



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**“Nivel de participación de pacientes con cáncer de
cérvix durante el tratamiento de braquiterapia de baja
tasa de dosis en los servicios de cirugía del Instituto
Nacional de Enfermedades Neoplásicas”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

Miguel Angel RUIZ NINAPAYTAN

Miriam Sabell MEZA SOTO

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

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

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ruiz, M., Meza, M. Tipo de relaciones interpersonales que se dan entre las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, junio-setiembre 2003 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

**“NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE PACIENTES CON
CÁNCER DE CÉRVIX DURANTE EL TRATAMIENTO DE
BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA DE DOSIS EN LOS
SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS”**

AGRADECIMIENTO

**A TODO EL PERSONAL DEL INEN,
MÉDICOS, EN ESPECIAL A TODAS
LAS COLEGAS ENFERMERAS QUE
NOS APOYARON EN EL TRABAJO
Y AL DR. LUIS PINILLOS ASHTON
POR SU APOYO.**

**A LAS DOCENTES Mg. JUANA
ECHEANDIA, Mg. CARMEN DEL
CARMEN, Lic. LILY AVENDAÑO,
Y Lic. CECILIA ROJAS POR SUS
VALIOSOS APORTES A LA
INVESTIGACIÓN.**

DEDICATORIA

**EN MEMORIA DE MIS PADRES,
A MI PRIMA GUADALUPE SOTO,
A MI AMIGA OLIMPIA VALDIVIA.**

**A MI PADRE LUIS ALFREDO
A MI MAMA SILVIA YULY
A MI ESPOSA PAOLA
A MARCELO MI HIJO
A MIS QUERIDOS HERMANOS
ALFREDO, LUIS Y JOSE.**

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
RESUMEN	VIII
SUMMARY	ix
PRESENTACIÓN	1
CAPITULO I INTRODUCCIÓN	3
A.- Planteamiento, Origen Y Delimitación Del Problema.....	3
B.- Formulación Del Problema.	5
C.- Justificación Del Estudio.....	6
D.- Objetivos.....	7
E.- Propósito.....	7
F.- Marco Teórico – Conceptual.....	8
G.- Definición Operacional De Términos.....	17
H.- Definición Operacional de la Variable.....	18
CAPÍTULO II MATERIAL Y MÉTODOS	21
A.- Tipo, Nivel Y Método	21
B.- Sede De Estudio.....	21
C.- Población Y Muestra	22
D.- Técnica E Instrumentos De Recolección De Datos	22
E.- Plan De Recolección, Procesamiento Y Presentación De Datos.....	23
CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	41
A.- Conclusiones	41
B.- Recomendaciones:	42
C.- Limitaciones.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		PAG
1	INGESTA DE LÍQUIDOS DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	24
2	MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES EN SU CAMA, DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	27
3	DIURESIS DE LOS PACIENTES EN 24 HORAS, DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	29
4	HIGIENE PERSONAL DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	31
5	DURACIÓN DE LAS VISITAS DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	33
6	ALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES, DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	35

7	NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	37
---	---	----

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que puede atacar a cualquier órgano o tejido de nuestro organismo, es caracterizado por la proliferación excesiva, autónoma e irreversible de células anormales diferentes a las de sus precursoras. Diferentes tipos de cáncer ginecológicos son considerados como potencialmente curables con un diagnóstico temprano y con un tratamiento bien planeado. Como en la mayoría de las neoplasias la radioterapia, la cirugía y la quimioterapia forman parte del arsenal terapéutico. Durante y después del tratamiento con radiación (braquiterapia) el paciente presentará reacciones adversas, por lo que el enfermero es el principal encargado del cuidado y el bienestar del paciente brindando asesoramiento, orientación y asistencia; para que el paciente pueda enfrentarse a las reacciones que pueda presentar dicho tratamiento.

En tal sentido el presente estudio titulado *“Nivel de Participación de los Pacientes con Cáncer de Cervix Durante el Tratamiento de Braquiterapia de Baja Tasa de Dosis, en los Servicios de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”*, tuvo como objetivos determinar el nivel de participación de los pacientes con Cáncer de Cervix durante el tratamiento de Braquiterapia de baja tasa y describir el nivel de participación de los pacientes con Cáncer de Cervix durante el tratamiento de Braquiterapia de baja tasa. El método que se utilizó fue el prospectivo longitudinal. La población estuvo conformada por 86 pacientes. El instrumento que se utilizó fue la lista de cotejo y la técnica utilizada fue la observación. Concluyéndose que el 80,2% de pacientes con el tratamiento de braquiterapia llegan a tener un nivel alto de participación y un 19,8% un nivel de participación medio.

Palabras claves: Braquiterapia, autocuidado, complicaciones, participación del paciente, rol del enfermero.

SUMMARY

The cancer is a disease that can attack any organ or weave of our organism, is characterized by the excessive, independent and irreversible proliferation of abnormal cells different to those of its precursors. Different gynaecological types of cancer are considered as potentially curable with a diagnose early and with a planned affluent treatment. Like in most of neoplasias the x-ray, the surgery and the chemotherapy they comprise of the therapeutic arsenal. During and after the treatment with radiation (braquiterapia) the patient he presented adverse reactions, reason why the nurse is the main one ordered of the care and attendance; so that the patient offering advising, direction and attendance; so that the patient can face the reactions that can present this treatment.

In such sense the present titled study "Level of participation of the patient whit cancer of cervix in the treatment of braquiterapia of low rate of dose, in the services of surgery of the national institute of neoplasticas diseases" it had like general mission: To determine the level of participation of patients with cervix cancer during the treatment of braquiterapia of low rate, the method that we used was the prospectivo, longitudinal. The population was conformed by 86 patients. The instrument that we used was the list of we collate and the used technique was the observation. Concluding that 80.2% of patients with the braquiterapia treatment get to have a high level of participation and a 19.8% a medical level of participation.

KEY WORDS: Braquiterapia, care self, complications, participation of patient, roll of the nurse.

PRESENTACIÓN

El cáncer de Cervix es el segundo cáncer más común en mujeres en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que cada 450,000 mujeres son diagnosticadas por primera vez con cáncer de cérvix y que 240,000 mujeres mueren de esta enfermedad. Es importante resaltar que 80% de estos cánceres son diagnosticadas en países en vía de desarrollo. Las mujeres a riesgo para el desarrollo del cáncer de Cervix son aquellas de bajo nivel socioeconómico, mayores de 50 años de edad y analfabetas. El tamizaje para la detección de precursores de cáncer de Cervix es una de las medidas de salud pública más exitosa en la prevención de cáncer. La mayoría de las mujeres que mueren de cáncer de cérvix nunca han sido tamizadas.⁽¹⁾

La braquiterapia es un tratamiento oncológico en el cual el material radiactivo se pone en contacto con el tumor. La braquiterapia puede usarse para tratar exclusivamente al tumor como parte de un tratamiento primario o para recurrencias donde el paciente ya ha tenido radiación con terapia externa. Éste tratamiento requiere la participación activa del paciente, para lograr un exitoso resultado sin complicaciones; es por ello que el personal de enfermería cumple una función muy importante de preparar a estos pacientes a través de la información constante, antes, durante y después del tratamiento.

Es por ello que el presente estudio titulado *“Nivel de participación del pacientes con Cáncer de Cervix durante el tratamiento de braquiterapia de baja tasa, en los servicios de cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.”*, tuvo como objetivos: determinar el nivel de participación del pacientes con Cáncer de Cervix en su autocuidado en el tratamiento de braquiterapia de baja tasa;

El propósito estuvo orientado a elaborar estrategias educativas reales según las necesidades del paciente y lograr obtener una

participación dinámica y activa en la fase de tratamiento y rehabilitación para disminuir riesgo y/o complicaciones.

Consta de cuatro capítulos: Capítulo I Introducción, Capítulo II Material y Método, Capítulo III Resultados y Discusión y Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A.- PLANTEAMIENTO, ORIGEN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El Cáncer de Cervix es una de las enfermedades que viene causando una de las más altas tasas de morbilidad y mortalidad, principalmente en el grupo de mujeres en edad fértil, podemos mencionar también que es una de las brechas epidemiológicas que afectan actualmente al país y más aún se centra en las Sociedades de bajo nivel. Frente a esta patología desde hace décadas han ido surgiendo diversos medios como tratamiento a esta enfermedad. Es así que surge la radioterapia intracavitaria que consiste en la inserción de fuentes radioactivas encapsuladas o dentro de las cavidades naturales. Generalmente esto implica la inserción de sustancias radioactivas en cavidades huecas o en tejido. Los isótopos radioactivos utilizados son: Iridio, Yodo 125, cesio 137, radio 226. éstas sustancias puede utilizarse en forma de moldes de placas, alambres aplicadores especiales o cintas que son colocados dejándolos por un periodo de tiempo.

Para el tratamiento de cáncer de Cervix se aplica las siguientes técnicas. Las tres primeras son técnicas intracavitarias que se emplean aplicadores especialmente diseñados. La cuarta implica la aplicación indirecta del radio al tumor por medio de agujas, las diferencias entre las tres grandes técnicas de tratamiento intracavitario con radio se debe a las escuelas de Estocolmo, París y Manchester dichas técnicas se basan en el número y a la duración de las aplicación el tamaño y la situación de los colpostatos vaginales y la carga del radio. Durante las ultimas tres décadas ha ido ganando mas popularidad un sistema de poscarga, flexible, el Fletcher - Suit. Dado a que este procedimiento

proporciona flexibilidad y seguridad de las técnicas de poscarga, este sistema constituye una variación del sistema Manchester.

El implante propaga radiación a otras personas. La sustancia radioactiva que se encuentra dentro del implante emite radiación dentro del área alrededor de su cuerpo por esta razón existe ciertas reglas de protección del personal quienes se encuentran en contacto permanente con la radiación. Existen aparatos para visitar al paciente, la mayoría de los hospitales no permiten durante la visita a menores de 18 y mujeres embarazadas. Las personas autorizadas a efectuar visitas pueden acercarse a cierta distancia, más de dos metros de su cama y por un periodo corto de 10 a 30 minutos por día, los pacientes deben movilizarse en su cama, deben ingerir líquidos de dos a tres litros por día, comer una dieta sin residuos ni lácteos, no deben realizar deposición durante el tratamiento (hospitalización).

Con relación al autocuidado de los pacientes se tiene la teoría de Martha Rogers, tiene la concepción del ser humano como unitarios y sinérgicos es decir; un todo unificado que posee su propia integridad y que es más y distinto que la suma de sus partes. Para Rogers, el fin de la Enfermería es promover la armonía entre el hombre y su entorno, reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, redirigir la integración del campo humano y de los campos ambientales con el propósito de ayudar al ser humano a alcanzar un estado de máxima salud física, mental y social, de estas teorías podemos decir que el autocuidado del paciente hospitalizado con Radioterapia es fundamental para el buen desarrollo de su tratamiento y participación activa del mismo.

La actitud de los pacientes frente a las secuelas del tratamiento es muy importante. Si el paciente participa en la toma de decisiones y a recibido suficiente información sobre el tratamiento a seguir, sus expectativas se habrán ampliado, la aplicación del tratamiento inquietará menos y participará más activa y responsablemente en el cumplimiento del tratamiento de braquiterapia, teniendo así actitudes favorables. El desconocimiento del tratamiento de braquiterapia en las pacientes conllevan a que presenten dolor en 90%, del 15 al 20 % presenta infecciones urinarias, 20% presenta zonas de presión por inmovilización del 50 al 60 % gases, el 10 % presenta deposiciones durante el tratamiento.

En los servicios de radioterapia y cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se ha podido observar que los pacientes con el diagnóstico de Cáncer de Cervix que acuden a su tratamiento de Braquiterapia de baja tasa, reciben información antes del tratamiento; información que no es evaluado adecuadamente, pues muchos pacientes por la tensión de la hospitalización no fijan bien la información, teniendo como consecuencia la poca participación en su auto cuidado al inicio del tratamiento; ya que no existe un programa estandarizado que permita evaluar y guiar al paciente antes, durante y después del tratamiento.

B.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Teniendo en cuenta las consideraciones descritas y la importancia que tiene la participación del pacientes en su autocuidado se formuló el siguiente problema ¿Cuál es el nivel de participación de los pacientes con Cáncer de Cervix durante su tratamiento de Braquiterapia de baja

tasa de dosis en los Servicios de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Enero-Mayo, 2006?

C.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En el Perú, el cáncer de Cervix es la neoplasia mas frecuente, que viene causando una de las más altas tasas de morbilidad y mortalidad, principalmente en el grupo de mujeres de edad fértil, podemos mencionar también que es una de las brechas epidemiológicas que afectan actualmente al país y más aún se centra en los estadios avanzados. Dado que la mayor parte de la población procede de provincias y cuyo grado de instrucción es de primaria, nos encontramos con un nivel bajo, frente a muchas veces a una ignorancia, por ello se hace necesario explicarle en varias oportunidades sobre su diagnóstico y tratamiento, existen una gran ignorancia del tratamiento que varía entre no saber nada hasta que pueden ser baños de agua caliente o que se les pase electricidad, esto nos dice que la información no está llegando a la población que hace necesario una explicación clara y repetitiva y muchas veces el paciente se siente incapacitado para escuchar en el inicio del tratamiento, por ansiedad, temor, negación, etc. Para Enfermería es de total importancia conocer a la persona sujeto de detención ya que orienta nuestra intervención, considerando el tipo de usuarios que representa en este caso para que se innove la metodología educativa, estructurando programas educativos individuales o colectivos para fortalecer los conocimientos y las prácticas sobre las necesidades de movilización, ingesta de líquidos, practica de necesidades alimentarias, autoestima de pacientes de pacientes con radioterapia , favoreciendo así su independencia y reinserción social; haciéndolo co -participe de la misma, disminuyendo complicaciones y costos del cuidado de su salud, contribuyendo en el mejoramiento de su calidad de vida. La idea de radioterapia puede ser

fuentes de temor y muchos pacientes abordan con aprensión. Para lo cual las enfermeras se encuentran en una posición ideal para ayudar al paciente y a su familia haciendo frente al tratamiento y a sus secuelas. La enseñanza del paciente es difícil por las limitaciones de tiempo y las variables en él y su familia, por ejemplo la ansiedad, angustia por los síntomas, una gran cantidad de mitos, temores de ansiedad rodean la radioterapia. En el Perú no existen muchos estudios de investigación con tratamiento de radioterapia y los pocos que existen se centran en los aspectos emocionales del paciente. Estos estudios no ayudan a comprender porque las pacientes presentan complicaciones post-administración de tratamiento de Braquiterapia.

D.- OBJETIVOS

Se tuvo como objetivos:

- Determinar el nivel de participación de los pacientes con Cáncer de Cervix durante el tratamiento de Braquiterapia de baja tasa de dosis, en los servicios de Cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
- Describir el nivel de participación de los pacientes con Cáncer de Cervix en su auto cuidado durante el tratamiento de Braquiterapia de baja tasa de dosis.

E.- PROPÓSITO

El propósito estuvo orientado a proporcionar los resultados a las autoridades pertinentes a fin de que diseñe estrategias que permitan optimizar el trabajo del personal de Enfermería, mejorar las actitudes y conductas durante la hospitalización de los pacientes, así mismo reducir las complicaciones médicas de los pacientes ya que se

involucrarán en su auto cuidado y de ésta manera se contribuye a mejorar la calidad de atención del personal de Enfermería y se optimizará la estancia de los pacientes durante los días de su hospitalización.

F.- MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

F.1.-Antecedentes:

Al realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios, así tenemos que:

JOHN BELARD M.D. y ARTHUR PECK M.D. (1997) realizaron un estudio acerca de las reacciones emocionales al tratamiento con radioterapia en Nueva York, trabajaron con pacientes con diferentes tipos de Cáncer, *sus reacciones oscilaban entre ansiedad, depresión, irritabilidad y euforia frente al tratamiento, que sentían como único para combatir el cáncer lo que creaba mucha confusión.*⁽²⁾

FRISCHENSEHLGER O, HOHENBERG G. (1991) y otros trabajaron los aspectos psicosociales del paciente que reciben radioterapia y sus necesidades y aceptación emocionales, de lo que se concluyo *un retraimiento Social, guardando sus intereses y sentimientos tomando una actitud de independencia todo esto frente al problema de la enfermera.*⁽³⁾

WHOLE, Z (1991) estudio acerca de temas hacia la feminidad que se ve minimizada frente a los efectos de la radiación pélvica esto *creaba en ellos gran miedo y ansiedad en pacientes que tenían Cáncer de Cervix, ovario o útero si este era detectado tempranamente el soporte era mas efectivo.*⁽⁴⁾

-FRITH, B (1992), encontró que era necesario que el personal medico atiende las preocupaciones del paciente acerca de la radioterapia y de la información que se le de acerca del tratamiento, ya que el paciente esta cargado de ansiedad y cuidados y vi que es necesario.⁽⁵⁾

-SCHMALE e IKER (1966), en una investigación en las mujeres, con predisposición para ver cáncer cervical, (papanicolau Grado III), mostraron que gran numero de ellas contraía la dolencia, después de una ruptura de lazo afectivos expresivos, importantes para el doliente.⁽⁶⁾

PATRICIA TORI ROJAS (1993), “Aspectos emocionales en pacientes con Cáncer de cervix que recibieron radioterapia”. Llego a reportar que los pacientes tratados no tienen el consentimiento y conocimiento claro y específico, de lo que significa radioterapia por lo que se pudo concluir que el hecho de tener el conocimiento adecuado del tratamiento a recibir, hará a que el paciente se encuentre tranquilo, creando confianza y esperanza el cual favorecerá a su recuperación.

Dentro de los resultados obtenidos se encontró que el 18% de los pacientes tratados pensaban que el tratamiento se daba a través de luces, el 14% pensaba que el tratamiento se administraba a través de agujas calientes, el 40% de pacientes se alucinaba una habitación oscura, mientras que 28% no respondió.⁽⁷⁾

HERNÁN AMARO VICUÑA, rol educativo y asistencial del enfermero en la atención del paciente con radiación intracavitaria en el 4to y 5to piso del INEN MAYO – AGOSTO DE 1999” en el que se tuvo los siguientes objetivos específicos: identificar y clasificar a la población

en estudio según indicadores; edad, tiempo de servicio y capacitaciones recibidos sobre RIC, clasificar a los pacientes que reciben RIC, diagnosticar el rol asistencial del enfermero en la atención del paciente con RIC, relacionar el rol educativo y asistencial del enfermero en la atención del paciente con RIC. El propósito de este estudio fue; mejorar la calidad de atención y educación brindado por el enfermero en el Instituto Especializado de enfermedades Neoplásicas. Llegando a las siguientes conclusiones:

Se establece que el Rol educativo es regular y el Rol asistencial medianamente adecuado en un 25% este resultado implica que existe cierto margen de relación en la valoración dada y refleja que el personal que labora en este nosocomio no están suficientemente preparados o en otro caso dejan por detrás el interés de cumplir con los roles que son importantes al tratar al paciente que recibe radiación intracavitaria. ⁽⁸⁾

Por los antecedentes revisados podemos deducir que son estudios que nos permite orientar y tener más clara nuestro objeto de estudio, sin embargo no existe estudios de acuerdo a la participación del paciente que recibe braquiterapia intracavitaria, razón por la cual se realizó el presente estudio.

F.2.-Base Teórica.

A continuación se presenta los aspectos teóricos que dará sustento a la presente investigación, así tenemos:

El Cáncer es un proceso de enfermedad que se inicia cuando la mutación genética del DNA celular transforma a una célula anormal, la cual a su vez forma un clon y comienza a proliferar anormalmente,

ignorando las señales de regulación de crecimiento en el ambiente circundante a la célula. Llega un momento en que las células adquieren características invasoras y surgen cambios en tejidos vecinos; es decir infiltran y penetran en vasos linfáticos y sanguíneos por los que llegan a otros sitios del cuerpo y forman metástasis (diseminación del cáncer).⁽⁹⁾

El cáncer de Cervix, es una neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido circundante y metastatizar a puntos distantes del cuerpo.⁽¹⁰⁾ El cáncer del cuello uterino tiene larga evolución que se calcula entre 10 y 20 años. Al inicio de la neoplasia es uní focal y comienza en la unión escamosa cilíndrica del epitelio. Esta lesión inicial se conoce con el nombre de displasia, la cual puede evolucionar hacia carcinoma in situ, en proporciones diferentes, de acuerdo al grado de dicha displacia; así para displacia leve se calcula que su avance a carcinoma es del 6%; para la de tipo moderado es del 12% y para la severa esta progreso a cáncer es de orden ascendente.

A nivel mundial se estima 500.000 casos al año, de estos casos el 20% pertenece a países desarrollados, en países en vías de desarrollo se tiene un 65% de casos, y el 15% de casos en Latinoamérica No contamos todavía con un registro de cáncer a nivel nacional, que pueda mostrarnos la incidencia del carcinoma del cuello uterino. sin embargo existen estudios parciales, entre ellos el registro de Cáncer de Lima Metropolitana, en el cual se ve que esta neoplasia es la segunda más frecuente del sexo femenino que representa una incidencia de 26.63% de casos y con una mortalidad de 9.33%. ⁽¹¹⁾

Desde el punto de vista epidemiológico estas lesiones se presentan con mayor frecuencia en mujeres de nivel Socio económico bajo, que

tienen inicio de sus relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad, promiscuidad sexual, falta de hábitos de higiénicos, entre otros. Es mas frecuente en poblaciones negras que blancas y geográficamente, es más frecuente en los países del tercer mundo. En 1986, por medio del citómetro de flujo se logra estudiar el núcleo de las células del cáncer del cuello uterino, permitiendo identificar partículas virales en el núcleo e incorporadas al genoma de la célula alterando la secuencia de bases purinicas y pirimidicas del ácido nucleico celular. Desde entonces se ha identificado al papiloma virus humano del tipo 16 y 18 principalmente como el responsable de estos cambios.⁽¹²⁾

A lo largo de los últimos 50 años se ha desarrollado distintas formas de tratamiento primario del cáncer, cuyo principio básico es la obtención de análisis, de toda la información posible de la extensión de la enfermedad haciendo uso de los medios de Diagnóstico. En la mayoría de los cánceres el tratamiento esta determinado por la clasificación clínica de la enfermedad, teniendo en cuenta que el tipo de tratamiento a la combinación de tratamiento, es diferente para cada estadio clínico, de ellas: La cirugía la radioterapia, la quimioterapia, han llegado hacer modalidades terapéuticas básicas.⁽¹³⁾

La Radioterapia, que consiste en la aplicación localizada de radiaciones ionizantes sobre los organismos vivos, esta radiación lesiona la molécula del ADN por mecanismos directos e indirecto cuando la célula absorbe alguna forma de radiación, esta puede actuar diferente sobre una estructura intracelular y causar lesión biológica.⁽¹⁴⁾

El carcinoma de Cervix avanzado, con una elevada posibilidad de metástasis ganglionar o extensión de la lesión a parámetros y otros

órganos vecinos, es susceptible de tratamiento con radioterapia, utilizando exposiciones externas, en dosis que proporciona una irradiación amplia y uniforme a toda la pelvis, con aplicaciones intracavitarias como fuentes radioactivas que son colocadas intra útero y fondos de saco laterales de la vagina. Estas últimas producen radiaciones de gran intensidad, pero de extensión limitada. Para el tratamiento de cáncer de Cervix con radioterapia, hay que considerar primordialmente el estadio Clínico así como el volumen y la localización de la lesión. Los protocolos modernos indican que primero se aplicará la radiación externa, la que es administrada a toda la cavidad pélvica, con el objeto de destruir la lesión en los tejidos parametriales y pared pélvica.⁽¹⁵⁾

La dosis para tratamiento externo es de 4000 a 4500 Rad. dividido en exposiciones de 200 Rad. por día 5 veces a la semana. Para el tratamiento intracavitario se utiliza aplicadores que contienen la fuente radioactiva, los que son insertados en la cavidad bajo anestesia general o regional, en la sala de operaciones. Concomitantemente se aplica los colpostatos en forma de cilindros en los fondos vaginales laterales, asegurándolos con tampones de gasa. La comprobación se realiza en la misma sala, con placas radiográficas, en una posición antero posterior, en algunos centros, los aplicadores son recargables, con lo que se asegura una fuente de radiación importante. Los isótopos radioactivos utilizados habitualmente son iridio 192, radio 226, cesio 137, para el tratamiento del cáncer de Cervix se aplica las siguientes técnicas. Las tres primeras son técnicas intracavitarias que se emplean aplicadores especialmente diseñados. La cuarta implica la aplicación directa del radio al tumor por medio de agujas, la diferencia entre las tres grandes técnicas de tratamiento intracavitario con radio se debe a las escuelas de Estocolmo, París y Manchester. Dichas

técnicas se basan en el número y a la duración de las aplicaciones, el tamaño y la situación de los colpostatos vaginales y la carga del radio. Durante las últimas tres décadas han ido ganando más popularidad un sistema de post carga, flexible, el Fletcher suit. Este sistema constituye una variación de la técnica Manchester.⁽¹⁶⁾

La paciente es hospitalizada, permaneciendo en cama por un periodo de 72 a 120 horas. Por lo general, se somete a las pacientes a una limpieza intestinal antes de colocar el aplicador y a una dieta baja en residuos, tratamiento para que no haga una deposición intestinal mientras tienen el implante. El dolor postoperatorio se controla con medicamentos por vía oral o parenteral. Por lo general el tratamiento para el cáncer requiere cirugía, radioterapia y quimioterapia; cuando el paciente obligadamente debe recibir radioterapia intracavitario – braquiterapia, la educación previa al tratamiento le dará elementos, necesario para reflexionar y optar por el actuar positivo que el se espera.⁽¹⁷⁾

En razón a que la radioterapia debe coadyuvar en la destrucción selectiva de células anormales, los radioisótopos usados tienen acción tóxica y esto ocasiona diversos efectos secundarios como: náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, cistitis, dolor, los efectos de la radioterapia, el enfermo y familiares deben saber como actuar para minimizar o eliminar estas consecuencias.⁽¹⁸⁾

A través del diálogo permanente se puede transmitir los conocimientos suficientes y correctos que se requiere para que acceda voluntariamente y actúan con tranquilidad y cooperación por consiguiente la educación juega un rol muy importante en estas personas. El ser humano es una unidad biopsicosocial, cada estado de

salud o enfermedad requiere considerar los aspectos físicos, psicológicos, ambientales y espirituales, ya que cualquier problema de salud por leve o insignificante que sea, tendrá repercusión en la integridad del ser humano. Si bien las enfermedades en las personas son fenómenos comunes de la vida pero su consecuencia no puede ser tratada aisladamente, requiere tratamiento integral, tomando al paciente con un total, eje orientador del conjunto de acciones para curarlos. Para conocer con mayor amplitud el fenómeno motivo de estudio se realizan una revisión bibliográfica como fuente de información sobre el tema y así entender mejor el fenómeno en cuestión. ⁽¹⁹⁾

Con relación al autocuidado de los pacientes se tiene la teoría de:

Teoría de Martha Rogers; Tiene la concepción del ser humano como unitarios y sinérgicos es decir; un todo unificado que posee su propia integridad y que es más y distinto que la suma de sus partes. Para Rogers, el fin de la Enfermería es promover la armonía entre el hombre y su entorno, reforzar la coherencia y la integridad del campo humano, redirigir la integración del campo humano y de los campos ambientales con el propósito de ayudar al ser humano a alcanzar un estado de máxima salud física, mental y social, de estas teorías podemos decir que el autocuidado del paciente hospitalizado con Radioterapia es fundamental para el buen desarrollo de su tratamiento y participación activa del mismo. ⁽²⁰⁾

Teoría del Autocuidado según Dorotea Orem; Orem, permite un abordaje integral del individuo en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir a mejorar su calidad de vida. Para Orem enfermería orienta

sus acciones directamente al autocuidado expresando que “el autocuidado es indispensable porque cuando se ausenta este autocuidado, la enfermedad y la muerte se puede producir”. Considerando que Orem define al ser humano desde una visión holística en el que cada persona es combinación única de factores, cognitivos, emocionales y espirituales, en interrelación estrecha con su entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en que vive. Así mismo debemos tener presente que el autocuidado, son acciones que permiten mantener la vida y la salud no son innatos deben aprenderse y dependen de las costumbres, creencias y prácticas habituales del grupo social al cual el individuo procede. Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y funciones normales, ya que cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina correctamente una ausencia de salud en el sentido de unidad integral; el ser humano es considerado como unidad que funciona biológica, psicológica y socialmente. Entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quiere alcanzar con el autocuidado. ⁽²¹⁾

TIPOS DE AUTOCUIDADO

Auto cuidado Universal: Llamados también necesidades de base, son comunes a todos los seres humanos durante todos los estadios de la vida, dan como resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas, son conocidas como demandas de autocuidado para la prevención primaria, que comprenden: la ingestión suficiente de aire, agua, y alimento, suministros de cuidados asociados con los procesos de eliminación mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso, entre la soledad y la interacción social, evitar riesgos para la vida,

funcionamiento y bienestar, promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas y el deseo de ser moral.

Autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas y mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Autocuidado en relación a la desviación de la salud: Cuando una persona a causa de su enfermedad o accidente se vuelve dependiente y pasa a la situación de receptor de auto cuidado, el cual tiene como objetivo prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad denominándose demanda de auto cuidado para la prevención secundaria. La demanda de auto cuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ser con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes.

G.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

1.- Nivel de Participación del paciente:

Es la participación activa del paciente con Cáncer de Cérvix durante el tratamiento de braquiterapia de baja tasa de dosis que incluye el pre, intra y post tratamiento, medido en los niveles de alto, medio y bajo, después de haber recibido enseñanzas para su autocuidado de parte del profesional de enfermería en los servicios de cirugía.

2.- Paciente con cáncer de Cervix:

Es la persona de sexo femenino mayor de 30 años que tiene una neoplasia en el cuello uterino sometida al tratamiento de braquiterapia de baja tasa de dosis.

3.- Autocuidado en el tratamiento de braquiterapia de baja tasa de dosis.

Es el conjunto de acciones que realiza el mismo paciente para satisfacer sus necesidades de forma continua en el pre, intra y post tratamiento de braquiterapia de baja tasa de dosis para el mantenimiento de la vida, la salud y recuperación de la enfermedad oncológica.

H.- Definición Operacional de la Variable.

Estará dada por la participación activa del paciente con cáncer de Cervix en su propio cuidado, dado por los niveles bajo (5 puntos), medio (10 puntos) y alto (18 puntos) durante el tratamiento de braquiterapia de baja tasa de dosis en los servicios de cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
<p>NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE CERVIX EN SU AUTOCUIDADO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AUTOCUIDADO es una necesidad personal de proporcionar actividades de forma continua para el mantenimiento de la vida y la salud o para la recuperación tras la enfermedad o la lesión. • Necesidades de Autocuidado 		<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de Líquidos . - Movilización en su cama. - Diuresis. - Higiene Personal. - Régimen de Visitas. - Alimentación. 	<p>Estará dada por la participación activa de pacientes con cáncer de Cervix en su propio cuidado dado por los niveles bajo (5 puntos), medio (10 puntos) y alto (18 puntos) durante el tratamiento de braquiterapia de baja tasa de dosis.</p>	<p>Nivel de participación alto 15–18ptos</p> <p>Nivel de participación medio 10–14ptos</p> <p>Nivel de participación bajo <10ptos</p>

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CRITERIOS PARA ASIGNAR VALOR	PROCEDIMIENTOS	APROX. DE TÉCNICAS DE INSTRUMENTACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
<p style="text-align: center;">FRECUENCIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar permiso para exploración del campo a investigar. • Revisión del instrumento • Solicitar permiso para la realización del Proyecto • Ejecutar el proyecto • Cotejar los datos en una hoja de registro. • Clasificar los datos a través de tablas, cuadros estadísticos. • Analizar los datos. 	<p style="text-align: center;">OBSERVACIÓN (TÉCNICA)</p> <p style="text-align: center;">LISTA DE COTEJO (INSTRUMENTO)</p>	<p style="text-align: center;">N O M I N A L</p>

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A.- TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El presente estudio es de *tipo* cuantitativo, *de nivel* aplicativo, porque ayudará a resolver problemas, y *método descriptivo* porque los hechos se observarán y se presentarán tal como suceden y según el problema de la investigación planteada es *Prospectivo* porque el registro de la información se registrarán en una lista de cotejo según se van sucediendo los hechos y la secuencia del estudio es de corte longitudinal de Enero a Mayo del 2006 en los servicios de cirugía del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

B.- SEDE DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que se encuentra ubicado en la Av. Angamos Este 2520 Surco, Lima-Perú; en el cual se brinda atención al paciente oncológico, en los servicios del instituto en su infraestructura cuenta con 7 pisos de los cuales el 4to y 5to piso son de cirugía, éstas están distribuidas por departamentos de: ginecología, cabeza y cuello, senos huesos y tumores mixtos, abdomen, radioterapia, neurocirugía, y tórax, donde el personal de enfermería trabaja las 24 horas de 7am a 7pm y de 7pm a 7am., siendo el promedio de 1 enfermera/16 pacientes como promedio.

En los servicios de cirugía mencionados del Instituto, laboran aproximadamente 30 enfermeras asistenciales, quienes asisten a los pacientes de braquiterapia de baja tasa de dosis y brindan información individual bajo su propio criterio, pero no cuentan con un programa educativo estandarizado, dirigido a este tipo de pacientes.

C.- POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por todas las pacientes que ingresan para recibir braquiterapia de baja tasa de dosis, durante los meses de Enero a Mayo 2006.

Criterios de inclusión :

- Que acepten participar voluntariamente en el estudio (consentimiento informado)
- Edades que fluctúan entre los 30 a 70 años.
- Pacientes que van a recibir el tratamiento por primera vez.
- Braquiterapia solo del sistema Fletcher con una duración mayor a 72 horas

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no desean participar del estudio.
- Pacientes que reciben el sistema Manchester.
- Pacientes que reciben radioterapia por segunda vez.
- Menores de 29 años y mayores de 71 años.
- Tiempo de duración menor a 72 horas.
- Pacientes con diversas limitaciones para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

D.- TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se hizo uso de la técnica de la Observación y como instrumento de recolección de datos se utilizó la “lista de cotejo”, la que fue sometido a juicio de expertos para su validez de contenido y constructo, luego de los informes se realizó la prueba piloto para determinar la validez y confiabilidad estadística mediante la Correlación R de Pearson y alfa de Croumbach.

E.- PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Posteriormente se realizaron los trámites administrativos pertinentes para obtener la respectiva autorización, luego se coordinó con las jefas de los servicios del 4º y 5º piso E; la recolección de datos se efectuaron durante los meses de Enero a Mayo del 2006 utilizando el instrumento elaborado. Cada observación fue aplicada en un lapso de 20 minutos aproximadamente. Posteriormente a ello se realizó el procesamiento de los datos en el programa del SPSS 12.0 a fin de que estos sean presentados en tablas y gráficos para realizar el análisis e interpretación respectiva teniendo en cuenta la base teórica revisada.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de obtenida la información respectiva, los datos fueron procesados en el programa informático del sistema SPSS 12.0 y presentada en gráficos y cuadros estadísticos para un mejor análisis e interpretación.

La población de estudio estuvo constituida por 86 (100%) pacientes que recibieron braquiterapia de baja tasa de dosis, cuyas edades en el 31,4% (27) están entre 40-49 años de edad, 25,6% (22) pacientes tienen entre 50-59 años y un 20,9% (18) entre 30-39 años y un 22,1% (19) entre 60-70 años. (Ver anexo 5), y en relación al grado de instrucción 27,9% (24) no han concluido con su primaria; 25,6% (22) cuentan con primaria completa, 5,8%(5) secundaria incompleta y un 24,4% (21) tiene secundaria completa y sólo un 8,1% (7) cuenta con educación superior y un 8.1% (7) no tienen instrucción (ver anexo 6).

El problema cáncer de Cervix, que ha sido considerado como un problema en nuestro país, está disminuyendo en forma gradual desde hace varios años. En Lima metropolitana la incidencia de este tipo de neoplasia muestra que dicha disminución no es algo temporal, sino que es constante y cada año ese beneficio se hace más ostensible; desgraciadamente, eso no ocurre con el resto del país en donde, por ejemplo, el registro de cáncer en Trujillo encontró una incidencia de 52.4 por 100 mil que sería una de las más altas del mundo.⁽²²⁾

El cáncer de Cervix es uno de los más frecuentes en la población femenina sobre todo en países subdesarrollados. Encontrándose el mayor porcentaje entre los 45-54 años en un 30,4%, seguidos de un

25,7% y el porcentaje más bajo fue de 4% para el rango de 75–84 años.⁽²³⁾ El cáncer Cervix es el segundo en frecuencia en la población femenina mundial, cada año se registran 500 mil nuevos casos de los cuales aproximadamente la mitad fallece por la enfermedad. ⁽²⁴⁾

Hasta fines de la década del 60, el grupo etáreo de mayor prevalencia se encontraba entre los 50 y 65 años, donde los factores de riesgo estaban solamente vinculados a los de orden socioeconómico y a la multiparidad propia observada en las zonas rurales. Posteriormente, otro factor de tipo infeccioso y epidemiológico, modificó el rango a edades más bajas, puesto que, el virus papiloma humano, surgió como un posible agente causal vinculado al inicio temprano de las relaciones sexuales y a pareja inestable. ⁽²⁵⁾

De lo descrito observamos que a diferencia de lo que ocurría en las últimas décadas el cáncer de cérvix disminuyó la edad de presentación con un 16,2% entre 25-34 años, 25,7% entre 35-44 años, 30,4% entre 45-54 años, 17,6% 55-64 años; con lo que queda demostrado que la mayor cantidad de pacientes presenta cáncer de Cervix antes de los 55 años con un total de 72%.

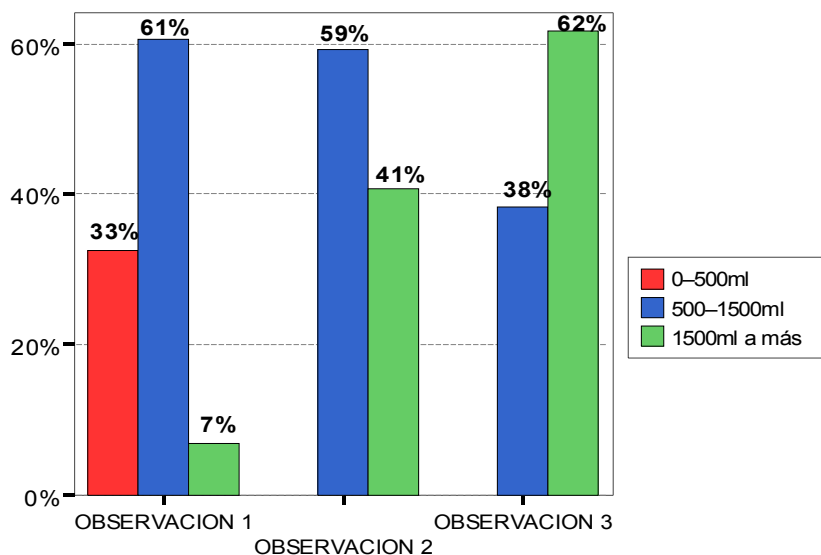
Según *FODERE*, la mayoría de los pacientes tienen miedo al tratamiento y es más si lleva consigo un cuerpo extraño en el cuerpo, siendo importante la enseñanza impartida por el profesional de enfermería ya que influye favorablemente en el autocuidado, dependerá también del grado de instrucción que el paciente adopte nuevas conductas durante su cuidado, ya que deberá tener conocimiento básicos para explicar sus necesidades y elegir alternativas que ayuden en su autocuidado. ⁽²⁶⁾

Por lo que se concluye que la edad que prevalece en los pacientes con braquiterapia de baja tasa de dosis se encuentra entre los 40-49; lo cual se relaciona con otros estudios el mayor porcentaje de los pacientes cuentan con una educación primaria incompleta; lo cual requerirá mayor ayuda para que pueda explicar sus necesidades y elegir alternativas que favorezcan en su autocuidado.

En relación a la Participación del Paciente con Cáncer de Cervix en su Autocuidado durante el Tratamiento de Braquiterapia de Baja tasa de dosis se encontró lo siguiente:

GRÁFICO N° 01

INGESTA DE LÍQUIDOS DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - PERÚ, 2006



FUENTE. OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO DE ENERO A MAYO - 2006

En el gráfico N° 01; se aprecia que durante la primera observación, un 60% (52) ingieren líquidos entre 500-1500ml , un 33% (28) ingieren menos de 500ml, sólo un 7%(6), ingieren de 1500ml a más ; en la segunda observación se tiene un 59% (51) ingieren entre 500 a 1500ml, un 41%(35) pacientes ingieren líquidos de 1500ml a más, para una tercera observación; la ingesta de líquidos de 1500ml a más corresponde a un 62% (53) y un 38% (33) pacientes que ingieren líquidos entre 500-1500ml; como se puede apreciar ; la ingesta de líquidos durante la segunda y tercera observación es mayor a 500ml.

La braquiterapia es una modalidad de irradiación que se basa en el empleo de fuentes radioactivos sellados, introducidos opuestos en contacto con las cavidades o tejidos.⁽²⁷⁾

Por lo que se puede afirmar que los pacientes afectados comprenden en edades de 41-50 años, siendo en mayor proporción del sexo masculino y con estudios de primaria y secundaria. La incidencia de estos casos esta ligado con los estilos y hábitos de vida, que durante la vida uno lo va adquiriendo (consumo de tabaco, alcohol, alimentos nocivos)²⁸. Este método se emplea en todos los periodos de la enfermedad, no es inocuo, pero a veces produce complicaciones inmediatas y tardía que depende de factores propios del individuo, de las técnicas utilizadas o un mes después del tratamiento y los tardios entre un mes y 5 años de finalizado.⁽²⁹⁾

La Enfermera ocupa un lugar importante en el cuidado de los pacientes a quien se les aplica esta modalidad terapéutica, brindándoles apoyo psicológico y emocional. Cuando aparecen las complicaciones, el personal de enfermería es quien primero conoce los síntomas que aquejan los pacientes, debido al contacto directo y a la

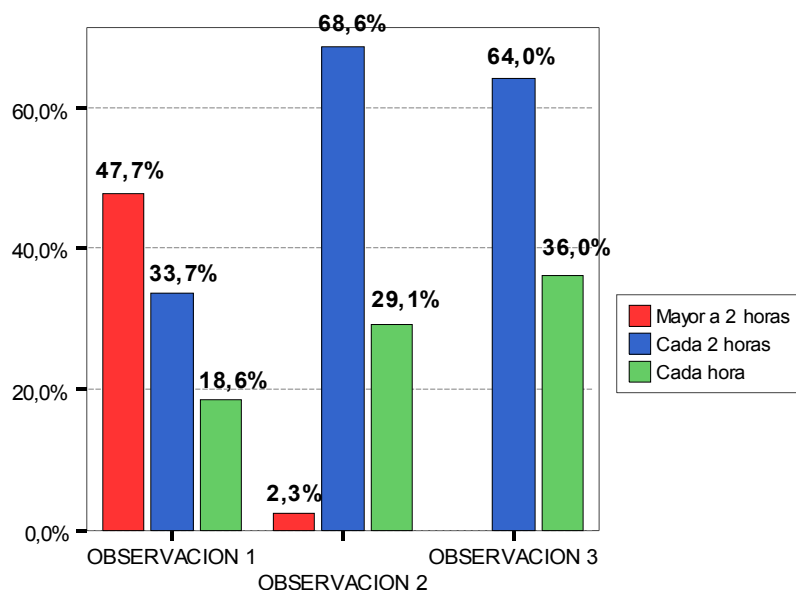
comunicación con ellas.⁽³⁰⁾ En cuanto a las complicaciones cabe decir que hubo supremacía de la proctitis grado III; la cistitis grado I con sintomatología de disuria; de ahí la importancia de la ingesta de líquidos para prevenir y/o reducir éstas complicaciones.⁽³¹⁾

Por lo tanto es importante destacar la función de la enfermera y el apoyo psicológico y emocional que brinda en estos casos. En la literatura⁽³²⁾ Se plantea que de esa labor depende en gran medida el logro de los resultados deseados.

Por lo que se concluye que los pacientes participan en forma progresiva en la prevención de cistitis y disuria, incrementando su ingesta de líquidos a más de 1500ml. por día. Gracias a la intervención de enfermería a través de la orientación durante el tratamiento.

GRAFICO N° 02

MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTE EN SU CAMA, DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEADES NEOPLÁSICAS, LIMA - PERÚ 2006



FUENTE. OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO DE ENERO A MAYO - 2006

En cuanto a la movilización de los pacientes sobre su cama (gráfico N° 02); se tiene que durante la primera observación un 47% (41) de pacientes demoran más de dos horas para movilizarse y/o realizar un cambio de posición, 33,7% (29) se moviliza cada dos horas; y sólo un 18,6% (16) se moviliza cada hora. En la segunda observación se tiene un 68,6% (59) de pacientes se moviliza cada dos horas, un 29,1% (25) se movilizan cada hora y sólo un 2,3%(2) demora más de dos horas para movilizarse y durante la tercera observación se tiene que un 64%(55) e moviliza cada dos horas y un 36% (31) se moviliza cada

hora; se observa que disminuye el porcentaje de pacientes que demoran más de 2 horas para movilizarse en un 0%.

El movimiento es un componente esencial de la vida del hombre, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La movilización comporta una serie de ventajas al organismo como son: una buena condición física, muscular y ósea, una mejor asimilación de la dieta ingerida, etc. Cuando esta movilidad esta disminuida o es inexistente, pueden aparecer llagas, edemas, estreñimiento.

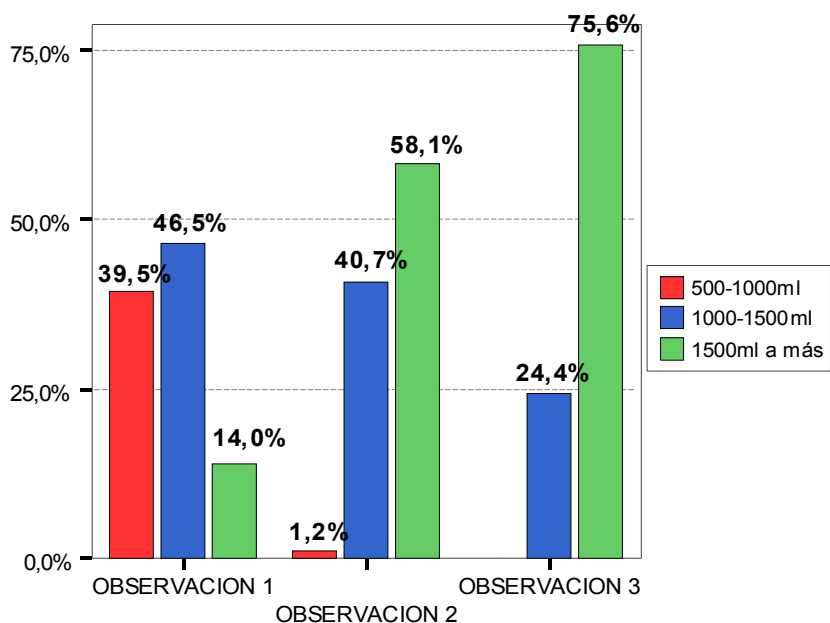
Las complicaciones más comunes que se dan cuando una persona permanece en cama prolongado son: disminución de la resistencia muscular, rigidez y contractura muscular, debilidad muscular y atrofia, hipotensión hipostática, reducción del volumen plasmático, fenómenos tromboembólicos y la disminución de la capacidad cardiovascular, catabolismo proteico con un balance nitrogenado negativo. También pueden sobrevenir estados de ansiedad, depresión, intolerancia al dolor, insomnio e irritabilidad; las complicaciones respiratorias son las mejor conocidas y más temidas, ya que si se establecen, son más amenazantes para la vida que la enfermedad base. La posición en decúbito impide la función óptima de los músculos respiratorios favoreciendo la hiperventilación pulmonar. Hay una disminución del volumen corriente y del volumen minuto, cambios del volumen corriente y del volumen minuto, cambios regionales en la relación ventilación/perfusión y como consecuencia de todo ello atelectasia y neumonías hipostáticas.⁽³³⁾ .⁽³⁴⁾

Por lo que, todo paciente que no realiza movimientos y/o cambios de posición cada hora o cada dos horas, esta propenso a generarse otro problema, como los ya descritos anteriormente.

Por lo que se concluye que las pacientes durante el inicio del tratamiento tienen miedo a realizar cambios de posición debido al dolor y temor de que el sistema se desubique de su lugar; siendo más activa su participación durante el tratamiento hasta el retiro del sistema. Favoreciendo así a la prevención de complicaciones producidas por la falta de movimiento.

GRAFICO N° 03

DIURESIS DE PACIENTES EN 12 HORAS, DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - PERÚ 2006



FUENTE. OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO DE ENERO A MAYO -2006

Con respecto a la diuresis durante 24 horas (gráfico N° 03), tenemos que: durante la primera observación un 46,5%(40) de pacientes tienen una diuresis entre 1000-1500, un 39,5%(34) de pacientes con una diuresis entre 500-1000ml y sólo un 14%(12) de pacientes con una diuresis mayor a 1500ml. En la segunda observación se tiene un 58,1%(50) de pacientes con una diuresis mayor a 1500ml, un 40,7% (35) pacientes tienen una diuresis entre 1000–1500ml, y sólo un 1,2% (1) con una diuresis entre 500-1000ml. En la tercera observación, 75,6% (65) de los pacientes tienen una diuresis mayor a 1500ml; un 24,4% (21) con una diuresis entre 1000–1500ml.

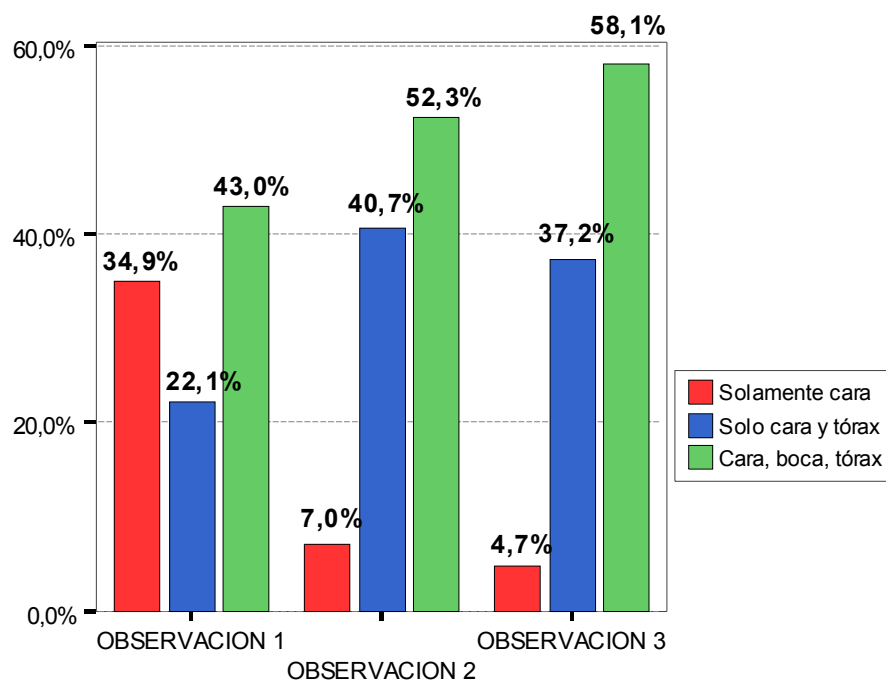
El inmovilismo puede ser factor desencadenante de una retención urinaria sobre todo en pacientes con obstrucción urinaria. Las posturas inadecuadas, facilitan la estasis urinaria, deshabilitando la musculatura pélvica y del músculo detrusor. El aumento del residuo vesical favorece el desarrollo de cálculos (también relacionados con hipercalciuria) e infecciones urinarias recurrentes..⁽³⁵⁾

Durante el tiempo que requiere el tratamiento, toda paciente deberá permanecer con una sonda foley, para ayudar a evitar retención urinarias, evitar infecciones, evitar complicaciones con el sistema instalado, favorecer una comodidad al momento de eliminar el residuo de líquido en el organismo.

Por lo que se concluye que los pacientes participan de manera activa, con la ingesta de líquidos para mejorar y/o mantener una diuresis aceptable durante este tratamiento; sólo durante las primeras observaciones se tiene pacientes con una diuresis menor a 1000ml, esto debido a la poca ingesta de líquido por el temor, dolor, las sensaciones de llenura, náuseas y gases.

GRÁFICO N° 04

HIGIENE PERSONAL DE LOS PACIENTE, DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ 2006



FUENTE. OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO DE ENERO – MAYO –2006

Con respecto a la participación del paciente con su higiene (gráfico N° 04) se tiene; Durante la primera observación; 43%(37) de pacientes realiza su higiene en cara, boca y tórax, un 34,9%(30) realiza su higiene sólo la cara y sólo un 22,1%(19), realiza higiene sólo cara y tórax . Durante la segunda observación un 52,3%(45) realiza su higiene en cara, boca y tórax, un 40,7%(35) realiza su higiene sólo en cara y tórax y un solo un 7%(6) realiza su higiene a nivel de la cara. En la tercera observación, se tiene que un 58,1%(50) de pacientes realiza su higiene en cara, boca y tórax, un 37,2%(32) pacientes lo realizan solo

cara y tórax y sólo un 4,7% (4) paciente realiza su higiene solamente la cara.

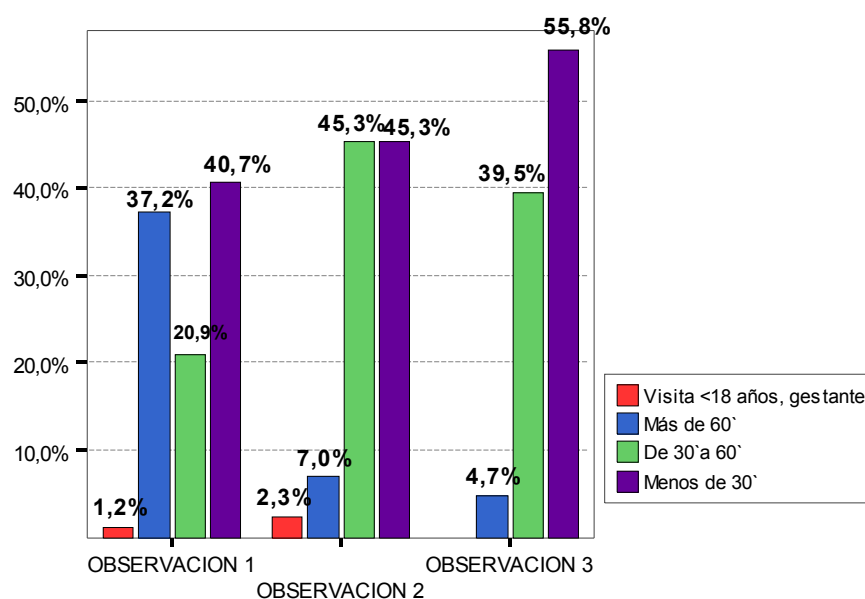
La higiene en una etapa inicial puede existir resistencia al bañarse o a ser bañado, por disminución de la autoestima, pérdida de la rutina, desorientación en tiempo y espacio o simplemente por creer que es algo que ya hicieron.

La higiene oral es esencial para salud y el bienestar de los pacientes, la ausencia de las malas estrategias de limpieza puede llevarlos a tener focos de infección; los dientes, la lengua y las prótesis (todo el interior de la boca) deben ser perfectamente cepillados o limpiados después de cada alimento.⁽³⁶⁾

Por lo expuesto, se concluye que hay un mayor porcentaje de pacientes quienes realizan su higiene de forma autónoma, sobre todo a nivel de cara, boca y tórax; cabe recalcar que no pueden realizar su higiene a nivel de miembros inferior debido a la presencia del sistema, para lo cual requiere la ayuda del personal técnico en enfermería.

GRÁFICO N° 05

DURACIÓN DE LAS VISITAS DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO DE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ 2006



FUENTE. OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO DE ENERO – MAYO –2006

Con respecto al gráfico N° 05; tenemos que: durante la primera observación un 40,7%(35) recibe visita menos de 30 minutos, 37,2%(32) recibe visita con un tiempo mayor a 60 minutos, 20,9% (18) recibe visitas de 30 a 60 minutos; y sólo un 1,2% (1) recibe la visita de un menor de 18 años y/o gestante; en la segunda observación un 45,3%(39) recibieron visitas de 30 a 60 minutos y un 45,3%(39) menos de de 30 minutos; un 7% (6) recibe visita más de 60 minutos y sólo 2,3%(2) tiene visitas de menores de 18 años y/o gestante. En la tercera observación 55,8%(48) tiene visita menos de 30 minutos, 39,5% (34)

tienen visita de 30 a 60 minutos; y sólo un 4,7% (4) tienen visita más de 60 minutos.

El efecto más importante de la exposición a radiaciones es la aparición después de largos periodos de un pequeño exceso de cánceres en los grupos irradiados, expresado por individuo irradiado, esto equivale a un pequeño incremento en la probabilidad de morir por cáncer. Existe buena y creciente evidencia que el proceso de iniciación se debe a daños en el ADN de las células, y que el cáncer se inicia en una célula. Existe también buena evidencia que las lesiones de doble cadena del ADN y su incorrecta reparación, tienen importancia crítica para la respuesta radio biológica. Dado el mecanismo descriptivo, no hay ninguna base para suponer que exista un umbral de dosis debajo del cual el incremento de cancerogenesis sea cero. Es razonable por lo tanto suponer que el incremento de riesgo crece monotónicamente con la dosis.⁽³⁷⁾

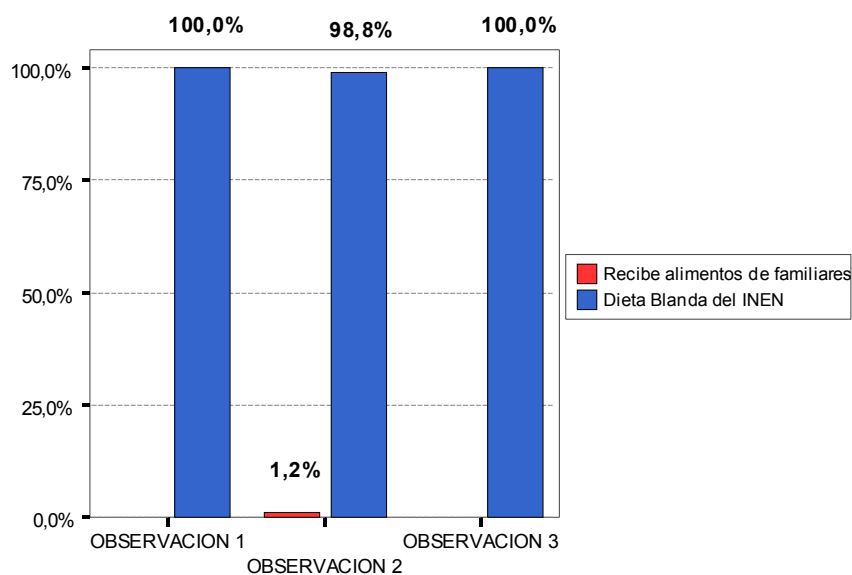
Los efectos producidos por la radiación son clasificados como: estocásticos y determinísticos; el primero está relacionado con mutaciones cromosómicas en células somáticas y células germinales, los efectos determinísticos de acuerdo al umbral se puede observar anemias, caída de cabello.⁽³⁸⁾

Por lo que a mayor tiempo de exposición, mayor es el riesgo a los efectos de la radiación, debiendo ser la visita un máximo de 60 minutos, más aun se debe evitar la presencia de menores de 18 años y gestantes; por ser una población con mayor susceptibilidad a la radiación.

Por lo que se concluye; que los pacientes participan activamente en la restricción de visitas y el cumplimiento de la hora de visita, siendo su participación en forma progresiva de un 40,7% a un 55,8% de pacientes que reciben visitas menos de 30 minutos.; pero existe un porcentaje mínimo de 1,2% quienes reciben visita de menores de 18 años y/o gestantes; debido a la falta de apoyo psicoemocional del paciente y comprensión de la magnitud del problema a la que están expuestos sus familiares.

GRÁFICO N° 06

**ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE, DURANTE EL TRATAMIENTO
De BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
LIMA – PERÚ
2006**



FUENTE. OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO DE ENERO – MAYO –2006

Con respecto a la participación en la alimentación, tenemos. Que durante la primera y tercera observación el 100%(86) pacientes reciben una dieta blanda sin residuo, mientras que en la segunda observación

se tiene un 98,8%(85) de pacientes que reciben solo una dieta blanda sin residuo y sólo un 1,2%(1) recibe alimentos de familiares.

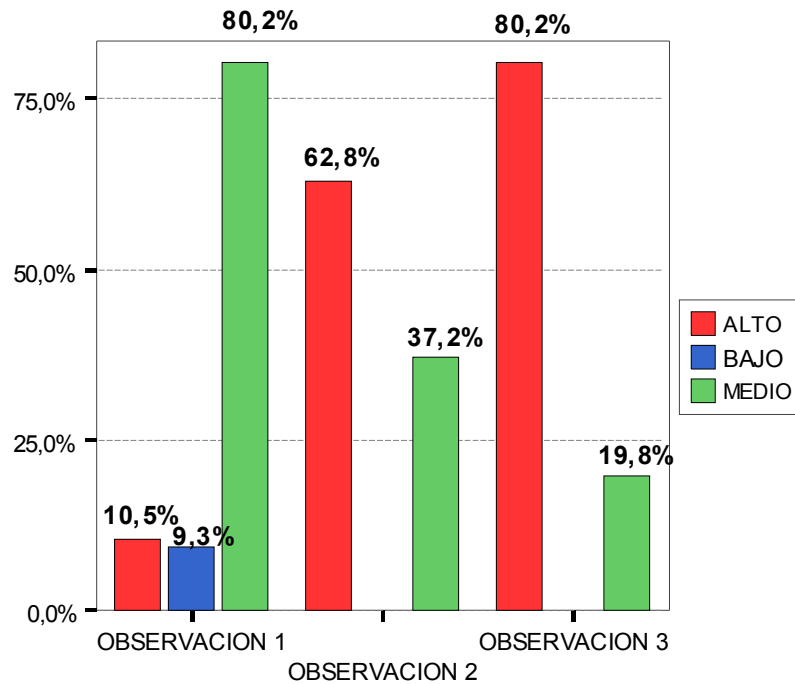
La alimentación es un alimento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano, con los cuales se obtiene una nutrición equilibrada. El dolor en hipogastrio, se bien se observa es un síntoma más frecuente durante el tratamiento, al presentarse en un 40,2%⁽³⁹⁾

Por lo expuesto se concluye, que hay una partición en su totalidad al recibir alimentos que sólo el hospital les proporciona, evitando así sintomatología en el aparato digestivo como son los cólicos, acumulo de gases, deposiciones sueltas.

GRÁFICO N° 07

**NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU
AUTOCUIDADO DURANTE EL TRATAMIENTO DE
BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,
LIMA – PERÚ**

2006



FUENTE. OBSERVACIÓN POR LISTA DE COTEJO DE ENERO – MAYO –2006

Con respecto al nivel de participación de existe se tiene: que durante la primera observación un 80,2% (69) tienen un nivel de participación medio, un 10,5%(9) y un 9,3%(8) de pacientes tienen un nivel de participación alto, Durante la segunda observación se tiene que un 62,8%(54) de pacientes tienen un nivel de participación alto y sólo un 37,2% (32) tienen un nivel de participación media. Durante la tercera observación se que tiene que un 80,2%(69) de pacientes tienen un alto

nivel de participación, y sólo un 19,8% (17) de pacientes tienen un nivel de participación media.

Es importante destacar la función de la enfermera y el apoyo psicológico y emocional brindado a estos casos. En la literatura se plantea que de esa labor depende en gran medida el logro de los resultados deseados.

El paciente debe realizar actividades de un conjunto de destreza y/o habilidades que contribuyen en su autocuidado entendiéndose éste como un acto propio del individuo de regular los factores que afecten su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, los cuales pudieron haber sido adquiridos por medio de la experiencia y/o a través de demostraciones, lo cual puede ser valorado a través de la observación y puede ser referida y/o expresada a través del lenguaje contribuyendo en su autocuidado, considerándose para ello los cuidados ya descritos..

Por lo que se concluye que el nivel de participación de los pacientes con cáncer de Cervix en su autocuidado es activo, dinámico y progresivo de menos a más, debido a la intervención constante de enfermería, a través de la información verbal lo que sería más efectivo si se contara con un programa educativo estandarizado para este tipo de pacientes sometidos a braquiterapia de baja tasa de dosis unido a las acciones de prevención de complicaciones. Gracias a la propia participación del paciente se evitan diversas complicaciones desde un ámbito personal hasta un ámbito familiar y social.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A.- CONCLUSIONES

Luego de haber analizado los datos concluimos en:

- Respecto a la ingesta líquidos, los pacientes participan en forma progresiva en la prevención de cistitis y disuria, incrementando su ingesta de líquidos a más de 1500ml. por día debido a la intervención de enfermería a través de la orientación durante el tratamiento.
- Respecto a la movilización las pacientes durante el inicio del tratamiento tienen miedo a realizar cambios de posición debido al dolor y temor de que el sistema se desubique de su lugar; siendo más activa su participación durante el tratamiento hasta el retiro del sistema. Favoreciendo así a la prevención de complicaciones producidas por la falta de movimiento.
- Respecto a la diuresis de las pacientes participan de manera activa, con la ingesta de líquidos para mejorar y/o mantener una diuresis aceptable durante este tratamiento; sólo durante las primeras observaciones se tiene pacientes con una diuresis menor a 1000ml, esto debido a la poca ingesta de líquido por el temor, dolor, las sensaciones de llenura, náuseas y gases.
- Respecto a su higiene, hay un mayor porcentaje de pacientes que realizan su higiene de forma autónoma, sobre todo a nivel de cara, boca y tórax; cabe recalcar que no pueden realizar su higiene a nivel de miembros inferior debido a la presencia del sistema, para lo cual requiere la ayuda del personal técnico en enfermería.

- Respecto a las visitas, las pacientes tratan de recibir sus visitas en un lapso no mayor de 60 minutos debido a que van comprendiendo que a mayor tiempo de exposición, mayor es el riesgo a los efectos de la radiación, más aun que deben evitar la presencia de menores de 18 años y gestantes; por ser una población con mayor susceptibilidad a la radiación.
- El nivel de participación del paciente en su autocuidado es alto que se evidencia en un 80,2% de los pacientes, y sólo un 19,8% tienen un nivel de participación media, lo que el cual implica que la información que recibe influye en la participación activa, dinámica y progresiva en el tratamiento y la prevención de complicaciones durante y después del tratamiento., dado que en este tipo de pacientes existe limitación en el acercamiento físico por la irradiación.

B.- RECOMENDACIONES

- Que las enfermeras implementen programas educativos individualizados partiendo siempre de un análisis de las necesidades de cada paciente y con la participación de un equipo multidisciplinario para brindar una información adecuada para cada tipo de paciente. Para contribuir con la progresiva participación de los pacientes y así disminuir las posibles complicaciones y mejorar la estadía de estos durante su hospitalización.
- Que se establezca un sistema de información accesible en todo momento para el paciente y familia que facilite el autocuidado antes, durante y después del tratamiento.
- Fomentar la autonomía de los pacientes, mediante la educación personalizada

- Establecer mecanismos de coordinación Interinstitucionales entre la universidad y servicios de Salud, que favorezcan la viabilidad en los términos estimados para la ejecución de los proyectos y así cumplir con la culminación de los trabajos de investigación.

C.- LIMITACIONES

- Los resultados sólo pueden ser aplicados a realidades similares y no pueden ser generalizados.
- Existe un proceso evaluativo muy largo, para la aprobación de los proyectos de investigación.
- No existen estudios, ni programas educativos estandarizados para este tipo de pacientes con respecto a la participación de las pacientes en el tratamiento de. que logren satisfacer las necesidades educativas de los pacientes, al inicio del tratamiento siendo que en este tratamiento por la irradiación permanente el personal de salud limita el acercamiento físico pero debe potenciar el autocuidado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Arevian, M., Noured, S. And Kabakian, T (1997). A Survey of Knowledge, attitude and practice of cervical screening among Lebanese/ armenian Woman. Nursing out look, 45(1):16–22.
- (2) BELARD, Jonh y PECK Arthur, 1997 “Reacciones emocionales al tratamiento con Radioterapia”, Nueva Cork, P9
- (3) FRISCHENSEHLGER O. Hohenberg, 1991 “The Psychosocial Careo of Cáncer Radiologg Patiente the requierement Subjetiva Need aud Acceptance” Institute For Medizinische Psicología Universital OEIN, Germany. P10.
- (4) WHOLE, Z. 1991 “Athreat to Feminita Minimising side efects in Pelvis Insolation” USA. P10.
- (5) FRITH, B. 1992 “Living Information to Radio Therapy Patients” U.S.A. P.10
- (6) SCHMALE E. Iker 1966 “La radioterapia y usted” Nacional Cáncer Institute, U.S.A. P 20.
- (7) TORI ROJAS, Patricia 1993 “Aspectos emocionales en pacientes con cáncer de cérvix que recibieron radioterapia, INEN, Lima, Perú,
- (8) AMARO VICUÑA, Hernán, 1999 “Rol Educativo y asistencial del enfermero en la atención del paciente con radiación intracavitaria en el 4to y 5to piso” INEN, Lima, Perú, P.8
- (9) Brunner y Suddarth. Medico quirúrgico 8va Edición, pp.272
- (10)Ibid (1) pg. 16
- (11)INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS “Oncología” Talleres Gráficos, Lima, 1993, P11.
- (12)Escandon–Romero C. Benitez Martinez MG, Navarrete Espinoza J, Vazquez Martinez JL, Martinez MontañezOG, Epidemiology of cervical cancer t the mexican institute of social security, Salud pública, Mexico,1992; 34(6);17
- (13)De la Garza, SJG, Cáncer cervicouterino, annalis of oncology, Edición Española 1998, 1(4); 3221–5226

- (14) Bengt-Inget R. In vivo and clinical dosimetry/Brachytherapy. TLD, diodes, film portal imaging. Conference Interregional Training Course. Finland-Sweden 1992.
- (15) Kapp KS. Dosimetry of intracavitary placements for uterine and cervical carcinoma: results of orthogonal film, TLD, and CT assisted techniques. *Radiother Oncol* 1992;137-46.
- (16) Mould RF. Radiation dosimetry for the Amersham Caesium-137 manual afterloading system for gynaecological brachytherapy ISBN 0-90125908 The Whiterfrias Press Ltd. London and Tonbridge.
- (17) Dobbs J, Barret A, Ash D. Practical radiotherapy planning. 2 ed, 1992;241-6.
- (18) De Vita V, Hellman S. Carcinoma of the cervix. In: cancer: principles practice of oncology. 4 ed. Philadelphia: Lippincott, 1993:1168-94.
- (19) Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en enfermería. *Rev Cubana Enferm* 1995;11(1):7-13.
- (20) Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en enfermería. *Rev Cubana Enferm* 1995;11(1):20.
- (21) OTTO, Shriley E. 1999 "Enfermería Oncológica" 3ra Edición., Pg. 115
- (22) Periódico Gestión Médica (Lima 12 de setiembre 2005)
- (23) Revista post grado de la VI a cátedra de medicina N° 141 enero 2005, pg. 7–10
- (24) Perez Sánchez A. Ginecología de Pérez sanchez Segunda edición. Santiago Chile: Publicaciones técnicas mediterraneo. Ltda., 1995:274.
- (25) Martin de Civetta M. y col. Revisión epidemiológico de la relación de la infección por HPV y cáncer de cérvix uterino en zona de Alta incidencia , 1996; 3:167–177.
- (26) Fodere H. Bianchi L, Wrigt H. tratamiento de cáncer cervical uterino avanzado. *SOGBA* 1996, 27:149–152.
- (27) Hellman S. Carcinoma of the cervix. In cancer principles practice of oncology y ed. Philadelphia Lippincott, 1993, pg. 94
- (28) Mazon JJ, Martin M, Brun B, et al.: Induction chemotherapy in head and neck cancer: results of a phase III trial. *Head and Neck* 14(2): 85-91, 2002..

- (29) Murphy G. Lawrence W. cancer ginecologico, 2da edición, Washington, DC, OPS, 1996: 49
- (30) Barba Bence F. Control de infecciones hospitalarias. En Staine J. medicina interna. La habana. Editorial Científico-técnica, 1996: 69-78
- (31) Ortiz Reyes RM, Proctitis radiógena en el cáncer cervicouterino irradiado en el INOR en 1991; Rev, Cubana oncol, 1996; 12(2): 85-90.
- (32) Trincado Agudo MT. Fernandez Caballero E. Calidad en enfermería Rev. Cubana Enferm. (1995, 11 (1)). 7-13.
- (33) Factores de riesgo en la patología geriátrica, edit. Clínicas Geriátricas, Madrid 1996.
- (34) Brunner y Suddarth. Médico quirúrgico 8va Edición, pp.129
- (35) enfermería fundamental, Dossier, Edit. Interamericana MC Graw-Hill-1993
- (36) Cuidados Geriátricos en enfermería, edit, Doyma Barcelona, 1996
- (37) Beninson, D. J. Riesgo a Bajas Dosis de Radiación ionizante, 2005.
- (38) Mould RF. Radiation dosimetry for the Amersham Caesium-137 manual afterloading system for gynaecological brachytherapy ISBN 0-90125908 The Whiterfrias Press Ltd. London and Tonbridge.
- (39) Marinilla Z. Nociones y reflexiones sobre el cáncer. La habana editorial científico-técnica. 1997, pg. 9

BIBLIOGRAFÍA

AMARO VICUÑA, Hernán, 1999 “Rol Educativo y asistencial del enfermero en la atención del paciente con radiación intracavitaria en el 4to y 5to piso” INEN, Lima, Perú,

Barba Bence F. Control de infecciones hospitalarias. En Staine J. medicina interna. La habana. Editorial Científico-técnica, 1996:

BELARD, Jonh y PECK Arthur, 1997 “Reacciones emocionales al tratamiento con Radioterapia”, Nueva Cork,

Beninson, D. J. Riesgo a Bajas Dosis de Radiación ionizante, 2005.

Bengt-Inget R. In vivo and clinical dosimetry/Brachytherapy. TLD, diodes, film portal imaging. Conference Interregional Training Course. Finland-Sweden 1992.

Brunner y Suddarth. Medico quirúrgico 8va Edición,1997

Brunner y Suddarth. Medico quirúrgico 8va Edición,2001

Cuidados Geriatricos en enfermería, edit, Doyma Barcelona, 1996

De la Garza, SJG, Cáncer cervicouterino, annalis of oncology, Edición Española 1998.

De Vita V, Hellman S. Carcinoma of the cervix. In: cancer: principles practice of oncology. 4 ed. Philadelphia: Lippincott,1993.

Dobbs J, Barret A, Ash D. Practical radiotherapy planning. 2 ed, 1992.

Escandon-Romero C. Benitez Martinez MG, Navarrete Espinoza J, Vazquez Martinez JL, Martinez MontañezOG, Epidemiology of cervical cancer t the mexican institute of social security, Salud pública, Mexico,1992.

Enfermería fundamental, Dossier, Edit. Interamericana MC Graw-Hill-1993

Factores de riesgo en la patología geriátrica, edit. Clínicas Geriátricas, Madrid 1996.

Fodere H. Bianchi L, Wright H. tratamiento de cáncer cervical uterino avanzado. SOGBA 1996,

FRISCHENSEHLGER O. Hohenberg, 1991 "The Psychosocial Care of Cancer Radiology Patient the requirement Subjective Need and Acceptance" Institute For Medizinische Psychologie Universität OEIN, Germany.

FRITH, B. "Living Information to Radio Therapy Patients" U.S.A. 1992

Hellman S. Carcinoma of the cervix. In cancer principles practice of oncology y ed. Philadelphia Lippincott, 1993,

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS "Oncología" Talleres Gráficos, Lima, 1993.

Kapp KS. Dosimetry of intracavitary placements for uterine and cervical carcinoma: results of orthogonal film, TLD, and CT assisted techniques. Radiother Oncol 1992.

Martin de Civetta M. y col. Revisión epidemiológica de la relación de la infección por HPV y cáncer de cérvix uterino en zona de Alta incidencia , 1996;

Marinilla Z. Nociones y reflexiones sobre el cáncer. La habana editorial científico-técnica. 1997.

Mould RF. Radiation dosimetry for the Amersham Caesium-137 manual afterloading system for gynaecological brachytherapy ISBN 0-90125908 The Whitefriars Press Ltd. London and Tonbridge.

Mazeron JJ, Martin M, Brun B, et al.: Induction chemotherapy in head and neck cancer: results of a phase III trial. Head and Neck 2002..

Murphy G. Lawrence W. cancer ginecologico, 2da edición, Washington, DC, OPS, 1996

Ortiz Reyes RM, Proctitis radiógena en el cáncer cervicouterino irradiado en el INOR en 1991; Rev, Cubana oncol, 1996;

OTTO, Shriley E. 1999 "Enfermería Oncológica" 3ra Edición.,

Perez Sánchez A. Ginecología de Pérez sanchez Segunda edición. Santiago Chile: Publicaciones técnicas mediterraneo. Ltda., 1995

Periódico Gestión Médica (Lima 12 de setiembre 2005)

Revista post grado de la VI a cátedra de medicina N° 141 enero 2005,

SCHMALE E. Iker 1966 "La radioterapia y usted" Nacional Cáncer Institute, U.S.A.

TORI ROJAS, Patricia 1993 "Aspectos emocionales en pacientes con cáncer de cérvix que recibieron radioterapia, INEN, Lima, Perú,

Trincado Agudo MT, Fernández Caballero E. Calidad en enfermería. Rev Cubana Enferm 1995

WHOLE, Z. 1991 "Athreat to Feminita Minimising side efects in Pelvis Insolation" USA.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO:		PÁG.
A	CONSENTIMIENTO INFORMADO	III
B	CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL INEN.	IV
C	INSTRUMENTO: LISTA DE COTEJO	V
D	APLICACIÓN DE LA FÓRMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LA PARTICIPACIÓN: CATEGORIZACIÓN DEL PARTICIPACIÓN	VI
E	PRUEBA ESTADÍSTICA PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO	VII
F	PRUEBA ESTADÍSTICA UTILIZADA PARA DAR CONFIABILIDAD AL INSTRUMENTO	IX
G	PRUEBA F PARA DETERMINAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN	X
H	GRUPO ETÁREO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XI
I	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XI
J	INGESTA DE LÍQUIDOS DE LOS PACIENTES DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XII

K	MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTE EN SU CAMA, DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XII
L	DIURESIS DEL PACIENTE EN 24 HORAS, DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XIII
LL	HIGIENE PERSONAL DE LOS PACIENTE, DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XIII
M	DURACIÓN DE LAS VISITAS DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XIV
N	ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE, DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XVI
Ñ	NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU AUTOCUIDADO DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XVII
O	ESTADO GENERAL DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006	XVIII

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “**Nivel de participación del paciente con Cáncer de Cervix en el tratamiento de Braquiterapia de baja tasa**” Habiendo sido informada del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de investigación en mención, además confió en que los investigadores utilizarán adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad”.

.....
Firma de la paciente

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado paciente:

Los investigadores del proyecto para la cual Usted. Ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado. Nos comprometemos con usted a guardar la máxima confidencialidad de la información, así como también le aseguramos que los hallazgos serán utilizados sólo con los fines de investigación y no le perjudicará en absoluto.

Atentamente:

.....
Miguel Angel Ruiz Ninapaytán.
Autor del proyecto.

.....
Miriam Meza Soto.
Autora del proyecto.

ANEXO B

CARTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN INEN

ANEXO C

INSTRUMENTO: LISTA DE COTEJO

CODIGO:

EDAD:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

OCUPACIÓN:.....

ACCIONES REALIZADAS DURANTE EL TRATAMIENTO	PUNTAJE	NO	OBSERVACIONES		
			1°	2°	3°
LIQUIDOS INGERIDOS					
0 –500ML	1				
500–1500ml	2				
1500 a más	3				
SE MOVILIZA EN SU CAMA					
Cada hora	3				
Cada 2 horas	2				
Mayor a 2 horas	1				
DIURESIS DE 7AM A 7PM					
500–1000 ml	1				
1000–1500 ml	2				
1500 a más ml	3				
REALIZA SU HIGIENE PERSONAL					
CARA, BOCA, TÓRAX	3				
Solo cara y torax	2				
Solamente cara	1				
RECIBE VISITAS					
Menos de 30 minutos	3				
Más de 60 minutos	2				
De 30 a 60 minutos	1				
Visita menor de 18 años	0				
Gestante	0				
ALIMENTACIÓN					
Dieta blanda del INEN	3				
Recibe alimento de familiares	2				
Como se siente al participar en su cuidado					
TOTAL	18				

ANEXO D

APLICACIÓN DE LA FÓRMULA STANONES PARA LA OBTENCIÓN DE INTERVALOS EN LA PARTICIPACIÓN: CATEGORIZACIÓN DEL PARTICIPACIÓN

Primera observación

$$X_1 = 11,37$$

$$S_1 = 2,99$$

Segunda observación

$$X_2 = 113,37$$

$$S_2 = 2.41$$

Hallando X_p (promedio)

$$X_p = \frac{X_1 + X_2}{2} = \frac{11,37 + 13,37}{2}$$

$$X_p = 12,4$$

Hallando S_p (promedio desviación estándar)

$$S_p = \frac{S_1 + S_2}{2} = \frac{2,99 + 2,41}{2}$$

$$S_p = 2,7$$

PRUEBA STANONE

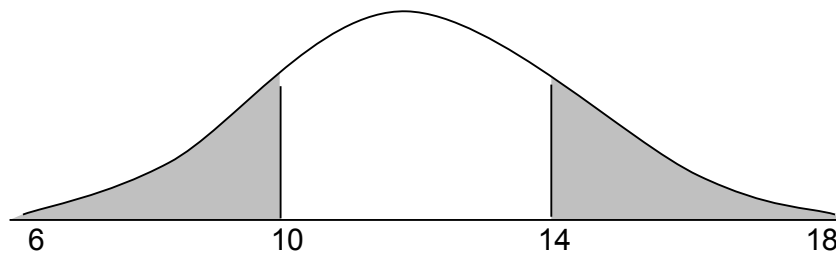
$$a = X_p - (0,75) * (S_p)$$

$$b = X_p + (0,75) * (S_p)$$

Reemplazando

$$a = 12,4 - (0,75) * (2,7) = 10,3$$

$$b = 12,4 + (0,75) * (2,7) = 14,4$$



Puntaje mínimo = 6

Puntaje máximo = 18

PARTICIPACIÓN BAJA = 06 — 09

PARTICIPACIÓN MEDIA = 10 — 14

PARTICIPACIÓN ALTA = 15 — 18

ANEXO E.

PRUEBA ESTADÍSTICA PARA VALIDAR EL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento se hace uso del coeficiente de correlación de pearson, tenemos:

SUJETOS	ÍTEMS						TOTAL
1	3	1	3	1	2	3	13
2	2	2	2	2	2	2	12
3	2	3	3	3	3	2	16
4	1	1	1	1	0	2	6
5	3	2	1	3	3	2	14
6	2	1	2	2	2	2	11
7	2	1	1	1	2	2	9
8	2	2	1	2	2	2	11
9	2	1	1	1	1	3	9
10	2	3	2	2	2	3	14
11	2	2	3	1	1	2	11
12	2	2	3	3	1	2	13
13	2	2	1	1	3	2	11
14	3	3	3	3	3	3	18
15	1	1	2	3	1	2	10
16	2	2	1	3	1	2	11
17	2	2	1	2	1	2	10
18	1	1	1	1	0	2	6
19	2	1	2	3	1	2	11
20	1	1	1	1	0	2	6
21	3	1	2	1	3	2	12
22	1	1	2	1	1	2	8
23	3	1	3	1	3	2	13
24	1	1	2	2	3	2	11
25	3	3	3	3	3	3	18
26	1	1	2	3	3	3	13
27	2	1	2	2	3	3	13
28	3	1	2	1	1	2	10
29	1	3	1	1	1	2	9
30	1	1	2	3	2	3	12

varianza	0,55	0,59	0,6	0,78	1,06	0,2
pearson	0,62	0,58	0,68	0,61	0,77	0,49

ANEXO F

PRUEBA ESTADÍSTICA UTILIZADA PARA DAR CONFIABILIDAD AL INSTRUMENTO

FORMULA DE ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{S_i^2}{S_T^2} \right]$$

k= número de ítems

S_i^2 = sumatoria de varianza

S_T^2 = Varianza total

Reemplazando tenemos:

$$K = 6$$

$$S_i^2 = 3,58735632$$

$$S_T^2 = 8,92988506$$

alfa crombach= **0,7179**

*** Instrumento confiable**

ANEXO G

PRUEBA F PARA DETERMINAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN

HIPÓTESIS DE ESTUDIO

Los pacientes con cáncer de cérvix, durante el tratamiento de braquiterapia de baja tasa, tienen una participación significativa en su autocuidado; en los servicios de cirugía del INEN.

Siendo la hipótesis estadística

$$H_{\text{nula}} = \overline{X}_1 = \overline{X}_2 = \overline{X}_3$$

$$H_{\text{alternativa}} = \overline{X}_1 < \overline{X}_2 < \overline{X}_3$$

Con un Error $\alpha = 0,05$

$\alpha/2 = 0,025$; posibilidad de rechazar la hipótesis nula, siendo verdadera

Prueba F

$$F = \frac{\mu_{Cent}}{\mu_{Cdentro}}$$

Donde:

$$\mu_{Cent} = \frac{SCent}{glent} = \text{media cuadrática ENTRE LOS GRUPOS}$$

$$\mu_{Cdentro} = \frac{SCdentro}{gldentro} = \text{media cuadrática DENTRO DE LOS GRUPOS}$$

Grados de libertad

gl entre los grupos = $k-1 = 2$; $k = N^{\circ}$ ítems

gl dentro del grupo = $N - k = 83$; $N =$ muestra

REGIÓN DE RECHAZO

Se rechaza si:

$$\boxed{F \text{ calculado} < F \text{ tabular}}$$

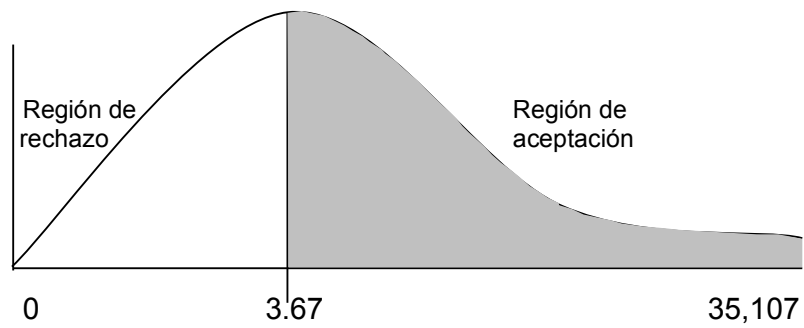
Donde F tabulado = 3,67

REALIZANDO LA OPERACIÓN

$$F = \frac{\mu_{Cent}}{\mu_{Cdentro}} = \frac{289,63}{8,15}$$

F calculada = 35,536

Toma de decisión:



ANEXO H

GRUPO ETÁREO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - PERÚ, 2006

GRUPO ETAREO	PACIENTES	
	Nº	%
30-39	18	20,9%
40-49	27	31,4%
50-59	22	25,6%
60-70	19	22,1%
TOTAL	86	100,0%

FUENTE: LISTA DE COTEJO APLICADO EN LOS
MESES DE 2006

Media	Mediana	Moda	Desviación Std	Varianza	Minimo	Maximo
49,79	49,13	52	10,675	113,956	31	70

ANEXO I

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA - PERÚ, 2006

<i>GRADO DE INSTRUCCIÓN</i>	<i>PACIENTES</i>	
	Nº	%
primaria incompleta	24	27,9%
primaria completa	22	25,6%
secundaria incompleta	5	5,8%
secundaria completa	21	24,4%
Superior	7	8,1%
sin instrucción	7	8,1%
TOTAL	86	100,0%

ANEXO J

**INGESTA DE LÍQUIDOS DE LOS PACIENTES DURANTE EL
TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA,
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006**

INGESTA LÍQUIDOS	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0–500ml	28	32,6%				
500–1500ml	52	60,5%	51	59,3%	33	38,4%
1500 a más	6	7,0%	35	40,7%	53	61,6%

ANEXO K.

**MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTE EN SU CAMA, DURANTE EL
TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA,
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006**

MOVILIZACIÓ N	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓ N 2		OBSERVACIÓN 3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mayor a 2 horas	41	47,7%	2	2,3%		
Cada 2 horas	29	33,7%	59	68,6%	55	64,0%
Cada hora	16	18,6%	25	29,1%	31	36,0%

ANEXO L

DIURESIS DEL PACIENTE EN 24 HORAS, DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006

DIURESIS	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
500–1000ml	34	39,5%	1	1,2%		
1000–1500ml	40	46,5%	35	40,7%	21	24,4%
1500ml a más	12	14,0%	50	58,1%	65	75,6%

ANEXO LL.

HIGIENE PERSONAL DE LOS PACIENTE, DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006

HIGIENE PERSONAL	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solamente cara	30	34,9%	6	7,0%	4	4,7%
Solo cara y tórax	19	22,1%	35	40,7%	32	37,2%
Cara, boca, tórax	37	43,0%	45	52,3%	50	58,1%

ANEXO M

DURACIÓN DE LAS VISITAS DEL PACIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006

VISITAS	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Visita menor de 18 años y/o gestante	1	1,2%	2	2,3%		
Más de 60 minutos	32	37,2%	6	7,0%	4	4,7%
De 30 a 60 minutos	18	20,9%	39	45,3%	34	39,5%
Menos de 30 minutos	35	40,7%	39	45,3%	48	55,8%

ANEXO N.

ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE , DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006

ALIMENTACIÓN	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recibe alimento de familiares			1	1,2%		
Dieta blanda del INEN	86	100,0%	85	98,8%	86	100,0%

ANEXO Ñ

**NIVEL DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN SU AUTOCUIDADO
DURANTE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA
TASA, INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS, LIMA – PERÚ, 2006**

<i>NIVEL</i>	<i>OBSERVACIÓN 1</i>		<i>OBSERVACIÓN 2</i>		<i>OBSERVACIÓN 3</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
ALTO	9	10,5%	54	62,8%	69	80,2%
BAJO	8	9,3%				
MEDIO	69	80,2%	32	37,2%	17	19,8%

ANEXO O

**ESTADO GENERAL DE LAS PACIENTE DURANTE EL
TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA,
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS,
LIMA – PERÚ, 2006**

	<i>OBSERVACIÓN 1</i>		<i>OBSERVACIÓN 2</i>		<i>OBSERVACIÓN 3</i>	
	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
ansiosa			1	1,2%	7	8,1%
bien	60	69,8%	62	72,1%	56	65,1%
cómoda	1	1,2%	1	1,2%		
contenta	3	3,5%				
dolor	9	10,5%	1	1,2%	2	2,3%
gases			1	1,2%		
mejor			1	1,2%		
nauseas	1	1,2%			1	1,2%
nerviosa	1	1,2%			6	7,0%
preocupa					1	1,2%
regular	2	2,3%	1	1,2%		
tranquil	9	10,5%	18	20,9%	13	15,1%
