosos, tracto gastrointestinal y de la médula ósea. Por tal razón la pérdida del cabello, náusea, diarrea, vómito y reducción del número de las células sanguíneas (mielosupresión) son efectos comunes en los pacientes que están

recibiendo quimioterapia. Es posible también, que los medicamentos antineoplásicos afecten otras células del organismo y se produzcan complicaciones a nivel neurológico, hepático, renal y/o cardíaco.

Los efectos secundarios pueden variar ampliamente entre los pacientes, dependiendo de el o los medicamentos citotóxicos utilizados, la dosis del medicamento, la vía de administración, la duración de la terapia y el estado general de la persona al momento de iniciar el tratamiento (23).

Alopecia: Efecto adverso más evidente por el cambio de aspecto corporal y que afecta en la psique de los enfermos, sobre todo a las mujeres.

Náuseas y Vómitos: Pueden controlarse con antieméticos.

Diarrea o Estreñimiento.

Anemia: Disminución de la cantidad de glóbulos rojos por causas extrínsecas e intrínsecas.

Inmunosupresión: Ocasiona una pobre respuesta del sistema inmune.

Hemorragia: Disminución del conteo de las plaquetas.

Tumores secundarios

Cardiotoxicidad: Riesgo de daño cardíaco dosisdependiente.

Hepatotoxicidad: Depende de que el citotóxico usado se metabolice y elimine por vía hepatobiliar.

Nefrotoxicidad: Muchos citotóxicos se excretan por el riñón, causando así según su concentración este daño.

Síndrome de Lisis Tumoral: Por rompimiento acelerado de células malignas (24).

Clasificación de los medicamentos antineoplásicos

Agentes alquilantes

Se encuentran su óptimo “nivel de actividad durante la fase de reposo celular” (24).

Tipos de agentes alquilantes como:

Derivados del gas mostaza: Ciclofosfamida e ifosfamida

Etileniminas: Tiotepa y hexametilmelamina

Alquilsulfonatos: busulfán

Hidrazinas y triazinas

Nitrosureas: Estreptozocina. Son únicas debido a que pueden atravesar la barrera hematoencefálica.

Sales de metal o platino: carboplatino, cisplatino y oxaliplatino (24).

Alcaloides

Se encuentran agentes antimicrotubulares e inhibidores de la topoisomerasa.

“Son específicos al ciclo celular porque atacan durante diversas fases de la división” (23).

Vincaalcaloides: Vincristina

Taxanos: Paclitaxel y docetaxel

Podofilotoxinas: Etopósido

Análogos de camptotecina: Irinotecan

Antibióticos antitumorales.

“Realizados a partir de especies del hongo Streptomyces. Se consideran específicos al ciclo celular” (10):

Antraciclinas: Doxorubicina

Cromomicinas: Dactinomicina

Otros: Mitomicina y bleomicina

Antimetabolitos.

“Sustancias similares se encuentran dentro de la célula. Se dividen de acuerdo con las sustancias con que interfieren” (25).

Antagonista del ácido fólico: metotrexato.

Antagonistas de la pirimidina: 5-fluoruracilo, citarabina, capecitabina y gemcitabina (25).

Adherencia terapéutica

Es un concepto que engloba a una gran variedad de conductas, en las que incluye admitir ser parte en un plan o programa de tratamiento, seguir de modo permanente las indicaciones de este, evitar comportamientos de peligro y sumar conductas saludables al estilo de vida (23).

Al no haber una buena concientización de seguir indicaciones médicas causando un incumplimiento de estas; en una serie de estudios epidemiológicos han evidenciado que llegan a un 30 a 50% los pacientes con estas falencias y en algunos casos hasta el 90% (23).

Se manifiesta como un difícil proceso de autorregulación que comprende tres etapas iniciando con el acuerdo inicial del enfermo con el esquema presentado por el moderador y su puesta en práctica; la adherencia o seguimiento permanente y aditamento al estilo de vida de conductas saludables.

A cada paso que el enfermo siga las indicaciones terapéuticas de manera acertada, nos brindará más aportes en la investigación contemporánea (23).

2.3 Definición de términos básicos

Adherencia terapéutica: Es tomar parte de un plan de tratamiento, seguirlo, evitar conductas de riesgo y mejorar los hábitos cotidianos (5).

Abandono de Tratamiento: Es interrumpir un proceso ya establecido para bien del paciente (5).

Calidad de Vida: Es un conjunto de factores que condicionan el bienestar del paciente con respecto a su entorno (27).

Cáncer: Es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células (24).

Emesis: Es la expulsión del contenido gástrico o del intestino delgado a través de la boca, previo o no a arcadas (25).

Náuseas: Sensación subjetiva de la necesidad imperiosa de vomitar (23).

Quimioterapia: Es el uso de medicamentos que actúan sobre las células cancerosas inhibiendo su crecimiento o destruyéndola (24).

Toxicidad por fármacos de quimioterapia: Son los efectos secundarios luego de administración de medicamentos antineoplásicos (24).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis

Hipótesis General

Los factores de riesgo están asociados significativamente al abandono del tratamiento quimioterápico en pacientes del servicio de oncología Hospital María Auxiliadora 2019-2020.

Hipótesis Específicas

Los factores sociodemográficos están asociados significativamente al abandono del tratamiento quimioterápico en los pacientes del Servicio de Oncología en el Hospital María Auxiliadora.

El mayor porcentaje de pacientes que abandona el tratamiento será por falta de apoyo familiar en el Servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora.

Según los esquemas de quimioterapia predominantemente se asocian al abandono de tratamiento.

El estado de desempeño de actividades de la vida diaria influye en el abandono del tratamiento

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Educación del Paciente Oncológico	Nivel educativo del paciente para la adecuada recepción de información sobre la enfermedad	Cualitativa	Grado de Instrucción	Nominal	1. Analfabeto 2. Primario 3. Secundario 4. Superior	Historia clínica
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Años	Razón	1 al 100	Historia Clínica
Sexo	Distinción biológica fisiológica	Cualitativa	Género	Nominal	1. Femenino 2. Masculino	Historia Clínica
Abandono del tratamiento	Renuncia de tratamiento	Cualitativa	Abandono		1. Sí	Historia clínica

	indicado por terapeuta			Nominal	2. No	
Cáncer	Falla de la apoptosis y crecimiento exagerado de las células	Cualitativa	Tipos	Nominal	1. Sólidos	Historia clínica
					2. Hematológicos	
Quimioterapia	Aplicación de sustancias químicas que inducen a la apoptosis	Cualitativa	Tipos	Nominal	1. Alquilantes	Historia clínica
					2. Antimetabolitos	
					3. Antraciclinas	
					4. Platinos	
					5. Taxanos	
Falta de Apoyo Familiar	Deficiente interacción con la familia para cooperar con el paciente oncológico	Cualitativa	Apoyo	Nominal	1. Apoyo	Historia clínica
					2. No Apoyo	
Escala ECOG	Estado de desempeño de actividades de la vida diaria	Cualitativa	Calidad de vida	Ordinal	1. ECOG 0	Historia clínica
					2. ECOG 1	
					3. ECOG 2	
					4. ECOG 3	
					5. ECOG 4	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: Observacional; según el alcance es analítico; según el número de mediciones de la o las variables de estudio es transversal; según el momento de la recolección de datos es retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

El estudio se realizará en el Hospital María auxiliadora que fue creado el 26 de octubre de 1986, dependencia del Ministerio de Salud, es una institución de Nivel III que funciona como único centro hospitalario de referencia del cono Sur de Lima Metropolitana, brindando Atención Integral Básica en los Servicios de Salud, ubicada en Av Miguel Iglesias 968 – San Juan de Miraflores- Lima.

El Departamento de Oncología, funciona hace 11 años, cuenta con un gran equipo de profesionales constituido por médicos especialistas en oncología, enfermeras especializadas en el área. Además, se cuenta con área de hospitalización, consultorios y una unidad de quimioterapia, la afluencia de pacientes es 786 al servicio y se incluirán a todos los pacientes con enfermedades oncológicas del Departamento de Oncología del Hospital María Auxiliadora durante el periodo de 2019-2020.

Población de estudio

La población para estudiar está constituida por todos los pacientes oncológicos durante el periodo del 2019-2020 en el Área de Oncología del Hospital María Auxiliadora.

Tamaño de la muestra

La población por estudiar es de 786 pacientes que es el total de la población según los cuadros estadísticos de las atenciones del área de Oncología del Servicio de quimioterapia.

Para el cálculo del tamaño de muestra se podrá utilizar la fórmula de estimación de proporciones con población conocida. Considerándose un nivel de confianza del 95% y un error del 5%

Dónde:

$$\text{Muestra} = \frac{NZ^2pq}{(N-1)E^2 + Z^2pq}$$

Se reemplazaron los valores de acuerdo con los siguientes parámetros.

N: 786 Población de Pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer que reciben tratamiento oncológico.

Z: 1960 Nivel de confianza 95%

E: 0.05 Error 5%

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

n: 259 Tamaño muestral

Muestreo o selección de la muestra

Mediante revisión de historias clínicas y registros de quimioterapia se escogerá a todo paciente que reciba tratamiento quimioterápico en el Servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico oncológico definitivo que recibieron quimioterapia.
- Pacientes que abandonaron tratamiento quimioterápico.
- Pacientes que no abandonaron tratamiento quimioterápico
- Pacientes que presentaron toxicidad por quimioterapia.
- De ambos sexos.
- Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes que fallecieron por otra enfermedad que no sea cáncer.
- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes menores de 18 años

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

1. Se solicitará la autorización al director del Hospital María Auxiliadora para poder realizar la investigación dentro de sus instalaciones.
2. Se solicitará la autorización del jefe del Servicio de Oncología del Hospital para la búsqueda de pacientes mediante sus historias clínicas.
3. Se solicitará la autorización al Área de Quimioterapia para la búsqueda de sus archivos.
4. Se solicitará el permiso al Área de Archivo para buscar las Historias Clínicas a revisar.
5. Se informará al área Académica del Servicio sobre el objetivo del estudio y se explicará los beneficios de la aplicación del estudio en el tratamiento de los pacientes que reciben quimioterapia.
6. Se aplicará una ficha de recolección de datos a las historias clínicas aplicando los criterios de inclusión.
7. Durante todo el proceso se guardará la confidencialidad de la información.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Se utilizará como instrumento de recolección la ficha de recolección de datos para el estudio elaborada por el investigador del estudio, los cuales contienen ítems para medir los indicadores de acuerdo con los valores operacionales y responde a todos los criterios de inclusión.

Esta ficha de recolección de datos será aplicada en el servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora a través de las historias clínicas. El instrumento cuenta con preguntas que incluyen de manera específica datos sobre los factores riesgo asociados al abandono del tratamiento quimioterápico.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

- Los datos serán extraídos de las historias Clínicas y la información será vaciada en la ficha de recolección de datos (Anexo 2).
- Estos datos se vaciarán en tablas de Excel el cual será filtrado estrictamente para obtener los valores según las variables y se obtendrán los resultados numéricos y porcentuales a través de fórmulas de Excel.
- Todos los datos serán analizados de forma bivariado a partir del programa estadístico IBM SPSS STATISTICS 25(Statistical Package for the Social Sciences).

Análisis descriptivo

Las variables categóricas serán expresadas mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables categóricas para analizar son: Sexo, cáncer, educación del paciente oncológico, quimioterapia, falta de apoyo familiar, abandono del tratamiento.

Las variables numéricas serán expresadas mediante medidas de tendencia central y de dispersión, dependiendo la distribución de los datos. Las variables numéricas para analizar serán edad y escala ECOG.

Análisis analítico

Se realizará un análisis bivariado previa confección de tablas de contingencia 2 x2, para obtener los respectivos odds ratio (OR) y determinar la presencia o no de asociación entre la variable dependiente e independiente, así como la prueba de Chi cuadrado (X²) para determinar la significancia estadística, considerándose una diferencia estadísticamente significativa con un valor de p de 0.05 o menos.

Aspectos éticos

Consideraciones éticas del proyecto de investigación están en base a los principios bioéticos que son los siguientes:

Beneficencia: Hacer bien a los otros y evitar el mal. Este principio busca establecer el beneficio y evitar el riesgo para los sujetos. En el presente estudio se beneficiarán

todos los pacientes que reciben tratamiento quimioterápico, ya que se colaborará con la no deserción del tratamiento y de esa forma mejorar la calidad de vida.

No Maleficencia: No hacer el mal. Este principio establece que la prioridad en toda investigación es no cometer daño o perjuicio a los sujetos de estudio. Este proyecto de investigación no perjudicará a ningún paciente, por lo contrario, se beneficiará el médico tratante como el paciente ya que se conocerá la incidencia de pacientes que abandonan a causa de la emesis y que medicamentos fueron los que la controlaron.

Justicia: Igualdad de trato para todos, establece que los beneficios derivados de las investigaciones se distribuyan de forma equitativa en la sociedad.

CRONOGRAMA

Pasos	2019-2020											
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Redacción final del plan de tesis	X											
Aprobación del plan de tesis		X										
Recolección de datos			X	X	X							
Procesamiento y análisis de datos						X						
Elaboración del informe							X	X				
Revisión y aprobación de la tesis									X	X		
Sustentación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	150
Adquisición de software	1000
Anillado de proyecto	150
Impresiones	100
Logística	300
Transporte	500
Total	2200

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Panamericana de Salud y OMS – Setiembre 2018. Extraído el 6 de agosto 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/index.php>
2. Dr. Eduardo Payet Meza. Et al. Registro de Cáncer de Lima metropolitana 2010 – 2012. Incidencia y Estadísticas. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016.pdf
3. Rosario Salazar, M. et al. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013. Extraído el 26 de agosto. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n1.a20.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud – Setiembre 2018. Extraído el 6 de agosto 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
5. Ginés J, Antieméticos SA. “Quimioterapia: Evolución histórica y estudio comparativo de los antagonistas de la serotonina. recomendaciones actuales. *Farm Hosp.* 2000;24(4):187-214”.
6. Vera R, Martínez M, Salgado E, Láinez N, Illarramendi JJ, Albístur JJ. Tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia. 2004; 27:117-123.
7. Huertas-Fernández MJ, Martínez-Bautista MJ, Sánchez-Martínez I, Zarzuela-Ramírez M, Baena-Cañada JM. Análisis de la efectividad de un protocolo de antiemesis implantado en la unidad de oncología. *Farmacia Hospitalaria.* 2010;34(3):125-138.
8. Moriano CF. Rolapitant (varuby®, tesaro uk limited) en vómitos y náuseas posquimioterapia. *Panorama actual del medicamento.* 2019;43(420):55-64.
9. De Laurentiis M, Bonfadini C, Lorusso V, Cilenti G, Di Rella F, Altavilla G, et al. Incidence of nausea and vomiting in breast cancer patients treated with anthracycline plus cyclophosphamide-based chemotherapy regimens in Italy: NAVY observational study. *Supportive Care in Cancer* 2018;26(12):4021-4029.
10. Sutherland A, Naessens K, Plugge E, Ware L, Head K, Burton MJ, et al. Olanzapine for the prevention and treatment of cancer-related nausea and vomiting in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018 (9).

11. Yokoi M, Tsuji D, Suzuki K, Kawasaki Y, Nakao M, Ayuhara H, et al. Genetic risk factors for chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with cancer receiving cisplatin-based chemotherapy. *Supportive Care in Cancer* 2018;26(5):1505-1513.
12. Chiu L, Chow R, Popovic M, Navari RM, Shumway NM, Chiu N, et al. Efficacy of olanzapine for the prophylaxis and rescue of chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV): a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer* 2016;24(5):2381-2392.
13. Ruiz G, de Lourdes C. La atención multidisciplinaria y su impacto en la calidad de vida del Paciente Oncológico en tratamiento de Quimioterapia en los hospitales SOLCA Chimborazo y SOLCA Tungurahua en el periodo enero-diciembre 2015. 2016.
14. Waqar SN, Mann J, Baggstrom MQ, Waqar MA, Chitneni P, Williams K, et al. Delayed nausea and vomiting from carboplatin doublet chemotherapy. *Acta Oncología* 2016;55(6):700-704.
15. Tafelski S, Häuser W2, Schäfer M. Efficacy, tolerability, and safety of cannabinoids for chemotherapy-induced nausea and vomiting—a systematic review of systematic reviews. *Der Schmerz* 2016;30(1):14-24.
16. Álvarez Pérez CG. Factores psicosociales que modulan la adherencia al tratamiento médico en pacientes oncológicos 2019.
17. Domingo Chiva et al. Efectividad del tratamiento antiemético como terapia de soporte en pacientes con cáncer de mama en tratamiento quimioterápico. *Ibero Latin American Journal of Health System Pharmacy*. : VOL. 24 – N°4 – 2014. Extraído el 25 de enero del 2019. Disponible en: <http://www.revistadelaofil.org/wp-content/uploads/2014/11/ORIGINAL-3.pdf>

18. P. Zamora Auñón. et al. Emesis y quimioterapia papel de los setrones. Revisiones en cáncer, ISSN0213 – 8573, Vol28, N°4, 2014. Extraído el 25 de agosto del 2019.
19. “Cruz UH, Dueñas DM, Martínez KY, Polo YP, Sanchez LA, Romero AYP. Adherencia al tratamiento de quimioterapia y radioterapia en pacientes con cáncer gástrico y colorrectal en las unidades oncológicas. RFS Revista Facultad de Salud 2014;6(1):14-19”.
20. “Longo F, Mansueto G, Lapadula V, Stumbo L, Del Bene G, Adua D, et al. Combination of aprepitant, palonosetron and dexamethasone as antiemetic prophylaxis in lung cancer patients receiving multiple cycles of cisplatin-based chemotherapy. Int J Clin Pract 2012;66(8):753-757”.
21. Vera R, Martínez M, Salgado E, Láinez N, Illarramendi JJ, Albístur JJ. Tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2004;27(supl 3):117-123.
22. Huertas-Fernández MJ, Martínez-Bautista MJ, Sánchez-Martínez I, Zarzuela-Ramírez M, Baena-Cañada JM. Analysis of the effectiveness of an antiemetic protocol used in an oncology division. Farmacia Hospitalaria 2010;34(3):125-138.
23. Gaceta Mexicana de Oncología. Sociedad Mexicana de Oncología Dimensionando la emesis en oncología 2016;15(Supl 2):1-2
24. “American Society of Clinical Oncology (ASCO). Recomendaciones de tratamiento y atención de la American Society of Clinical Oncology para pacientes. Disponible en:
<https://www.cancer.net/es/investigaci%C3%B3n-y-defensa/recomendaciones-de-tratamiento-y-atenci%C3%B3n-de-la-american-society-clinical-oncology-para-pacientes>”
25. Hesketh PJ. Chemotherapy--induced Nausea and vomiting. Literature review current through: Feb 2019. | This topic last updated: Oct 15, 2018. Extraído en agosto 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prevention-and-treatment-of-chemotherapy-induced-nausea-and-vomiting-in-adults>.

26. Matti Apro, MD. Multinational Association of Supportive Care in Cancer. MASCC/ESMO Antiemetic guideline 2016.

27. Alvarez, M. Frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológico. Universidad de San Carlos Guatemala 2016.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de Riesgo Asociados al Abandono del Tratamiento quimioterápico en pacientes del servicio de oncología del Hospital María Auxiliadora 2019-2020	¿Cuáles son los factores asociados al abandono del tratamiento quimioterápico en pacientes del Servicio de Oncología Médica del Hospital María Auxiliadora durante en 2019-2020?	Objetivo general: Determinar los factores asociados al abandono del tratamiento quimioterápico en pacientes del Servicio de Oncología Médica del Hospital María Auxiliadora durante en 2019-2020	Los factores de riesgo están asociados significativamente relacionados al abandono de tratamiento quimioterápico en pacientes del servicio de oncología Hospital María Auxiliadora 2019-2020.	Observacional, Analítico, Transversal Retrospectivo	Población de estudio La población para estudiar está constituida por todos los pacientes oncológicos durante el periodo del 2019-2020 en el Área de Oncología del Hospital María Auxiliadora. Procesamiento de datos Los datos serán codificados y luego vaciados a Excel 2016. El análisis bivariado de los datos se realizará a partir de los resultados en el programa estadístico SPSS versión 20 (Statistical Package for the Social Sciences).	Ficha de recolección de datos
		Determinar las características sociodemográficas de la población en estudio asociados a al abandono de tratamiento quimioterápico en los pacientes del Servicio de Oncología en el Hospital María Auxiliadora. Establecer la incidencia de pacientes que abandonaron el tratamiento quimioterápico. Señalar los esquemas de quimioterapia y antineoplásicos	Los factores sociodemográficos están asociados significativamente al abandono del tratamiento quimioterápico en los pacientes del Servicio de Oncología en el Hospital María Auxiliadora. El mayor porcentaje de pacientes que abandona el tratamiento será por falta de apoyo familiar en el Servicio de Oncología del Hospital María Auxiliadora. Según los esquemas de quimioterapia predominantemente se asocian			

		<p>os que producen más abandono de tratamiento.</p> <p>Precisar las causas administrativas institucionales que condicionan el abandono del tratamiento.</p> <p>Delimitar otras causas de abandono del tratamiento.</p>	<p>al abandono de tratamiento.</p> <p>El estado de desempeño de actividades de la vida diaria influye en el abandono del tratamiento</p>			
--	--	--	--	--	--	--

2. Instrumento de recolección de datos

Ficha de Recolección de datos

HISTORIA CLINICA		
NOMBRE	SEXO	EDAD
	1. FEMENINO	
	2: MASCULINO	

EDUCACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	1. ANALFABETO	
	2. PRIMARIO	
	3. SECUNDARIO	
	4. SUPERIOR	
NÚMERO DE QUIMIOTERAPIA Y DÍA DE INICIO		

TIPO DE CÁNCER	1. SÓLIDOS	
	2. HEMATOLÓGICOS	

TIPO DE QUIMIOTERAPIA	1. ALQUILANTES	
	2. ANTRACICLINAS	
	3. ANTIMETABOLITOS	
	4. SALES DE PLATINO	
	5. TAXANOS	

FALTA DE APOYO FAMILIAR	1. APOYO	
	2. NO APOYO	

ABANDONO DE TRATAMIENTO	1. SÍ	
	2. NO	

ESCALA ECOG	1. ECOG 0	
	2. ECOG 1	
	3. ECOG 2	
	4. ECOG 3	
	5. ECOG 4	