

00921
161



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



TESIS

PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN
LA ORIENTACION BRINDADA A LAS PACIENTES CON CANCER
CERVICOUTERINO PARA EVITAR COMPLICACIONES.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTA:

ELSA ALMA TIRADO VELAZQUEZ.

Número de acta: 9357744-7

DIRECTORA DE TRABAJO

LIC. CATALINA MENDOZA COLORADO

México, Noviembre 2002

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE SALUD ESPOLANES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONTENIDO

Introducción general	Paginas
CAPITULO I	
<u>METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</u>	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.....	3
1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO.....	4
1.5 OBJETIVOS.....	4
1.5.1 Objetivo general	4
1.5.2 Objetivo específico.....	4
1.6 DETERMINACION DE LA ESTRATEGIA DE INVESTIGACION	
1.6.1 Tipo de la investigación	4
1.6.2 Diseño de la investigación.....	4
1.7 VARIABLES	
1.7.1. Variable dependiente.....	5
1.7.2 Variable independiente.....	6
1.8 DEFINICION OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE VARIABLES	
1.8.1 Definición conceptual de variable dependiente.....	6
1.8.2 Definición operacional de las variables independientes.....	6
1.9 METODOS DE SELECCION DE LOS PARTICIPANTES	
1.9.1 Universo.....	6
1.9.2 Población.....	6
1.9.3 Muestra.....	6
1.10 CRITERIOS DE SELECCION DE LOS PARTICIPANTES	
1.10.1 Criterios de inclusión.....	7
1.10.2 Criterios de exclusión.....	7
1.11 REQUERIMIENTOS DE LA INVESTIGACION	
1.11.1 Recursos humanos.....	7
1.11.2 Recursos materiales.....	7
1.11.3 Recursos financieros.....	7
1.11.4 Técnicas e instrumentos de investigación.....	7

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de esta tesis.
 NOMBRE: TERESA VILLARREAL
6 de A. L. L. A.
 FECHA: 8.05.13
 FIRMA: [Firma]

b

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL CANCER CERVICOUTERINO	
2.1.1 Anatomía y fisiología del útero.....	8
2.1.2 Anatomía y fisiología del cérvix.....	8
2.1.3 Evolución natural del proceso canceroso.....	9
2.1.4 Cuadro clínico.....	10
2.2 CLASIFICACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER CERVICOUTERINO	
2.2.1 Clasificación del cáncer cérvicouterino.....	10
2.2.2 Clasificación de la patología cervical	11
2.2.3 Bases para diagnóstico	12
2.2.4 Consideraciones generales.....	13
2.2.5 Etiología y epidemiología	13
2.2.6 Patogenia	13
2.2.7 Patología.....	13
2.2.8 Datos clínicos	14
2.2.9 Método de diagnóstico y tratamiento	14
2.2.10 Tratamiento.....	14
2.2.11 Procedimiento de colposcopia.....	15
2.3 PARTICIPACION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN LA ORIENTACION DE TRATAMIENTO	
2.3.1 Radioterapia, quimioterapia y cirugía	17
2.3.2 Necesidades nutricionales de la paciente con cáncer	20
2.3.3 Higiene personal y vida sexual de la paciente con cáncer	20
2.3.4 Orientación acerca de la radioterapia	21
2.3.5 Complicaciones acerca de los tratamientos.....	22
2.3.6 Complicaciones acerca de la alimentación.....	24
2.3.7 Estado emocional de la paciente con cáncer	27
2.3.8 Características de la paciente con cáncer en fase terminal	28
2.3.9 Función de la enfermera en el cuidado de la paciente con cáncer	29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

CAPITULO III

RECOLECCION, INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

3.1 Recolección de datos	31
3.2 Presentación de los resultados	32
3.3 Análisis e interpretación de los resultados	54
3.4 Conclusiones	58
3.5 Recomendaciones	61
3.6 Anexos	62
3.7 Bibliografía.....	68

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme dado cada día de vida con salud para poder llegar a este momento y por acompañarme en mi camino.

Gracias a mis padres por traerme al mundo, apoyarme, protegerme y guiarme con los principios y valores necesarios para afrontar esta vida. A mi madre por su amor y por enseñarme a luchar día a día. A mi padre por el calor y porque los consejos más sabios me los han dado él. Cada uno de mis logros fueron gracias a ustedes.

A mis hermanos Daniel, Héctor y Paty por compartir cada instante de mi vida en la infancia y adolescencia, por que siempre han confiado en mi y son seres humanos importantes de este mundo. A Jessica, Alin y Dither pilar de mi familia. A las personas que aunque ya no están aquí me apoyaron incondicionalmente. A mis tios Teresa y Sixto Velázquez que me acompañaron en tiempos difíciles y por brindarme su mano para levantarme.

A mis amigos Rubén quién me dio todo su apoyo para dar este paso tan grande y a Gerardo sus consejos, el estar siempre presente para mi son especiales.

A todos y cada uno de mis maestros por todo lo que me enseñaron en especial a la Lic. Catalina Mendoza Colorado por su apoyo. A cada una de mis pacientes que colaboraron en el estudio.

A Pepe gracias por llegar a mi vida en el momento indicado y acompañarme hasta mi muerte.

Por todo su cariño y apoyo Gracias.

Elsa Alma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

e

INTRODUCCION

Cada año se presentan más de seis millones de muertes por algún tipo de neoplasia maligna en el mundo, se estima que cerca de veinte millones de personas presentarán algún tipo de cáncer cada año de las cuales cerca de nueve millones corresponderán a casos incidentes.

México no es la excepción; el cáncer constituye un problema importante de salud pública, ya que es la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares con una tasa de 51.6 por cada 100 000 habitantes.¹

En la mayoría de los países desarrollados la mortalidad por las principales neoplasias malignas, muestra durante los ultimo años una reducción en la magnitud de sus tendencias crecientes. Sin embargo el perfil de la mortalidad por cáncer en las naciones menos desarrolladas presenta todavía un claro patrón ascendente. en México las tasas de mortalidad por cáncer muestran una marcada tendencia creciente en las ultimas décadas lo que constituye un enorme reto para las instituciones de salud.²

Cada día fallecen doce mujeres por cáncer de cuello de útero en México; este padecimiento es una de las principales causas de muerte en el país, particularmente en el grupo de 35 a 64 años, en 1994 los tumores malignos ocupan el segundo lugar entre las principales causas de muerte en población general.³

En el periodo de 1975 a 1992, la tasa de morbilidad por cáncer de acuerdo con la Secretaría de Salud pasó de 9.72 a 42.9 por 100 000 mujeres de 15 a 64 años, el primer incremento sustancial se observó en 1980 con 34.26, situación que se mantuvo relativamente constante hasta 1985 cuando la tasa se redujo a 23.93 en los siguientes seis años. Cabe mencionar que el crecimiento fue paulatino hasta 1992.⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹ Sánchez V. T Frecuencia de NIC y factores de riesgo en México. Vol. 65, No. 3 Pág.

² Manual para médicos y estudiantes. Oncología clínica Ed. Alhambra, Pág.. 112

³ Idem. Pág. 173

⁴ Idem. Pág. 174

S

El conocimiento de los factores de riesgo y estilo de vida contribuyen en la ocurrencia del cáncer favoreciendo a disminuir la incidencia por medio de la promoción para la salud, con acciones encaminadas a orientar a la población sensibilizándola y determinando su responsabilidad la detección temprana y control de esta enfermedad.⁵

Como factores predisponentes del carcinoma cérvicouterino, destacan los Siguietes: Bajos ingresos y escasa cultura médica del paciente, factores "aciales, es más frecuente en mujeres de raza negra, higiene deficiente la frecuencia es mayor en mujeres cuyo compañero no esta circuncidado, inicio de relaciones sexuales a edad temprana, traumatismos mecánicos y químicos ocasionados por el coito, relaciones sexuales con varias parejas, multiparidad, aceraciones cervicales ocasionadas por el parto, infecciones cérvico vaginales por chlamidia trachumatis, virus herpes tipo II o VPH (virus del papiloma humano), hormonoterapia inadecuada, déficit de ácido fólico, tabaquismo y uso prolongado de anticonceptivos hormonales.⁶

La prevención y detección temprana de cáncer cérvico uterino constituye una prioridad, los cambios del estilo de vida, el incremento en la urbanización e industrialización han producido en los últimos 50 años modificaciones en los patrones de enfermar o morir. La esperanza de vida se ha incrementado hasta alcanzar el promedio de 75 años lo que ha ocasionado un incremento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónico degenerativas.⁷

La prevención, control y tratamiento del cáncer cérvico uterino es una prioridad para nuestro país, pues este padecimiento permanece como un problema de salud pública. En 1994 los años de vida saludable perdidos en el ámbito nacional a causa de esta enfermedad fueron 1.9 por 100 000 mujeres. En este mismo año en el estado de Nuevo León, el cáncer cérvico uterino ocupo el segundo lugar en la frecuencia de mortalidad por neoplasia s malignas.⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁵ Vargas G.M. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 1999, Pág. 3

⁶ ibidem, Pág. 4

⁷ Manual para médicos y estudiantes, Op. Cit 256

⁸ Salud Pública en México. El cáncer en la mujer, 1997, Pág. 110

9

La inasistencia o la asistencia tardía al programa de cáncer cérvico uterino, las fallas en la calidad del estudio citológico tomado de Papanicolaou y las deficiencias en la adherencia y calidad de atención una vez detectada la enfermedad, o bien la demora en la entrega de resultados positivos por rezago en la lectura de laminillas son algunas de las posibles razones del retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno de displasias o carcinoma cervical en etapa temprana, con la disminución de la probabilidad de curación y el aumento de la mortalidad por esta enfermedad.⁹

El estudio tiene como finalidad ayudar a la paciente y determinar el tipo de información que requiere ella y sus familiares y así poder brindar el apoyo necesario. Considerando básica la información del tratamiento explicando cada procedimiento y los efectos secundarios que les ocasiona la radioterapia, quimioterapia o braquiterapia. Son innumerables los daños posteriores a su aplicación ya que difieren los grados en que afectan dependiendo de la etapa en que se encuentra el cáncer cérvico uterino, el número de radiaciones a las que son sometidas, la alimentación, el nivel de educación, economía y estado emocional siendo el más importante.

En el Capítulo I se analiza el planteamiento del problema a nivel mundial, y nacional, se hace mención de la clasificación del cáncer cérvico uterino y se plantea la pregunta que se realice para la investigación en el siguiente punto se identifica el problema a nivel de las áreas de salud. Siendo una realidad que el cáncer en la mujer cuenta con un índice alto. La justificación de dicha investigación, nos dice el papel importante que juega el licenciado en enfermería en este problema de salud retomando la teoría de Virginia Henderson en la concepción de la enfermera y paciente. En la ubicación del tema de estudio se mencionan las áreas de apoyo con que contamos en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Dentro del Capítulo I se analizan los objetivos del estudio se presenta la estrategia de la investigación, variables que sirvieron para elaborar el instrumento de trabajo. Encontramos los métodos de selección de las participantes y los criterios de inclusión y exclusión.

⁹ idem. Pág. 110

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

h

En el Capitulo I contiene el marco teórico encontramos la anatomía y fisiología, evolución natural del proceso canceroso y el cuadro clínico.

Continuamos con la clasificación, diagnóstico y tratamiento de esta patología. La etiología y epidemiología son parte importante a sí como la patogenia y patología. Se aborda el procedimiento de cada uno de los estudios de diagnóstico para cáncer cérvico uterino. En el presente capítulo destaca la importancia que tiene el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la orientación brindada a cada una de las pacientes referente a la radioterapia, la necesidad nutricional de la paciente, la higiene personal y la vida sexual, también se brindó información sobre las posibles complicaciones posteriores a la radioterapia. El estado emocional de la paciente a lo largo de sus tratamientos y la orientación a sus familiares a través de los mismos. Ya que la participación de la paciente, el familiar, la enfermera y el médico forman un equipo de suma importancia para la pronta reincorporación de la paciente a la sociedad.

En el Capitulo III se presenta la recolección de datos y el Hospital en que se llevó a cabo la investigación. Se analiza cada una de las gráficas que difiere en los valores normales del cáncer cérvico uterino. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones adecuadas para la paciente con cáncer cérvico uterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.1 Planteamiento del problema.

El cáncer cérvicouterino es uno de los principales problemas de salud pública en el ámbito mundial, ocupa el segundo lugar dentro de las neoplasias más comunes entre las mujeres del mundo. Existen múltiples estudios epidemiológicos sobre la eficacia de las diferentes modalidades terapéuticas, sobre prevención y la limitación del deterioro estructural funcional, la limitación de complicaciones post-tratamiento y realmente poco se ha abordado sobre la calidad de vida que tiene la paciente con cáncer cérvico uterino.

Dependiendo de la etapa clínica y del tipo histológico de la enfermedad, la sobre vida a cinco años de estas pacientes puede variar desde 94 % para la etapa I hasta la IV, en comparación con la sobre vida de pacientes con neoplasia intra epitelial cervical que llega a ser del 98 % para cualquiera de los grados de lesión.¹⁰ Hasta el momento la mayoría de los estudios relacionados con la calidad de vida en pacientes con cáncer cervical han sido evaluados de manera colateral a intervenciones específicas, por otro lado los estudios que abordan calidad de vida son escasos, a pesar de que los factores de tipo personal, social y económico influyen de manera importante en la aceptación y conducción de la enfermedad.¹¹

Existen varios instrumentos que miden calidad de vida en distintos padecimientos en pacientes con cáncer, uno de los que ha sido aplicado y validado en México incluye tres dimensiones que se consideran son las más afectadas: psicológico, familiar y social. Es posible que exista diferencia en la afectación de éstas tres dimensiones dependiendo del pronóstico aún cuando se a dado por hecho que pacientes con buen pronóstico tienen mejor calidad e vida. Se desconoce cual de las tres áreas es la mayormente afectada.¹² Hace ya 20 años que los profesionales de enfermería dejamos de llamamos ayudantes técnicos sanitarios, ello no supone un cambio en el nombre, representa mucho más. Este hecho principalmente consta de una formación universitaria, a partir de ella un cambio profundo en la forma de enfocar y entender la profesión.

Ya no se le concebía como una profesión auxiliar de otras en concreto de la medicina, sino que recuperaba un campo propio de actuación que en otros países se había mantenido y que

¹⁰ NURSING. Calidad de vida en pacientes con cáncer, 1999, Pág. '7

¹¹ idem, Pág. '7

¹² NURSING. El valor añadido al enfoque de enfermería, 1998, Pág.5

1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en el nuestro por las características históricas, políticas, culturales y sanitarias había perdido. Esta pérdida incluyó la denominación enfermera por la que nuestra profesión era y es reconocida en el resto del mundo como una de las más importantes, ya que como antes se menciona el papel de la enfermera es básico para una buena orientación adecuado diagnóstico y un tratamiento oportuno. Esta formación universitaria supone el estudio de la propia ciencia enfermera y de otras ciencias necesarias para lograr una comprensión de la persona sana o enferma desde una perspectiva global. es decir la adquisición de una buena formación que capacite a la enfermera para cubrir las necesidades vitales y de calidad de vida teniendo en cuenta sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales. lo que se traduce a unos cuidados que abarcan, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación rehabilitación y la reinserción social. Por lo tanto en la actualidad los profesionales de enfermería requieren conocimientos y habilidades para valorar las necesidades del paciente y familiar, dar prioridad a sus principales problemas, establecer un plan para sus cuidados, realizar actividades pertinentes y evaluar la respuesta del paciente y de su familiar.¹³

De acuerdo a lo mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación. ¿ Cual es la participación del Licenciado en enfermería y obstetricia en la orientación adecuada para las pacientes con cáncer cérvico uterino en el servicio de radioterapia del Hospital de Oncología del CMN siglo XXI.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

En nuestro país el cáncer es uno de los principales problemas de salud al que tenemos que enfrentamos, pero si existiera un verdadero nivel de prevención por parte del personal de salud ya sean médicos o enfermeras que es el personal que tiene más contacto con el paciente, si el paciente demostrara un interés hacia su padecimiento y tener la cultura de prevenir el cáncer cérvico uterino la tasa de mortalidad lograría disminuir. Nosotros como enfermeras o familiares hemos tenido que enfrentamos a la experiencia siempre dolorosa y aterradora que ha sufrido aquel amigo, familiar o paciente con cáncer y quizá si habláramos más sobre las necesidades de un método de detección para el cáncer cérvico uterino se lograría tal vez evitar muchas muertes por cáncer cérvico uterino en nuestro país.¹⁴

La realidad es que el cáncer continua produciendo miedo a la población y por ello se hace más difícil hablar sobre el. No obstante esto no debemos olvidarlo: hay que tenerlo como objetivo principal en un plan de cuidados para cada paciente y buscar las estrategias adecuadas adoptándolas a las necesidades del individuo y sus familiares con la finalidad

¹³ idem Pág. 5

¹⁴ VIRGINIA HENDERSON. Recordando a Virginia Henderson. 1997 Pág. 5

de modificar aquellos hábitos que los dañan.¹⁵

Es cierto que cada paciente necesita atención y que esta varía de acuerdo a su padecimiento y el grado en que se encuentra la enfermedad como en el caso de las pacientes con cáncer cérvico uterino.¹⁶ En este trabajo de investigación el objetivo principal es conocer la orientación adecuada para estas pacientes y lograr conocer el nivel en que es afectada emocional y psicológicamente, a partir de que sabe tiene cáncer cérvico uterino.

1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La importancia que tiene el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la atención de la paciente con cáncer cérvico uterino y el alto índice de mortalidad que existe en nuestro país siendo una enfermedad que se previene; es la razón de la cual surgió el interés para elaborar esta tesis. En consecuencia el papel esencial de la enfermera consiste en ayudar a la persona sana o enferma a realizar las actividades que contribuyan a preservar su salud o a restablecerla, actividades que realizaría por sí misma si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.¹⁷

Corresponde a la enfermera cumplir esta misión de manera que ayude al paciente a lograr su independencia, su auto cuidado y reincorporarse a la sociedad lo más pronto posible. Esta concepción de persona y función de la enfermera puede parecer muy simple; sin embargo Virginia Henderson nos dice que "cuanto más se piensa, es más compleja la función de la enfermera".

La enfermera debe de alguna forma ponerse en la piel del cada paciente para saber clase de ayuda necesita. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado. Los ojos del recién invidente, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiado débiles para hablar y así sucesivamente. También nos dice que además de esta función exclusiva, las enfermeras ayudan a los pacientes a conocer y expresar sus necesidades de salud, a encontrar y utilizar los recursos sanitarios de la comunidad y a realizar los tratamientos prescritos por los médicos.¹⁸

¹⁵ idem. Pág. 5

¹⁶ idem. Pág. 8

¹⁷ idem. Pág. 10

¹⁸ VIRGINIA HENDERSON. Recordando a Virginia Henderson. 1996, Pág. 13



1.4 UBICACION DE TEMA DE ESTUDIO

Las áreas de apoyo a nuestro estudio son: Dentro de las áreas de investigación se obtuvo el apoyo para seleccionar la información adecuada utilizando artículos en español e inglés todo esto de la biblioteca del Hospital de Oncología y en el CENAIDS apoyado por programas de Artemisa V y VI. En el área de medicina la información obtenida fue acerca de los efectos secundarios en pacientes que requieren radioterapia y esto para lograr conocer toda la información necesaria para los pacientes, en el área de radiología del Hospital de Oncología se obtuvo información más directa de los efectos secundarios que les ocasiona a un 70 % de las pacientes que reciben radioterapia. En el área de enfermería obtuvimos información escasa de la manera en que responde la paciente a las radiaciones, quimioterapia y braquiterapia ya que muchas veces la enfermera no se preocupa por informar a la paciente de las posibles molestias después de cada radiación. Muchas veces la enfermera por exceso de trabajo no tiene el tiempo necesario para dedicar a la paciente y brindarle informes. En el área de consulta externa se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios a las pacientes dedicando treinta minutos a cada una después de orientarlas acerca del estudio.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general. Identificar la participación de la enfermera en la información que se brinda a la paciente con cáncer cérvico uterino en el servicio de radioterapia.

1.5.2 Objetivo específico. Establecer la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la información que se otorga a la paciente con cáncer cérvico uterino cuando acuden a su primer consulta en el servicio de radioterapia. Identificar la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la orientación brindada a las pacientes con cáncer cérvico uterino que ya están en tratamiento de radioterapia.

1.6 DETERMINACION DE LA ESTRATEGIA DE LA INVESTIGACION

1.6.1 Tipo de la investigación. El estudio que se realizó es de tipo transversal descriptivo ya que se hace un solo corte y se describe la información obtenida.

1.6.2 Diseño de la investigación.

Se seleccionaron a las pacientes de cualquier edad que acudieron a la consulta de radioterapia de primera vez o subsiguientes, que radican el Distrito Federal o en algún estado de la República Mexicana, con diagnóstico definitivo por biopsia de cáncer cérvico uterino abarcando desde la etapa I hasta la IV. Se realizó la aplicación del cuestionario en un área indicada para esto por el jefe responsable del servicio, a través del control

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

responsable de otorgar citas se captaron a las pacientes, ya identificadas a las pacientes se les explica la finalidad del estudio y después de obtener su consentimiento en forma verbal se procede a aplicar el cuestionario. Se realizo la base de datos después de analizar toda la información obtenida de la aplicación del instrumento. Se selecciona la información que cumple con el objetivo del estudio.

Después de analizar la base de datos se procedió a realizar el proyecto de investigación dentro del capítulo I. En el capítulo II el marco teórico se realizo después de obtener toda la bibliografía necesaria con la revisión de 50 bibliografías de libros, revistas y artículos. En el capítulo III Se realiza cada una de las gráficas con la información obtenida del instrumento de trabajo, así como el análisis de cada una de cada una de ellas. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.7. VARIABLES

1.7.1 Variable dependiente.

Participación del Licenciado en Enfermería y obstetricia.

1.7.2 Variable independiente.

Edad de la paciente, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, inicio de vida sexual, numero de parejas sexuales, numero de hijos, habito al tabaco, conocimiento de su enfermedad, conocimiento de algunos métodos de prevención y detección para su enfermedad, conocimiento de las causas de su enfermedad, conocimiento de la dieta durante su radioterapia, orientación acerca de los cambios en su vida sexual, atención recibida por la enfermera, aclaración de dudas sobre la radioterapia, conocimiento de los signos de alarma después del tratamiento, información brindada por parte del médico y si la paciente considera que la enfermera esta bien capacitada y podría brindar mejor orientación.

1.8 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

1.8.1 Definición conceptual de la variable dependiente.

Participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia: es la colaboración por parte del mismo para brindar un buen nivel de atención a todos los pacientes y también brindar la información necesaria.

1.8.2 definición operacional de variables independientes.

RESIDENCIA
ESTADO CIVIL
EDAD
ESCOLARIDAD
VIDA SEXUAL
PAREJAS SEXUALES
TABAQUISMO
MULTIPARIDAD
TRATO DE LA ENFERMERA
INFORMACION DE RADIACIONES
INFORMACION QUE RECIBE DE LOS
MEDICAMENTOS

SIGNOS DE ALARMA
INFORMACION NECESARIA POR LA ENFERMERA
INFORMACION POR PARTE DEL MEDICO
COMPLICACIONES
METODOS DE PREVENCION
CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD
CAUSAS DEL CANCER
ALIMENTACION
VIDA SEXUAL

1.9 METODOS DE SELECCION DE LOS PARTICIPANTES

1.9.1 Universo.

Hospital de Oncología del Centro Medico Nacional Siglo XXI.

1.9.2 Población.

Pacientes que acudieron al servicio de radioterapia del Hospital de Oncología, con diagnostico por biopsia de cáncer cérvico uterino.

1.9.3 Muestra.

Para fines del estudio se tomaron en cuenta a todas las pacientes que asistieron a consulta de radioterapia durante el periodo de estudio del 1ro. de octubre de 1998 al 1ro. de octubre de 1999.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.10 CRITERIOS DE SELECCION DE LOS PARTICIPANTES

1.10.1 Criterios de inclusión.

Pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino por biopsia.
Pacientes de cualquier edad.
Mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Aceptación voluntaria de la entrevista.

1.10.2 Criterios de exclusión.

Pacientes a las cuales no se confirma el diagnóstico.
Pacientes con impedimento psicológico para contestar la entrevista.
Pacientes que no aceptan la entrevista.
Pacientes en fase terminal.

1.11 REQUERIMIENTOS DE LA INVESTIGACION

1.11.1 Recursos humanos.

Pasante de la Licenciatura en Enfermería, asesor de la asignatura por parte de la Universidad, médicos y enfermeras de los servicios involucrados.

1.11.2 Recursos materiales.

Hojas, fotocopias, tablas de apoyo, lápices, consultorio disponible para la entrevista, disquete, computadora, acetatos, impresora.

1.11.3 Recursos financieros.

Insuficientes.

1.11.4. Técnicas e instrumentos de la investigación

Recolección de la información.
Elaboración del formato para el proyecto.
Presentar el proyecto para la aceptación.
Elaborar el instrumento para entrevista.
Capturar los datos en Dbase 3.0
Realizar el análisis de datos.

Realizar las graficas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Anatomía y fisiología

2.1.1 Anatomía y fisiología del útero.

El útero es la parte de la vía que tienen que cruzar los espermatozoides para alcanzar las trompas uterinas, también es el lugar donde se lleva a cabo la menstruación, la implantación del óvulo fecundado, el desarrollo del feto durante el embarazo y el trabajo de parto. Se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto y tiene forma de pera invertida. El útero mide 7.5 cm de longitud, 5 cm de ancho y 2.5 de grosor.¹⁹

Comprende el cuello y el cuerpo, pose recubrimiento de serosa, miometrio que es el músculo especial de éste órgano y endometrio este último es revestimiento de la cavidad uterina. El orificio interno del cuello uterino es la unión del propio cuello con el cuerpo, hay inserción bilateral de cinco tipos de ligamento en el útero.²⁰

1. - Ligamentos anchos: son repliegues del peritoneo que se extienden sobre el útero y vísceras pélvicas y llegan hasta la pared pélvica lateral.
2. - Ligamentos redondos; También son repliegues del peritoneo, están cubiertos por ligamento ancho.
3. - Ligamentos cardinales: Son dos importantes estructuras de sostén que van de la pared pélvica lateral al útero.
4. - ligamentos útero sacros: También son condensaciones de la fascia subserosa, se extiende desde el sacro y rodea el recto hasta llegar al cuello uterino.
5. - Ligamento útero vesical: Banda de tejido conectivo que une la vejiga con la porción inferior del útero.

2.1.2 Anatomía y fisiología del cérvix.

El cérvix es un segmento cilíndrico y angosto del útero que se continúa con la pared vagina. Anterior y suele estar perpendicular a ésta. En general su longitud es de 2 a 3 cm

¹⁹ DANFORTH Daniel. Tratado de Ginecología y Obstetricia. 1994 Pág. 5

²⁰ Ibidem Pág. 6

y ubicada en continuidad con la cara inferior del cuerpo uterino. El punto de unión del cuerpo de la luz de la viscera. En sentido anterior el cérvix está separado de la vejiga, por tejido adiposo y tiene conexiones laterales con el ligamento ancho y parametrio de los cuales deriva su vasculatura. La porción intravaginal del cérvix es un segmento libre que se proyecta en la cúpula vaginal revestido de mucosa.²¹

El cuello junto con la vagina y la vulva conforman la porción baja de aparato genital femenino. El cérvix uterino puede ser dividido en dos porciones una externa o exocervix cubierta por epitelio plano estratificado no queratinizado y endocervix; es decir el conducto que comunica la porción externa del cuerpo uterino por visto de repliegue mucoso revestido por una capa de células cilíndricas secretoras de moco.

El orificio externo del cérvix representa la unión macroscópica posible entre el exocervix y endocervix y corresponde a la zona de unión escalmocolumnar, es decir la conjunción del epitelio plano estratificado y cilindrico secretor de moco.²²

La zona de transformación es el sitio donde la mayoría de las neoplasias intraepiteliales o invasoras se desarrollan. Las neoplasias cervicales aparecen frecuentemente en la zona de transición del epitelio.²³

2.1.3 Evolución natural del proceso canceroso.

El cáncer in situ aparece con mayor frecuencia en mujeres de 34 a 36 años de edad; el carcinoma cérvico uterino invasor se presenta entre los 44 y los 46 años de edad cuando no se diagnostican ni se tratan oportunamente.

Los conceptos de displasia, NIC. Lesión escamosa intra epitelial y carcinoma "in situ" representan diferentes denominaciones, para identificar la transformación maligna gradual del epitelio normal del exocervix y endocervix.

La determinación o grado de NIC se caracteriza de acuerdo al grado de alteración morfológica estructural en el epitelio. NIC I solo a las células en el tercio basal del epitelio. NIC II con afectación a los dos tercios inferiores y NIC III con alteraciones en todo el espesor de células basales y indiferenciadas no estratificadas. Este tipo de lesiones

²¹ SCORES. In clinical cancer research. 1993 Pág. 1656

²² Ibidem Pág. 1657.

²³ Idem Pág. 1658

es denominado también como displasia leve, moderada y severa.²⁴

Mecanismo de diseminación: El cáncer cérvico uterino se extiende a las regiones circunvecinas, vagina, cuerpo uterino y parametrios. Sigue la vía linfática de tal modo que alcanza a los ganglios hipogástricos, a los iliacos, a los obturatrices y a los paraórticos. Puede ocurrir metástasis en los ovarios, las trompas de Falopio, los ligamentos uterinos, y por vía hematógena y alcanzar órganos distantes como la piel el cerebro, el hígado y el páncreas.²⁵

2.1.4 Cuadro clínico.

En el cáncer cérvico uterino la paciente suele encontrarse sintomática durante las etapas iniciales del padecimiento, por lo cual el diagnostico constituye una sorpresa al reportar una citología exfoliativa rutinaria.

Algunas veces, la paciente consulta al medico por la presencia de leucorrea, sangrado transvaginal intermenstrual o post coito, o presenta sangrado posterior a un reconocimiento ginecológico.²⁶

En casos avanzados cáncer cérvico uterinos se puede manifestar dolor cuando existe infiltración a los tejidos vecinos o cuando el proceso incluye plexos nerviosos; en esos casos la leucorrea y el sangrado generalmente se tornan fétidos, además aparecen molestias vesicales y rectales y es posible que aparezcan fistulas en dichos órganos. Puede afectar la uretra de modo que obstruya éste órgano o los uréteres causando obstrucción uretral, pieló nefritis, y uremia que puede ocasionar la muerte de la paciente.²⁷

A toda paciente mayor de 30 años se debe recomendar que se realice un examen ginecológico que comprenda una citología vaginal por lo menos una vez al año. A pesar de que el carcinoma cérvico uterino es la tumoración maligna más frecuente en la mujer mexicana, su asociación con el embarazo es rara, durante la atención prenatal se debe establecer por rutina la práctica de citología vaginal mediante la técnica de Papanicolaou, si no se ha hecho este estudio; además debe realizarse a toda paciente que presente sangrado vía vaginal en el embarazo.

²⁴ MONDRAGON Héctor. Ginecología - obstetricia, 1994, Pág. 230

²⁵ ibidem Pág. 240

²⁶ ibidem Pág. 206

²⁷ ibidem Pág. 207

2.2 CLASIFICACION, DIAGNOSTICO y TRATAMIENTO DEL (Ca Cu).

2.2.1 Clasificación del cáncer cérvico uterino.

No todas las displasias evolucionan al cáncer algunos estudios han demostrado que el 30 % tiene agresión espontánea y son las displasias leves las que tienen tasas de regresión más altas, alrededor del 20% se mantienen en forma estacionaria y un 45 % son las que progresan al cáncer. Los estudios internacionales han demostrado que la displasia leve puede evolucionar al carcinoma "in situ" en 5 a 7 años, que se requieren de 10 a 13 años para su progresión para cáncer micro invasor y de este a invasor 2 años o más. Sin embargo, en el 10% de las pacientes las lesiones pueden progresar de un "in situ" a invasor en periodos menores de un año.

A medida que se hace invasor, el tumor irrumpe a través de la membrana basal e invade el estroma cervical. El tumor cervical puede manifestarse en ultimo termino como ulceración tumor exofitico o infiltración extensa del tejido subyacente e incluir a la vejiga o al recto. Además de la invasión local el carcinoma cervical puede diseminarse por vía de los linfáticos regionales o del torrente sanguíneo. En general el cáncer cervical progresa de manera ordenada pero ocasionalmente se puede presentar un tumor pequeño con metástasis distante.²⁸

En relación con su clasificación histológica epidermoide se presenta aproximadamente en el 80 % Y el adenocarcinoma en un 17 % de los cánceres cervicales; el resto lo constituyen los carcinomas adenoescamosos y carcinomas de células pequeñas los cuales son relativamente raros. Ocasionalmente se han descrito también sarcomas primarios cervicales y linfomas malignos cervicales tanto primarios como secundarios. En investigaciones nacionales la edad promedio en las que se detectan las displasias es: a) leve entre 25 y 30 años. b) moderada de 30 a 50 años y c) severa entre 35 y 40 años de edad. El cáncer micro invasor e invasor es más frecuente por arriba de los 45 años y la tasa de mortalidad es más alta después de los 65 años.²⁹

Las displasias se clasifican como leves, moderadas y severas, el cáncer "in situ" se considera como una entidad separada del cáncer invasor de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades en su décima revisión. El carcinoma de cuello uterino se

²⁸ ibidem Pág. 230

²⁹ ibidem Pág. 240

refiere como cáncer micro invasor o invasor.

Adenocarcinoma cervical: es un tumor localizado en la cérvix uterina por fortuna poco frecuente por punto de partida en el conducto cervical y que se desarrolla en la parte interna del cuello hacia la vaginal parecer se trata de un tumor hormonodependiente pues se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes predomina en mujeres de raza blanca.³⁰

adenocarcinoma del cuerpo uterino. Se presenta mas comúnmente en la cérvix que en el cuerpo uterino su frecuencia es menor que en el carcinoma epidermoide y en el cáncer mamario se presenta en mujeres mayores de 30 años pero alcanza su mayor frecuencia entre los 50 y 60 años de edad.³¹

2.2.2 CLASIFICACION DE LA PATOLOGIA CERVICAL.

CLASE I: Células normales con alteraciones inflamatorias, metaplasia y erosión.

sin correspondencia.

CLASE II: Inflamación específica displasia leve NIC grado I

CLASE III: Célula sospechosa de malignidad displasia moderada NIC grado II

CLASE IV: Células con alteración maligna característica de CARCINOMA IN SITU, displasia severa NIC grado III.

CLASE V: células con alteraciones malignas de carcinoma en etapas avanzada, (CARCINOMA INVASOR) no tiene correspondencia.³²

2.2.3 Bases para diagnostico.

Hemorragia uterina normal y vaginal: Puede ser visible alguna lesión cervical a la

³⁰ Weisman A. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients, 1976, Pág. 187.

³¹ idem. Pág. 187

³² Manual para médicos y estudiantes. Oncología clínica, ed. Alahambra Pág.

exploración como un tumor o ulceración; el cáncer dentro del conducto cervical puede estar oculto. La citología vaginal habitualmente positiva debe confirmarse mediante biopsia.

2.2.4 Consideraciones generales.

El cáncer de cuello de útero es el proceso maligno que ocupa el tercer lugar entre los más frecuentes en el sexo femenino después del cáncer mamario y endometrial. Se ha calculado que al rededor del 2 % de las mujeres mayores de 40 años desarrollan cáncer cervical. La edad promedio es de 45 años en el diagnóstico de cáncer, pero la enfermedad puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo. Más del 95 % de las pacientes con cáncer cérvico uterino pueden ser curadas. Con los métodos actuales de tratamiento, al rededor de 8 000 mujeres en EEUU fallecen por esta enfermedad cada año esta tasa puede reducirse si el cáncer cervical es detectado en un principio y tratado en forma adecuada. El carcinoma de células escamosas constituyen el 87 % de los casos de neoplasia epitelial maligna del cuello uterino en tanto que el adenocarcinoma y los carcinomas adenoescamosos mixtos producen el 13 % restante.

2.2.5 Etiología y epidemiología. .

La causa del cáncer cervical se desconoce pero se conocen ciertos factores que predisponen. La actividad sexual parece estar positivamente relacionada con la enfermedad y el coito a una edad temprana constituye un factor determinante. La frecuencia es muy inferior entre las mujeres judías, debido a que su inmunidad heredada o a la circuncisión del cónyuge y mejor higiene genital. El cáncer cervical ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres de África del norte que en mujeres judías, americanas o europeas debido a que las ultimas practican mejor higiene genital.

2.2.6 Patogenia.

El cáncer incipiente del cuello uterino constituye un proceso de lento desarrollo. La mayor parte de los cánceres cervicales probablemente comiencen con un cambio displásico, con proceso gradual durante un periodo de varios años hasta

llegar a la forma preinvasiva (el carcinoma "in situ"). Cuando menos el 90 % de los cánceres cervicales de células escamosas se desarrollan en las capas intraepiteliales. Casi siempre en la unión escamocilíndrica del cuello uterino, ya sea en la porción cervical que penetra a la vagina o un poco más arriba en el conducto endocervical.³³

³³ NORVAC Ginecología general en enfermedades intra epiteliales de cuello uterino.

2.2.8 Datos clínicos.

Síntomas y signos: La hemorragia intermenstrual constituye el síntoma más frecuente de cáncer invasivo y puede tomar la forma de una leucorrea teñida de sangre.³⁴

Como factores predisponentes del carcinoma cérvico uterino destacan los siguientes:

Edad (mujer de 25 años y más)

Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.

Múltiples parejas sexuales.

Multiparidad (más de cuatro hijos.

Factor masculino infección por VPH.

Enfermedades de transmisión sexual herpes tipo II.

Deficiencias de folatos y vitaminas A, C, E.

Tabaquismo.

Anticonceptivos hormonales por más de cinco años.

Nunca haberse practicado estudio citológico.

2.2.9 Métodos de diagnóstico y tratamiento.

Diagnóstico: El diagnóstico de las displasias cervicales se basa fundamentalmente en la citología vaginal, colposcopia y biopsia cervical fraccionada o por conización la complementan.³⁵

2.2.10 Tratamiento.

Las displasias cervicales en pacientes jóvenes que deseen tener hijos y en aquellas portadoras de alguna complicación que represente un riesgo elevado para la cirugía mayor, pueden tratarse por los procedimientos siguientes.³⁶

Braquiterapia: En la actualidad es el tratamiento intersticial, principalmente con uso de iridio. Este tratamiento permite tener un implante voluminoso y curvas de isodosis mas

Pág.420

³⁴ IMSS Programa de prevención, control y tratamiento del cáncer cérvico uterino, opcit.

Pág. 234

³⁵ ibidem. Pág. 233

³⁶ ibidem. Pág. 235

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

eficaces que la irradiación superficial por aplicación intravaginal.³⁷

Radioterapia: Este tratamiento es el inicial para una paciente con cáncer cérvico uterino en la primera consulta de quien se sospecha de cáncer cérvico uterino se establecen la cantidad de radiaciones que recibirá así como el área que será irradiada. Las radiaciones deben ser cubiertas totalmente para desaparecer el tumor.³⁸

Biopsia por excisión local: se extrae una muestra del tejido afectado por la neoplasia y se envía a patología para estudiar el tipo de daño y establecer el tratamiento a seguir, es muy dolorosa ya que no se aplica ningún tipo de anestesia.³⁹

Papanicolaou: Debe advertirse a las pacientes que no deben administrar duchas vaginales durante 48 horas antes de someterse a la prueba así como tampoco utilizar cremas vaginales, óvulos, etc. una semana antes de la prueba, además deberán abstenerse del coito durante las 24 horas previas.⁴⁰

2.2.11 Procedimiento de la colposcopia.

- 1.- La paciente se coloca en posición de litotomía con las piernas abiertas.
- 2.- Colocación del colposcopio: se debe emplear la luz brillante del colposcopio para inspeccionar la vulva y la región perianal en busca de signos de inflamación, ulceración o infección por virus del papiloma humano y a continuación con aumento bajo del colposcopio.⁴¹
- 3.- Inserción del espéculo: Mientras se ve a través del colposcopio con aumento bajo, se puede inspeccionar la vagina en busca de descarga, signos de inflamación, ulceración o lesiones producidas por el papiloma virus humano.⁴²
- 4.- Exposición del cuello uterino: Se examina con suavidad el cuello uterino de modo que no se produzca erosión del epitelio superficial del mismo.⁴³
- 5.- Repetición de la prueba de Papanicolaou si es necesario: Utilizar un hisopo endocervical y una espátula de aire para obtener la muestra. Esta muestra brinda un frotis

³⁷ ibidem Pág. 234

³⁸ ibidem. Pág. 235

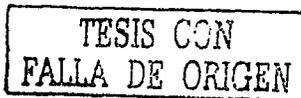
³⁹ NORVAK. Ginecología general en enfermedades intraepiteliales del cuello uterino. Pág. 455

⁴⁰ idem. Pág. 456

⁴¹ idem. Pág. 456

⁴² ibidem. Pág. 457

⁴³ ibidem. Pág. 458



citológico que se relaciona con la histología.⁴⁴

6.- Limpiar el cuello uterino con hisopos de algodón: Puede usarse solución salina para ayudar a eliminar los desechos celulares en *exceso*.⁴⁵

7.- Examinar el cuello uterino con el colposcopio: La inspección se inicia con aumento dado para identificar el dolor, el tono y la topografía.⁴⁶

8.- Aplicación del ácido acético: se aplica ácido acético a la concentración de 3 a 5 % con un hisopo de algodón al cuello uterino y la parte alta de la cérvix y se permite que persista el contacto con el epitelio durante 30 segundos por lo menos.⁴⁷

9.- Investigación del epitelio blanqueado por el ácido acético: Las lesiones de NIC se harán más manifiestas cuanto más tiempo queden expuestas al ácido acético.⁴⁸

10.- Búsqueda de imágenes punteadas o en mosaico.

11.- Búsqueda del borde interno de las lesiones blanqueadas por el ácido acético.

12.- revisión del cuello uterino con el filtro verde.⁴⁹

13 .-Efectuar el legrado endocervical bajo visión colposcópica directa.

14 .-Efectuar biopsia dirigida de manera colposcópica en la zona en que la lesión parece más grave.

15 .-Aplicar solución de Moncell o nitrato de plata para la hemostasia.

16 .-Puede efectuarse colpofotografía.

17.-El test de Schiller (prueba de lugol o test de yodo)

18.- Si no se dispone de la colposcopia la aplicación de una solución con yodo en el cuello y la parte superior de la vagina ayuda a delinear el sitio donde se tomará la biopsia.

19.-El epitelio escamoso normal produce glucógeno y la aplicación de una solución de yodo dará a la mucosa un color marrón oscuro mientras que el epitelio anormal no se colorea ya que no produce glucógeno.

20.-La conización: Cuando no se dispone de los elementos necesarios para una evaluación completa en el consultorio externo, una paciente con frotis de Papanicolaou consistente con una neoplasia, Cervical y biopsia negativa, debe ser evaluada por una conización cervical, esta debe ser realizada con la técnica de bisturí frío para incluir a todas las células potencialmente malignas en el espécimen. Por lo menos el 50 % del canal endocervical, debe ser extirpado y se efectuara un carretaje en el canal endocervical restante. Se debe: examinar el material extraído efectuándose de 15 a 20 secciones

⁴⁴ ídem. Pág. 458

⁴⁵ ídem. Pág. 458

⁴⁶ ídem. Pág. 458

⁴⁷ ídem. Pág. 459

⁴⁸ ídem. Pág. 459

⁴⁹ ídem. Pág. 459

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

patológicas de toda la circunferencia.⁵⁰

2.3 Participación del Licenciado en enfermería y obstetricia en la orientación.

2.3.1 Radioterapia, quimioterapia, cirugía.

Radioterapia: Es un tratamiento local donde la anorexia y la fatiga son consecuencias comunes sin tener en cuenta la localización, cantidad y duración de la terapia. La anorexia es una barrera importante en la capacidad del individuo para ingerir los alimentos necesarios para reparar la destrucción celular que se presenta con la radioterapia. Los demás efectos secundarios que tienen consecuencias nutricionales están específicamente relacionados con la localización anatómica sometida al tratamiento.⁵¹

Al salir la paciente de la primera consulta tiene dudas sobre sus tratamientos la orientación que se brindó fue referente a la radioterapia se les dio a conocer la importancia de cumplir con todas sus radiaciones así como cada medicamento que deben de tomar y los efectos secundarios de la radioterapia, dentro de los efectos secundarios más comunes son náuseas, vómitos, mareos y cefalea. También se les orientó de el lugar en que reciben la radioterapia y los pasos a seguir a partir de que son colocadas en la plancha para aplicar las radiaciones.

Orientación brindada a la paciente que recibe radiaciones.

Debe lavarse la piel suavemente con agua templada y que se seque sin frotar, recuérdale que no debe lavarse las marcas de la radiación, no debe utilizar, no debe utilizar cremas, lociones, polvos, aceites o medicamentos si no los a prescrito el medico, a diario y después del tratamiento puede usar un gel hidrosoluble hidratante (gel lacallé). Debe proteger la piel afectada del sol, utilizar ropa suelta y transpirable y no poner cinta adhesiva sobre la zona afectada. Para aliviar la irritación perineal sugiera baños de asiento de 20 minutos de duración cuatro veces al día. Si le escuece al orinar deberá irrigar la zona con agua templada después de cada micción y secarse sin frotar. Después de defecar deberá lavarse la región perineal con agua templada y jabón suave y secarse sin frotar.⁵²

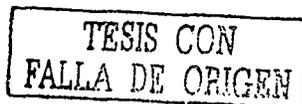
Explique a la paciente que la caída del cabello se da a menudo pero que normalmente vuelve a salir finalizado el tratamiento si es que la radiación no ha destruido los folículos pilosos y que la caída del cabello también depende del grado de nutrición del estado emocional y número de radiaciones que recibe cada paciente.⁵³

⁵⁰ UNIVERSIDAD ROCHESTER. Oncología clínica Data médicos v estudiantes. Pág. 108

⁵¹ idem. Pág. 58

⁵² ibidem. Pág. 305

⁵³ idem. Pág. 303



Aconseje a la paciente que lave la boca a menudo con suero salino o bicarbonato. Si se lo prescribe el médico puede utilizar un anestésico tópico antes de cada comida, no debe de tomar alimentos o bebidas muy ácidos o muy condimentados. debe lavarse los dientes con un cepillo de cerdas muy suaves y con un compuesto de fluor después de cada comida y antes de acostarse. si no puede tolerar el cepillado de dientes puede realizar la higiene oral con torundas. Oriente a la paciente para acudir a un dentista que atienda a pacientes con cáncer si es posible antes de iniciar la radioterapia.⁵⁴

Es necesario realizar cuidados orales frecuentes, debe usar sustitutos de la saliva, colutorios, con bicarbonato para ser menos densa la mucosa, y que beba más líquidos. Si es posible debe realizar ejercicios de respiraciones profundas para toser, movilizar las secreciones, y para limpiar las vías respiratorias.⁵⁵

Puede tomar un antitusígeno para que le ayude a controlar la tos debe evitar los irritantes pulmonares como el tabaco y utilizar un humidificador junto con la ingesta de grandes cantidades de líquidos, debe avisar al médico si cambia el color o la cantidad de la flema, debe avisar a su médico de inmediato si se intensifica la disnea que puede indicar la presencia de una neumonitis por radiación.⁵⁶

Debe tomar gran cantidad de líquidos, eliminar los irritantes y alimentos ácidos debe de ingerir una dieta blanda. Utilizar antiácidos anestésicos tópicos que proporcionan alivio.⁵⁹ La paciente debe de tomar un medicamento antiemético prescrito antes de la radioterapia según se indique debe beber gran cantidad de líquidos y una dieta blanda con poca grasa, debe reposar, hacer ejercicios de relajación. Digale que avise al médico en caso de vómitos profusos pues puede presentar deshidratación.⁵⁷

La paciente debe ingerir una dieta baja en residuos cuando empiece la radioterapia y tomar los medicamentos para la diarrea prescritos según sea necesario. Debe avisar al médico en caso de diarrea profusa mas de dos deposiciones la día, ya que puede presentar deshidratación, e hipocalcemia.⁵⁸

La paciente debe comentar con el médico el tratamiento de reposición hormonal. La progesterona y los estrógenos pueden controlar síntomas como el sofocarse, amenorrea.

⁵⁴ ibidem. Pág. 301

⁵⁵ ibidem. Pág. 302

⁵⁶ idem. Pág. 303

⁵⁷ idem. Pág. 303

⁵⁸ ibidem. Pág. 305

disminución en el apetito sexual y trastornos en mujeres menopausias. La paciente debe dar aviso inmediato al médico en caso de presentar fiebre, escalofríos, rigidez u otros signos y síntomas de infección o si nota la presencia de hematomas o sangrado. Debe evitar contacto con personas que tengan resfriado y debe hacerse análisis de sangre semanales para evitar descenso de los valores hemáticos.⁵⁹

La paciente debe comentar con el médico cualquier síntoma que no pueda controlar como el dolor o la disnea, ya que puede intensificar la fatiga. Debe tomar descansos después del tratamiento y programar sus actividades. La paciente debe saber que la fatiga puede aumentar en las dos últimas semanas de la radioterapia y que puede persistir dos semanas o más después de finalizar el tratamiento, y que debe mantener una buena nutrición para conservar su energía.⁶⁰

Quimioterapia.

La quimioterapia tiene el potencial de causar la disfunción de órganos importantes, lo cual puede conducir a un deterioro importante del estado nutricional. Varias de las drogas son nefrotóxicas la dificultad de la función renal y la uremia son resultante de los mecanismos normales de líquidos y el equilibrio de electrolitos. La hepatotoxicidad es un efecto secundario poco frecuente pero en gran potencial de la quimioterapia. Cuando ocurre la disfunción hepática resultante puede causar anorexia, depresión y una disminución de albúmina sérica ocasionando una desnutrición de primer grado siendo todos ellos indicadores negativos de la capacidad del individuo para mantener un sistema inmunológico intacto.⁶¹

El daño que recibe la paciente con quimioterapia es mayor que el de la paciente con radioterapia debido a las drogas tan fuertes que son las que ocasionan daño al hígado, hay daño en los folículos pilosos que ocasionan la caída del cabello, un grado mayor de desnutrición y el dolor frecuente de articulaciones por la falta de calcio.

Cirugía.

El papel de la cirugía en los neoplasmas malignos es erradicar o disminuir la masa del tejido afectado. Muchos de los procedimientos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de los neoplasmas son extensivos. Cuando se produce alteración anatómica, fisiológica debida a la intervención quirúrgica, disminuye la capacidad de mantener la función

⁵⁹ ibidem. Pág. 310

⁶⁰ idem. Pág. 310.

⁶¹ CAROL. NUNNALLY. Necesidades nutricionales del paciente canceroso. Pág. 627

normal de los órganos asimilativos. Por lo tanto el paciente que se somete a una intervención quirúrgica frecuentemente es incapaz de mantener una ingestión nutricional adecuada. La respuesta metabólica del individuo a la cirugía tiene un efecto nutricional profundamente negativo. Las intervenciones quirúrgicas extensivas que se usan en el tratamiento del neoplasma maligno, requieren una recuperación postoperatoria mayor, así como mayores necesidades metabólicas, después de la operación ya que presentan un aumento en el gasto energético como resultado de la síntesis del tejido y cicatrización de las heridas.⁶²

El desgaste proteínico significativo de las viseras que se presenta durante la cirugía y en el período postoperatorio inmediato, puede impedir el proceso de cicatrización de la herida y aumentar la incidencia de morbilidad y mortalidad quirúrgica.⁶³

2.3.2 Necesidades nutricionales del paciente con cáncer.

Las pacientes con cáncer tienen muchos problemas nutricionales sin tener en cuenta su localización del neoplasma maligno. La disminución proteico calorica es el diagnóstico secundario más frecuente en las pacientes con cáncer. Hasta la fecha, la incapacidad de los profesionales asistenciales para frenar o controlar

adecuadamente la severidad de la desnutrición proteico calorica de la paciente con cáncer indica que el síndrome es más complejo que simplemente la ingestión adecuada de los alimentos. La presencia y gravedad de la desnutrición proteico calorica en la paciente no se puede atribuir a un solo factor, la enfermedad, las modalidades del tratamiento, y las complicaciones de la terapia contribuyen a su desarrollo y son entre otros los factores que pueden provocar desnutrición.⁶⁴

La integridad del sistema inmunológico juega un papel importante para mantener la inmuno vigilancia y los mecanismos de defensa del cuerpo humano. El estado del sistema inmunológico tiene un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad asociada al neoplasma maligno y su tratamiento. La orientación a la paciente posoperada es básica.⁶⁵

2.3.3 Higiene personal y vida sexual

⁶² ibidem. Pág. 630

⁶³ ídem. Pág. 630

⁶⁴ ídem. Pág. 631

⁶⁵ ibidem. Pág. 629

Realizar aseo diario de sus genitales ayuda a la paciente a evitar infecciones vaginales, es básico que tenga información; ya que muchas de las pacientes piensan que el aseo de genitales está contraindicado.⁶⁶

La sexualidad es un componente significativo de la propia estima, de la imagen corporal y del concepto de sí mismo. El impacto del cáncer sobre la sexualidad varía: la actividad sexual aumenta cuando la paciente responde al tratamiento o cuando la paciente y su compañero realizan sus relaciones. La simple idea de seguir con vida, aumenta la importancia de la sexualidad de la paciente. Desde luego la necesidad de un contacto físico está siempre presente. Este contacto puede disminuir el temor, alejar la ansiedad y dar valor a la paciente y a su compañero.⁶⁷

Por otra parte hay influencias negativas; la fatiga, el malestar, dolor, náuseas y los vómitos disminuyen por lo general el deseo sexual. Las intervenciones quirúrgicas alteran la imagen corporal, interrumpen los canales neurológicos asociados con las sensaciones sexuales y reducen el suministro vascular a los órganos de la sexualidad, que produce un disfunción sexual. Las hormonas y los agentes quimio terapéuticos producen daños en las aptencias sexuales y en la capacidad de la paciente.⁶⁸

Finalmente la depresión que el cáncer produce junto con la connotación asexuada de sentirse enfermo constituye un verdadero problema para la paciente y su compañero sexual. Los compañeros sexuales de las pacientes con cáncer cérvico uterino, no tienen un desahogo para sus sentimientos sexuales. Además se sienten tan fatigados por los cuidados a la paciente, que su impulso sexual disminuye.⁶⁹

En el estudio muchas de las pacientes, son tratadas fríamente por sus parejas sexuales; por lo que se debe brindar toda la información necesaria a cada paciente y a su pareja sexual.

2.3.4 Orientación de la radioterapia a la paciente con Cáncer cérvico uterino.

Cuidados de paciente.

⁶⁶ Ibidem Pág. 630

⁶⁷ idem Pág. 630

⁶⁸ ibidem. Pág. 631

⁶⁹ idem. Pág. 631

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La enfermera visitó el servicio de radioterapia para explicar a la paciente los cuidados a los que debe aplicar en su tratamiento. Después del examen de la valoración inicial, se prepara a la paciente por mediciones de radioterapia y rayos X para recibir su tratamiento y se simulan tratamientos para determinar la dosis de radiaciones para el tumor, el tamaño y localización del campo. Los campos de tratamiento se señalan de diferentes maneras: marcas de la piel, tatuajes, moldes de escarola o bloques de plomo. Si se utilizan marcas en la piel, no debe alterarse ni borrarse entre tratamientos.⁷⁰

Quizá la paciente pueda sentirse incomoda durante el tratamiento debido a la inmovilidad en una superficie llana y dura a lo largo de la radiación, si esto sucede se debe administrar un analgésico suave una hora antes de la sesión.⁷¹

Los temores y las erróneas interpretaciones asociadas a la radioterapia se suman al estrés que la paciente y su familia experimentan al enfrentarse con el impacto del diagnóstico y lo doloroso del tratamiento. Para alejar estos temores y facilitar el proceso con el cáncer se debe brindar una explicación del efecto terapéutica y de los efectos secundarios de la radioterapia antes de iniciar y se debe reforzar la información mediante el curso de la terapéutica y a lo largo de cierto periodo del tiempo. Los pacientes con frecuencia temen que su tratamiento de radioterapia tan grande un potencial dañino para su familiar.⁷²

2.3.5 Complicaciones acerca de los tratamientos.

Después de la radioterapia.

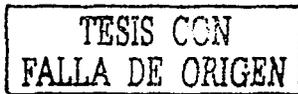
Se dividen en inmediatas y tardías, ambas complicaciones son más frecuente si la paciente ha sido sometida a una intervención quirúrgica, cuando más amplio ha sido el número de radiaciones y cuanto más avanzada es la edad de la paciente. Las complicaciones inmediatas aparecen en el plazo de un mes después de finalizar la radioterapia. Están representadas fundamentalmente por hemorroides, enterocolitis, proctosigmoidopatias agudas y cistopatias agudas con tenesmo. Las complicaciones tardías aparecen desde el sexto mes hasta cinco años después de la radioterapia.⁷³

⁷⁰ WEISMAN A. D. Op Cit. Pág. 271

⁷¹ Ibidem Pág. 272

⁷² Idem Pág. 272

⁷³ Ibidem Pág. 273



Las complicaciones están representadas por: a) castración, b) estenosis cervical, c) estenosis vaginal con dispareunia, d) rectopatías o cistopatías, e) fístulas rectovaginales, f) obstrucción intestinal, g) fístulas entericas. Son raras las complicaciones como la necrosis cutánea y ósea.⁷⁴

las complicaciones mas frecuentes con la estenosis cervical sobre todo en pacientes de edad avanzada. la estenosis vaginal se presenta en menos porcentaje cuando la actividad sexual es mayor. Las complicaciones más graves están representadas por cistopatías y rectopatías con tenesmo, debilitando a la paciente y obligándola a una vida limitada.⁷⁵

Complicaciones post quimioterapia.

En cuanto al tratamiento de las complicaciones después de la quimioterapia el tratamiento que se aplica a las lesiones uretrales es un problema de difícil solución. Es raro que la fístula uretral evolucione hacia su resolución espontánea por lo que frecuentemente es necesario efectuar una derivación (útero sigmoideo y / o uterocutaneostomía) y en algunas ocasiones se llega a la nefrectomía. Todas las complicaciones de la radioterapia que son inmediatas se pueden controlar con la suspensión temporal de la misma. El tratamiento de las complicaciones tardías es bastante complejo el hemátometra sucesivo a la estenosis cervical debe ser tratado con la dilatación del canal cervical bajo anestesia. El piometra con la dilatación del canal cervical establecida la salida de pus es necesario efectuar un tratamiento con antibióticos y estrógenos . frecuentemente es necesario repetir la dilatación.⁷⁶ Tratamiento con antibióticos y estrógenos . frecuentemente es necesario repetir la dilatación.

La eficacia del tratamiento del carcinoma del cuello uterino depende de lo precoz que haya sido el diagnóstico, siendo factible con brillantes resultados, una lesión neoplásica en fase inicial tiene una alta posibilidad de obtener un resultado terapéutico satisfactorio. La posibilidad de curación disminuye progresivamente con el aumento de la invasión y la diseminación local.⁷⁷

El pronóstico depende de una serie de factores como son: a) Edad de la paciente, b) Aspecto clínico de la neoplasia, c) Características histológicas del tumor, d) Estadio clínico. Los primeros tres factores son importantes porque los tumores más agresivos; son más frecuentes en la mujer joven, y el carcinoma de células pequeñas tiene el peor

⁷⁴ Ibidem Pág. 274

⁷⁵ JOYCE M. Y. Cuidados del Paciente que recibe radioterapia. Pág. 701

⁷⁶ Ibidem. Pág. 702

⁷⁷ Ibidem. Pág. 703

pronóstico, pero el factor fundamental es el estadio clínico (extensión de la enfermedad y metástasis ganglionar).⁷⁸

Complicaciones post quirúrgicas.

La más frecuente complicación inmediata de la conización es la hemorragia después de la cirugía, sin embargo con una buena técnica en la cirugía se puede controlar. Las complicaciones tardías más frecuentes de a conización son el hemátometra por estenosis del canal cervical y la infertilidad; esta última es debida a las irregularidades cérvico isticas originadas por la reconstrucción cervical, a la fibrosis cicatricial y a la lesión de la lesión de las estructuras vasculonerviosas. La conización no es por tanto, una intervención que asegura la conservación de la fertilidad, la criocirugía y la excéresis con láser conservan la integridad funcional del útero mucho más que la conización.⁷⁹

La mortalidad de la cirugía radical es inferior al % Y la morbilidad después dela cirugía es alta. Además de las lesiones uretrales intra operatorias, las complicaciones más graves son las fistulas uretrales. La frecuencia de las mismas varía del 2 al 10 %. Mas raras son las estenosis uretrales temporales debidas al edema post operatorio de los tejidos peri uretrales o definitivas y las fistulas vesico vaginales. Las otras complicaciones como linfocele, ileo paralítico, pelvi celulitis, infecciones urinarias, oclusión intestinal y enfermedad trombo embolica son igual de frecuentes como en toda intervención en bajo abdomen.⁸⁰

2.3.6 Complicaciones acerca de la alimentación de las pacientes con cáncer cérvico uterino.

Se presentan múltiples alteraciones bioquímicas en el individuo canceroso. La presencia y gravedad de éstas alteraciones no están en correlación con el tipo de localización del neoplasma maligno. Aún el neoplasma maligno más pequeño puede ocasionar disfunciones metabólicas problemáticas, que tienen lugar dentro del individuo. La discusión sobre todas las respuestas fisiológicas que se presentan son complejas y no entran en el ámbito de este artículo.⁸¹

⁷⁸ UNIVERSIDAD DE ROCHESTER, Opcte. Pág. 113

⁷⁹ ibidem. Pág. 114

⁸⁰ BONADONNA. manual de oncología neoplasias del aparato genital femenino. Pág.

⁸¹ ibidem. Pág. 651

Metabolismo de los carbohidratos.

Se inician mecanismos no eficaces para el metabolismo de los carbohidratos. La oxidación de los átomos de hidrógeno, en lugar de la glucólisis es el método de metabolización de los carbohidratos que tienen lugar con más frecuencia en el individuo canceroso.⁸²

Metabolismo de las proteínas.

El equilibrio negativo del nitrógeno, debido a una ingestión inadecuada de las proteínas, es más frecuente en la enfermedad neoplásica maligna y puede ser irreversible incluso con un soporte nutricional vigoroso. Se produce una mejor síntesis con substratos de proteína a causa de la alteración del mecanismo regulador de la insulina adecuada para facilitar la síntesis. Se presenta gluconeogénesis, que rompe la masa muscular corporal para procurar combustible que cubra las necesidades del cuerpo.⁸³

Alteraciones del metabolismo energético.

La presencia del neoplasma maligno altera el metabolismo energético normal en los humanos, el gasto de energía se mide calculando el porcentaje metabólico basal. En el estado de hambre normal del cuerpo humano, desciende el porcentaje metabólico normal del cuerpo humano, desciende el porcentaje metabólico basal. Con la presencia de una enfermedad neoplásica maligna se incrementan las necesidades del ácido adenosin trifosfórico y se causa al mismo tiempo un aumento del porcentaje metabólico basal.⁸⁴

Los individuos cancerosos cada vez demuestran un porcentaje metabólico basal menor. Por lo tanto, en una enfermedad neoplásica maligna, dicho porcentaje no disminuye en respuesta a una ingesta oral menor lo que termina en un desgaste progresivo.

Síndromes asociados de ruptura nutricional.

⁸² Ibidem. Pág. 652

⁸³ Idem. Pág. 652

⁸⁴ ibidem Pág. 654

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La presencia de un neoplasma maligno al que acompaña un conjunto de alteraciones fisiológicas estimula la aparición de desórdenes nutricionales secundarios en el individuo canceroso. Anorexia, cambios en el gusto, pérdida de peso, rápida saciedad y fatiga son algunas de las alteraciones.⁸⁵

Quimioterapia.

La quimioterapia tiene el potencial de causar la disfunción de órganos importantes, lo cual puede conducir a un deterioro significativo del estado nutricional. Varias de las drogas que se utilizan en la quimioterapia son nefrotóxicas. La dificultad de la función renal y la uremia resultante interrumpe los mecanismos homeostáticos normales de los líquidos y el equilibrio de electrolitos. La hepatotoxicidad es un efecto secundario pero potencial de la quimioterapia. Cuando ocurre, la disfunción hepática que resulta de la quimioterapia, puede causar anorexia, depresión de la síntesis proteínica, disminución de la albúmina sérica, siendo todos ellos indicadores pronósticos negativos de la capacidad del individuo para mantener un sistema inmunológico intacto.⁸⁹

La radioterapia es un tratamiento local, la anorexia y la fatiga son consecuencias comunes de ésta sin tener en cuenta la localización, cantidad y duración de la terapia. La anorexia es una barrera importante en la capacidad del individuo para ingerir los alimentos necesarios para reparar la destrucción celular que se presenta con la radioterapia. Los demás efectos secundarios de la radioterapia que tienen consecuencias nutricionales están específicamente relacionados con la localización anatómica sometida al tratamiento.⁸⁷

Es importante orientarle a las pacientes sobre los efectos secundarios que pueden presentar ya que muchas de ellas suelen tomar medicamentos a lo largo de sus radiaciones por algún malestar que presentan en este caso puede ser fatiga, pérdida de peso, anorexia, cambios en el gusto etc. Y esto ocasiona a la paciente un malestar mayor como es la diarrea.

Dentro de las recomendaciones a la paciente son: No comer alimentos ricos en grasas o irritantes ya que pueden alterar de alguna forma ocasionando malestar estomacal, inflamación o dolor; ya que la radioterapia ocasiona efectos secundarios de acuerdo a la

⁸⁵ Idem Pág. 654

⁸⁹ CAROLYNE NUNNALLY. Op. Cit Pág. 630

⁸⁷ Idem Pág. 630

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

zona que se va a radiar en el caso de las pacientes con cáncer cérvico uterino en el abdomen se pueden presentar algunas lesiones, el cuidado de be ser interno y externo. A las pacientes se les proporciona una hoja donde se les indica el tipo de dieta a seguir durante sus tratamientos, pero muchas de ellas no siguen la dieta ya que solo les menciona lo que deben de quitar de su dieta como son los alimentos ricos en grasas; pero realmente a la paciente no se le concientaza de la importancia de el seguimiento de las indicaciones al pie de la letra, sobre todo no se le advierte de las complicaciones que se pueden evitar.

El papel de la cirugía en el tratamiento de los neoplasmas malignos es erradicar o disminuir la mas del tejido afectado. Muchos de los procedimientos utilizados en el tratamiento de los neoplasmas malignos son extensivos. Cuando se produce alteración anatómica y fisiológica debida a la intervención quirúrgica disminuye la capacidad de mantener la función normal de los órganos asimilativos. Por lo tanto el individuo que se somete a una intervención quirúrgica frecuentemente es incapaz de mantener una ingestión nutricional adecuada.

La respuesta metabólica del individuo a la cirugía tiene un efecto nutricional profundamente negativo. Las intervenciones quirúrgicas extensivas que se usan en el tratamiento del neoplasma maligno, requieren una recuperación post operatoria mayor, así como mayores necesidades metabólicas. Después de la operación se presenta un aumento en el gasto energético como resultado de la síntesis del tejido y cicatrización de las heridas.

2.3.7 Estado emocional de la paciente con cáncer cérvico uterino.

Pocos diagnósticos conllevan a un aspecto tan dramático de muerte como el de cáncer desde el momento de su detección. la certeza de la mortalidad influye en la conducta tanto de la paciente como del equipo médico y la familia. Por tanto es importante que quienes participan el en tratamiento de la paciente examine sus propias actitudes hacia el cáncer y hacia la muerte antes de intentar cuidar a los demás.

Para la mayoría, la vida con cáncer implica rechazo, miedo al dolor, incapacidad, desfiguramiento, alteración del funcionamiento del organismo, pérdida del atractivo sexual y de la autoestima. Además la muerte por cáncer implica el fracaso en la batalla de la paciente contra su enfermedad y el fracaso del equipo médico y de enfermería para proporcionar un tratamiento efectivo.

La relación entre paciente, médico y enfermera debe ser abierta, honesta y basada en la verdad. Los objetivos terapéuticos deben ser realistas, y es indispensable conocer tanto la duración como la calidad de la supervivencia. Siempre que se elija un tratamiento, la paciente deberá estar informada no sólo de los beneficios potenciales sino de los riesgos e

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incapacidades.

Aunque es posible que la paciente este ansiosa por iniciar un tratamiento, también puede ser que no desee los efectos secundarios. La comunicación, la accesibilidad y el apoyo constante ayudan a disminuir esta ambivalencia. Esto no solo se aplica a la paciente sino también a su familia.

Se debe procurar una comunicación abierta y honesta entre la paciente y su familia, el médico y la enfermera, ya que ésta última constituye el enlace de las 24 horas y su información veraz sobre los aspectos físicos, emocionales y sociales de la paciente y su familia que son un gran apoyo.

En aquellos pacientes que están "curados" el stress no termina al completar el tratamiento, y puede ser que aparezcan en forma continua o intermitente durante muchos años. En quienes ocurren una recidiva de la enfermedad, o en quienes no es posible lograr la curación, hay un enfrentamiento persistente con la muerte. Sin embargo aunque puede ser que no esté disponible un tratamiento antitumoral definitivo, se debe procurar las medidas que alivian los síntomas y promueven la supervivencia.

Los médicos siempre deben tener en cuenta los rasgos fundamentales del respeto hacia el individuo, de su inclusión en la comunidad del cuidado del aspecto físico y del autoestima. Un cuidado competente requiere que la paciente y su familia no estén abandonados que la paciente no se sienta aislada de su familia o del médico por una conspiración de silencio, que a la paciente se le permita vivir y morir con dignidad y que la familia reciba alguna ayuda para aceptar la muerte de la paciente sin pena.

2.3.8 Características del paciente con cáncer en fase terminal.

- a) Fase de negación: a pesar de que en Estados Unidos existe la práctica generalizada de informar al enfermo sobre la evolución de la enfermedad y su gravedad, aquel niega inicialmente la evidencia que se le ha puesto delante de los ojos.
- b) Fase de ira: en ella el enfermo adopta actitudes coléricas o de profundo enfado a las personas, es el momento en que se pregunta por que la enfermedad le afecta precisamente a él, y que se siente molesto por la vitalidad que siente a su alrededor.
- c) Fase de negociación: es una especie de tregua en que pone en plazos y frecuentemente se negocia con Dios. Son los momentos en que se hacen ciertos tipos de promesas con tal de conseguir la curación; se piden plazos de meses, de un año... Kubler Rouse subraya la importancia psicológica de esta fase, en la que el paciente comienza a mirar a la muerte de frente.
- d) Fase de depresión: En el primer tiempo se refiere al pasado (incapacidad por atender a

su familia o su profesión, dolor por el pecho mutilado etc...) más tarde comienza a desprenderse del futuro; prefiere estar solo, no le interesa comer, le molesta que se le hable del mundo exterior. No tiene sentido entonces decirle que debe animarse; es mejor afirma Kubler Rouse de dejarle que se aflija, decirle implícitamente que la muerte hace llorar también a los hombres.

e) Fase de aceptación: Según Kubler el enfermo puede llegar a un sentimiento profundo de paz interior y exterior si se le permite pasar por el dolor preparatorio. El moribundo tiene un sentimiento de paz ha superado el miedo y la amargura, a resulto sus asuntos pendientes, y si alguien es capaz de acompañarle, puede morir en paz y con serenidad.

2.3.9 FUNCION DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON CANCER.

Es importante considerar la función que desempeña la enfermera y el equipo de salud para ayudar a la paciente y a la familia en esta etapa trascendente. Es necesario que la enfermera considere sus puntos de vista acerca de la muerte y reconozca que muchos de sus pacientes y de los familiares llegan a esta experiencia mal preparados desde el punto de vista físico, emocional, espiritual, económico y geográfico. La atención de la enfermera es fundamental en las pacientes con cáncer cérvico uterino, ya que como mujeres la paciente tiene más confianza de aclarar algunas dudas sobre la enfermedad, tratamiento, medicamentos y las complicaciones que se pueden presentar a lo largo de su atención en el servicio de radioterapia. El personal de enfermería debe estar altamente capacitado conciente e informado para otorgar a la paciente la información que requieran para llevar hasta el fin su tratamiento ya sea radioterapia, quimioterapia o cirugía.

Los médicos siempre deben tener en cuenta los rasgos fundamentales de respeto hacia el individuo, de su inclusión en la comunidad del cuidado del aspecto físico y del autoestima. Un cuidado competente requiere que la paciente y su familia no estén abandonados que la paciente no se sienta aislada de su familia o del médico por una conspiración de silencio, que a la paciente se le permita vivir y morir con dignidad y que la familia reciba alguna ayuda para aceptar la muerte de la paciente sin pena.

CAPITULO III

RECOLECCION, INTERPRETACION, Y ANALISIS DE RESULTADOS.

3.1 Recolección de datos.

La recolección de datos se realizó en el hospital de oncología del servicio de radioterapia en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el periodo de tiempo ya antes mencionado, los datos se obtuvieron por medio de la aplicación de un cuestionario a las pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de radioterapia, previa aceptación de la entrevista, tomando en cuenta los criterios de inclusión, posteriormente se realizaron preguntas abiertas para identificar el tipo de información que la paciente requiere.

El tiempo con cada paciente fue de 40 minutos aproximadamente, ya que posterior a la entrevista el paciente expuso las dudas, siendo la mayoría acerca de la radioterapia, quimioterapia o cirugía así como de los efectos secundarios de cada uno de los tratamientos y la modificación en sus hábitos alimenticios y de su vida sexual a lo largo de sus tratamientos.

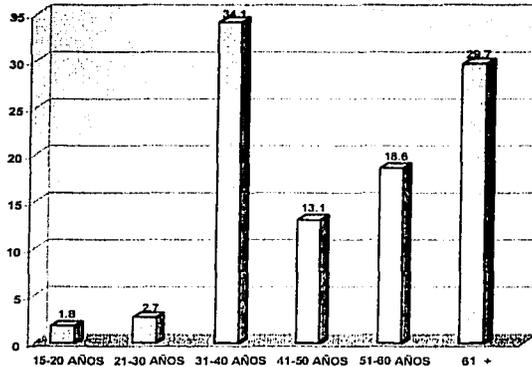
Cuando la paciente acude a su primera sesión de radioterapia se le menciona que para aclarar cualquier duda acerca del mismo acudiera con nosotros, muchas de las pacientes asistieron con su pareja para aclarar dudas de su enfermedad, de los tratamientos especialmente sobre la radioterapia, los factores de riesgo que predisponen y determinan el cáncer cérvico uterino posteriormente aclaradas sus dudas se encontró.

En el servicio de radioterapia del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional siglo XXI se llevo a cabo el presente estudio, tomando en cuenta los criterios de inclusión de las pacientes con cáncer cérvico uterino que han sido mencionados dentro del primer capítulo del trabajo de investigación acerca de la información adecuada que requieren las pacientes con este padecimiento. La selección de las pacientes para el estudio se lleva a cabo dentro del servicio de radio terapia consulta externa de a toda paciente que acude a sus radiaciones se le informo sobre los beneficios de su participación en dicha investigación ya que al darle más información se fomenta o se adquiere una cultura más consciente sobre el auto cuidado y la participación del núcleo familiar gracias a la participación del licenciado en enfermería y obstetricia de acuerdo con los fundamentos y teorías de Virginia Henderson, y colocando en alto el lema de la Universidad Nacional Autónoma de México "Por mi raza hablará el espíritu".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 1 GRUPOS DE EDAD.

Registra la edad de las pacientes con Cáncer cervico uterino que fueron atendidas en la consulta externa del Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.



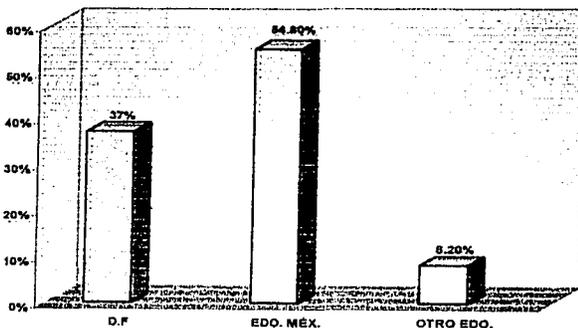
En la gráfica número 1 registra los datos de la edad de las pacientes en que es más frecuente el cáncer cervico uterino, el más alto porcentaje nos indica que un 34.1% es de 31 a 40 años y el 29 % se encuentra en mujeres mayores de 60 años, el 1.8% se presentó en mujeres en etapa reproductiva que no pasan los 20 años.

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia del Hospital de Oncología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA No. 2 LUGAR DE RESIDENCIA

En la presente gráfica encontramos los datos de residencia de las pacientes que presenta un 54.8% que radica en el Estado de México, el 37% son pacientes que viven en el Distrito Federal contando con instituciones que pueden prestar el servicio de Detección Oportuna de Cáncer cervico uterino y aún así presenta un porcentaje de los mayores en el padecimiento y 8.2% corresponde de otro estado de la república que pocas veces cuenta con los estudios de detección del cáncer.



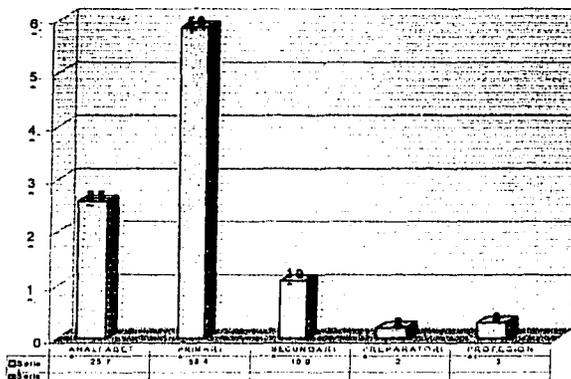
Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia del Hospital de Oncolog

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 3 ESTADO CIVIL

La presente gráfica nos muestra el estado civil de las pacientes con el 56.5% son mujeres casadas, 25.9% viudas, 13% separadas, 1.9% vive en unión libre.

Las pacientes con cáncer cervico uterino que refiere el estudio son el más alto porcentaje mujeres casadas.

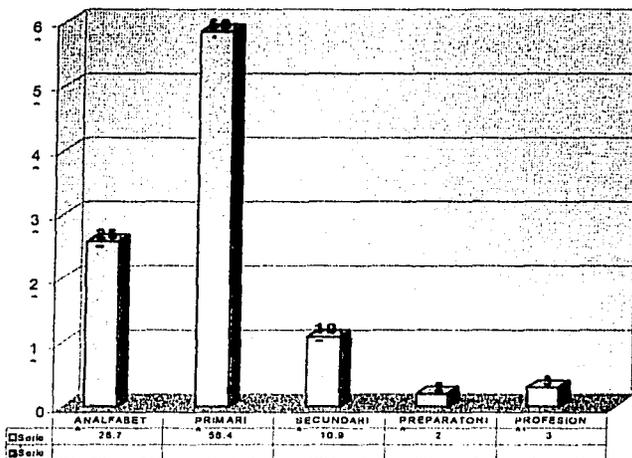


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 4 ESCOLARIDAD

El 25.7% de las pacientes son analfabetas, 58.4% con primaria incompleta, 10.9% secundaria incompleta menos de 9 años de estudio, 2% con nivel medio superior y únicamente 3% son profesionistas. En la gráfica podemos ver que el nivel escolar es un factor importante en la población femenina ya que a mayor grado de estudios es más la cultura de prevenir el cáncer cervicouterino.

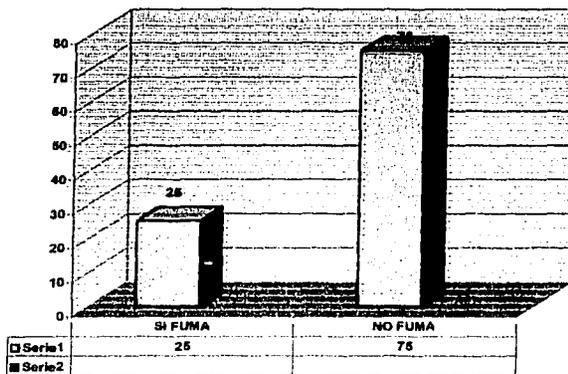


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia del Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 5 TABAQUISMO

El 75% de las pacientes que participaron en el estudio no son adictas al tabaco, el 25% restante sí tienen el hábito de fumar . Teniendo como antecedente que un factor que predispone al cáncer es éste hábito. Sin embargo en el estudio presenta un bajo porcentaje.

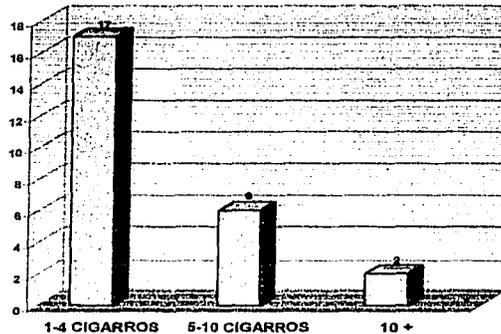


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia del Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 6 NÚMERO DE CIGARRILLOS

El 17% de las pacientes tienen el hábito de fumar el tener éste hábito predispone a la mujer a padecer algún tipo de cáncer, en tanto que un 2% fuman mas de 10 cigarrillos al día.

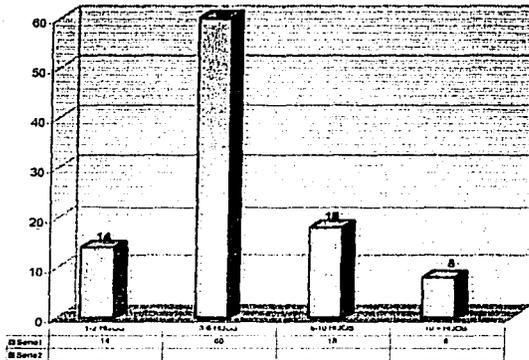


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 7 MULTIPARIDAD

Uno de los factores que mas predispone a un cáncer cervico uterino es la multiparidad, ciertamente el tener un número determinado de hijos puede provocar el padecimiento a lo largo del tiempo, en comparación con una mujer que tuvo de 1 a 2 partos. En el estudio el 60% de ellas ha tenido más de 3 hijos.

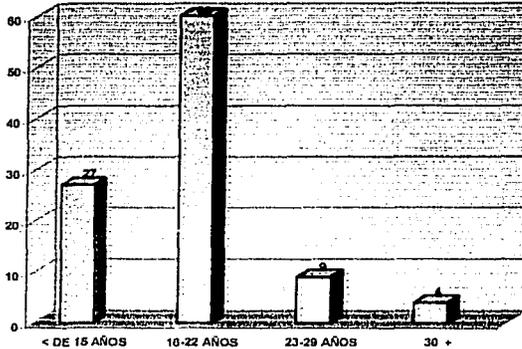


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica No. 8 INICIO DE VIDA SEXUAL

Como se conoce hasta ahora el tener un inicio en la vida sexual a temprana edad es un factor de riesgo determinante para el cáncer de cerviz. En la presente gráfica el 60% de las pacientes inició vida sexual entre los 16 y 22 años y sólo 4% después de los 30 años .

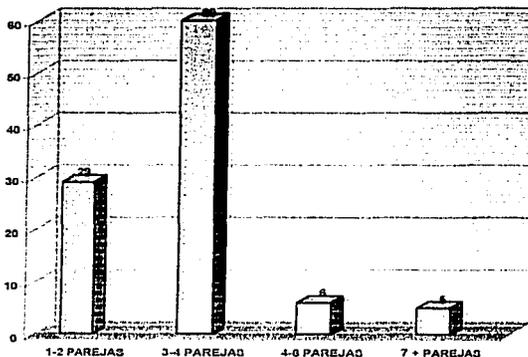


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 9 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

El 60% de las pacientes en estudio ha tenido de 3 a 4 parejas sexuales, a mayor número de parejas es más el riesgo de contraer cualquier infección, lo que favorece a tener otro padecimiento más grave. El 5% de las mujeres siendo el menor porcentaje tuvo más de 7 parejas.

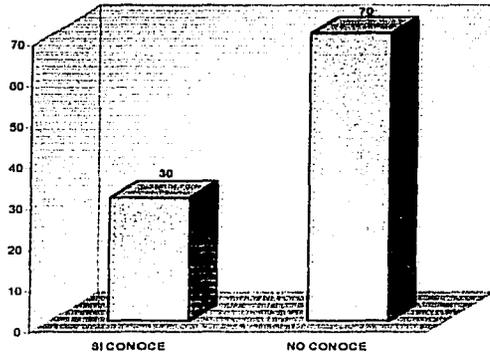


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica No. 10 CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD

Un porcentaje bastante alto 70% de las mujeres con cáncer cervico uterino carece de información acerca de su padecimiento, mientras que el 30% de ellas tiene una idea de su estado así como de los tratamientos a seguir y de los hábitos que debe modificar a lo largo de los mismos.

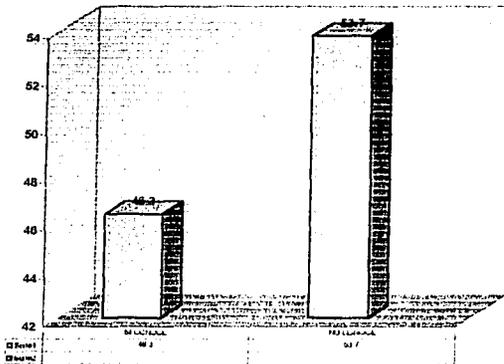


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 11 MÉTODOS DE DETECCIÓN

El 53.7% de las pacientes desconoce algún método de detección oportuna, el porcentaje restante 46.3% si lo conoce y lo ha utilizado en alguna ocasión a pesar de que muchas de ellas se practican cada año la detección oportuna del cáncer en la mujer, resultaron con prueba positiva al padecimiento.

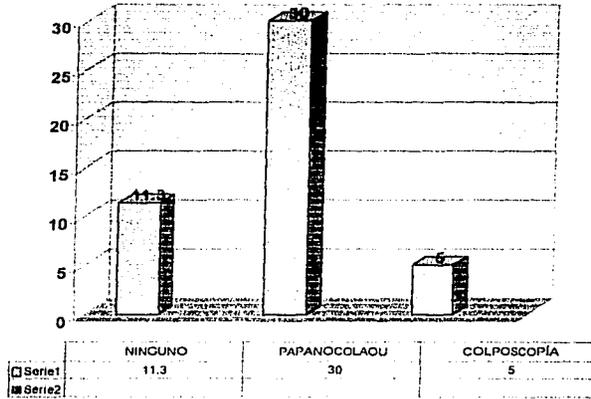


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 12 METODOS DE DETECCIÓN OPORTUNA

El 43.4% de las pacientes que saben de algún método de detección oportuna para el cáncer cervico uterino 11.3% no sabe cual es el método utilizado, 30% conoce el Papanicolaou y 5% conoce la colposcopia.

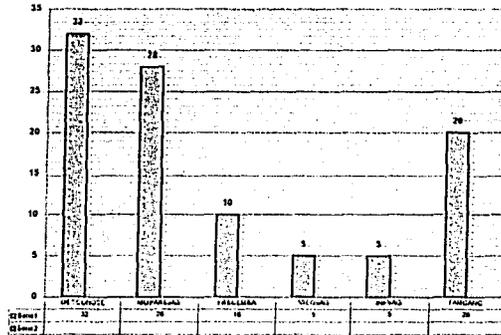


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 13 CAUSA DE SU ENFERMEDAD

El 32% de las pacientes del estudio desconoce la causa de su enfermedad, 28% opina que por múltiples parejas sexuales, 10% a embarazos frecuentes, 5% por infecciones vaginales y 20% por antecedentes en la familia con cáncer cervico uterino.



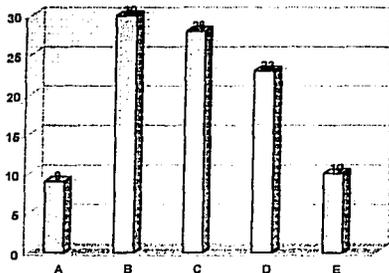
- A) Desconoce la causa
- B) Por tener múltiples parejas
- C) Por embarazos frecuentes
- D) Por falta de aseo vaginal
- E) Por infecciones vaginales
- F) Antecedentes de Cáncer en la familia

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica No. 14 DIETA DURANTE RADIOTERAPIA

En la presente gráfica el 9% considera que no es importante modificar su dieta, 30% no le informaron que debía modificarla, 28% le informaron pero no la modificó, 23% la enfermera le indicó la dieta que debía llevar a cabo y 10% le indicó la dieta el médico.



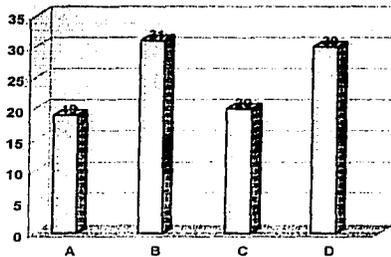
- A) Considera que no es importante
- B) No me informaron.
- C) Si me informaron pero no la modifiqué
- D) Me indicó la dieta la enfermera.
- E) Me indicó la dieta el médico

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia del Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 15 CAMBIOS EN VIDA SEXUAL

El 19% de las pacientes refiere que no es importante modificar los hábitos sexuales durante sus tratamientos, 31% no le informaron, 20% si le informaron pero no lo realizó y 30% cree que no le afecta en su tratamiento. La paciente puede evitar posibles infecciones si lleva acabo las indicaciones del médico.



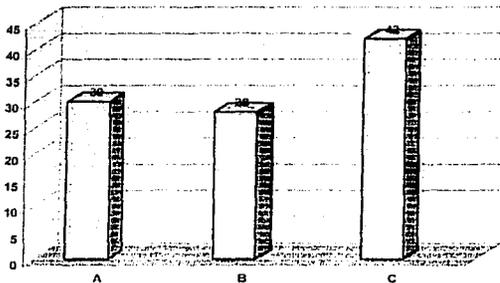
- A) No es importante
- B) No me informaron
- C) Si me informaron pero no la modifiqué
- D) No interfiere en mi tratamiento

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 16 ENFERMERA Y MEDICAMENTOS

Es importante que la enfermera le brinde información a las pacientes acerca de los medicamentos, ya que en ocasiones pueden provocarles náuseas, vómitos etc... En el estudio encontramos que 30% si tuvo la información, 28% algunas veces y 42% nunca le informaron sobre los efectos colaterales.



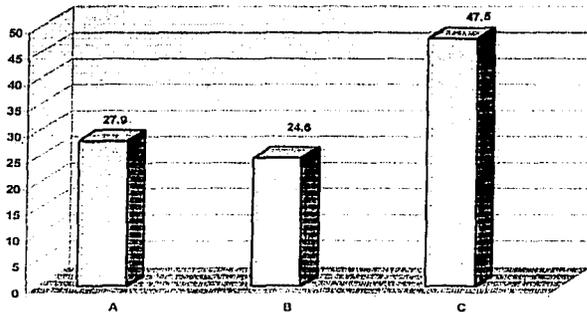
- A) Siempre me informa
- B) Algunas veces me informa
- C) Nunca me informa

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 17 ENFERMERA Y MOLESTIAS DE MEDICAMENTOS

Es indispensable que se le oriente a las pacientes sobre las molestias en el tratamiento farmacológico ya que en ocasiones las pacientes dejan de tomar los medicamentos porque desconocen los efectos y la importancia de terminar con el malestar. Al 47.5% de ellas nunca se les dio esta información.



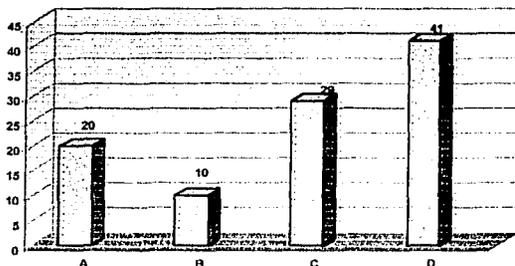
- A) Siempre me informa
- B) Algunas veces me informa
- C) Nunca me informa.

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 18 PROCEDIMIENTOS DURANTE TRATAMIENTO

Si la enfermera informa sobre el procedimiento de los tratamientos a las pacientes con Cáncer cervico uterino del Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.



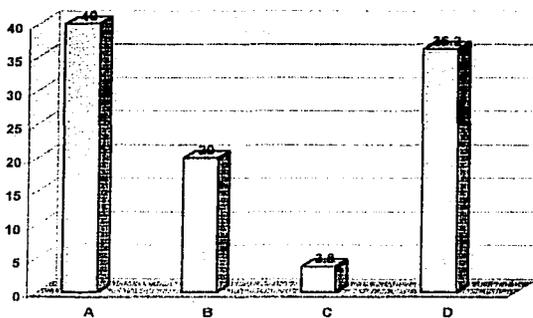
- A) Me informa siempre
- B) No es importante
- C) Algunas veces me informa
- D) No me informa

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 19 EFECTOS SECUNDARIOS DE RADIOTERAPIA

La enfermera le aclara sus dudas de los efectos secundarios después de la radioterapia a las pacientes con Cáncer cervico uterino del Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.



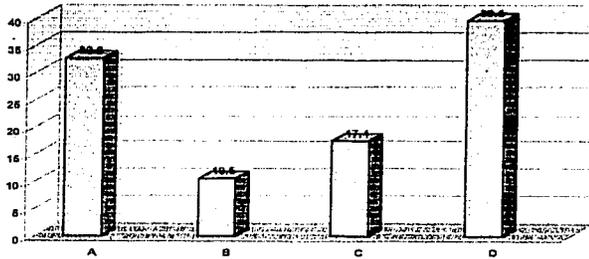
- A) Si me informa
- B) Algunas veces
- C) No es importante
- D) Nunca me informa

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 20 SIGNOS DE ALARMA

La enfermera le indica los signos de alarma posteriores al tratamiento a las pacientes con Cáncer cervico uterino del Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.



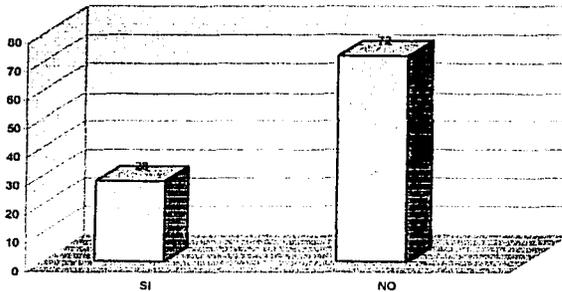
- A) Me informa siempre
- B) No es importante
- C) Algunas veces me informa
- D) Nunca me informó

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 21 INFORMACIÓN DEL MÉDICO

El Médico brinda la información adecuada a las pacientes con Cáncer cervico uterino del Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.

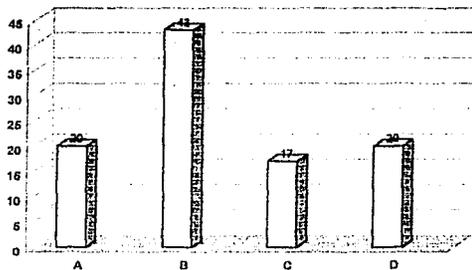


Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 22 INFORMACIÓN DE LA ENFERMERA

Grado de conocimiento que tiene la enfermera para brindar información a los pacientes con Cáncer cervico uterino del Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología Centro Américo Nacional Siglo XXI.



- A) Si está capacitada
- B) No está capacitada para aclarar mis dudas
- C) Tiene más tiempo y puede aclarar mis dudas
- D) Puede aclarar parcialmente mis dudas

Fuente: Encuestas aplicadas en el Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología.

3.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la gráfica número 1 nos registra los datos conforme a la edad de las pacientes que participaron en el estudio de Cáncer cervico uterino y los porcentaje más significativos se encuentran en las pacientes de 31 a 40 años con un 34.1% el 29.7% son pacientes con más de 60 años de edad, lo que nos indica que la edad en que se presentó una mayor incidencia es en las mujeres de 31 a 40 años que nos indica que la edad no resulta un factor determinante para contraer un Cáncer cervico uterino.

En la gráfica número 2 encontramos los dato del lugar de residencia de las pacientes con Cáncer lo que nos indica un 54.8% de ellas viven en el Estado de México, el 37% son mujeres del Distrito Federal y un porcentaje menos 8.2% son de algún otro estado de la República Mexicana. Esto afecta de manera importante ya que muchas de ellas carecen totalmente de la información necesaria para poder prevenir el Cáncer cervico uterino y muchas de ellas no se practicaron la prueba del Papanicolaou en los últimos 2 años. En las mujeres que radican en el Distrito Federal aunque cuentan con la información pocas se practicaron el Papanicolaou en los últimos dos años esto influye de manera importante si tomamos en cuenta que siendo mujeres con una vida sexual activa se debe de practicar la prueba por lo menos dos veces al año.

En la gráfica número 3 el 56.5% de nuestras pacientes son mujeres casadas, 1.9% son mujeres que viven en unión libre, 1.9% son divorciadas, 25.9% viudas y 13% son separadas, en nuestro estudio no se encontró a la variable estado civil como un factor que determine tener Cáncer cervico uterino.

En la gráfica número 4 se encuentra la escolaridad con que cuentan nuestras pacientes siendo el 25.7% mujeres analfabetas. 58.4% cuentan con nivel primaria incompleta menos de 6 años de escuela, 10.9% secundaria incompleta menos de 9 años de escuela, 2% con nivel preparatoria incompleta y únicamente el 3% son mujeres que cuentan con nivel profesional aunque aún no concluyan la carrera. Resulta importante ya que influye en el tipo de información que se les pueda brindar a las pacientes ya que aunque en los Centros de Salud u otras Instituciones promuevan folleto de información para prevenir el Cáncer cervico uterino si la mujer no

sabe leer o escribir resulta en vano lo que se le quiere informar. Aún contando la mujer con nivel primaria muchas veces no prestan atención a la información que se les brinda.

En la gráfica número 5 y 6 se analiza si las pacientes tienen el hábito de fumar y en qué cantidad un porcentaje significativo el 75% son mujeres que no tienen el hábito; mientras que el 25% restante son mujeres que sí tienen el hábito de fumar y el 17% de ellas fuman de 1 a 4 cigarrillos a diario. Si bien el hábito de fumar nos predispone a tener Cáncer en nuestro estudio para el Cáncer cervico uterino no se encontró que sea un factor determinante el tener hábito a fumar.

Si bien dentro de los factores de riesgo que a nivel mundial se reconoce que para contraer un Cáncer cervico uterino la multiparidad es uno de los más sobresalientes como encontramos en la gráfica número 7 en el estudio se encontró que un mayor porcentaje de las mujeres con el diagnóstico ya mencionado el 60% de ellas son mujeres que han tenido más de 3 hijos, el 18% más de 6 y el 8% más de 10 hijos, que nos comprueba que sigue siendo un factor de riesgo determinante para un Cáncer cervico uterino.

Como se conoce hasta ahora el tener un inicio en la vida sexual a temprana edad es un factor que nos predispone a tener un Cáncer cervico uterino. En nuestro estudio en la gráfica número 8, el 60% de nuestras pacientes iniciaron su vida sexual entre los 16 y 22 años de edad y un importante 27% antes de los 15 años; los porcentajes menores los representan las pacientes de 23 a 29 años con 9% y mayores de 30 años 4%. Para nuestras pacientes el haber tenido un inicio de la vida sexual a temprana edad es un factor de riesgo que determina su padecimiento.

En la gráfica número 9 se registra el número de compañeros sexuales que han tenido las pacientes que entraron al estudio, encontramos que el 60 % han tenido de 3 a 4 parejas y el 29% de 1 a 2; los demás porcentajes son 6% de 4 a 6 parejas sexuales y un 5% restante 7 parejas o más. Es importante ya

que el tener promiscuidad sexual resulta un factor importante para el Cáncer cervico uterino.

En la gráfica número 10 se encuentran los datos acerca de lo que conoce la pacientes de su enfermedad, si es curable o incurable o simplemente el tipo de lesión que tiene y un 70% de ellas no conoce el grado en que le está afectando el cáncer, mientras que el 30% restante si sabe y le informó el médico, después de que ella le preguntó que grado de lesión tenía. Consideramos importante que las pacientes sepan qué tanto tienen avanzado el cáncer; ya que es una inquietud que ellas manifiestan al desconocer qué tan avanzada tienen su enfermedad y las posibilidades que existen de curarse.

En la gráfica número 11 encontramos que el 53.7% de las pacientes no sabe ningún método de detección oportuna para el Cáncer cervico uterino; mientras que el 46.3% si sabe de algún método y de éste se analiza en la siguiente gráfica.

En la gráfica número 12 encontramos que de 43.3% de las pacientes que sí conocen algún método de detección oportuna para el Cáncer cervico uterino 11.3% sabe que existe manera de detectar el Cáncer pero no sabe cuál. El 5% conoce la colposcopia y un 30 % conoce el medio de detección oportuna para el Cáncer cervico uterino Papanicolaou. No se midió si éste último porcentaje se practicaron el Papanicolaou en el último año.

En la gráfica número 13 se presentan resultados sobre las causas que conoce la paciente que le ocasionaron el Cáncer. Un 32% desconoce la causa de su enfermedad, el 28% por tener múltiples parejas sexuales, el 10% a

embarazos frecuentes, 5% cree que se debe a falta de aseo vaginal, 5% por infecciones vaginales y 20% por antecedentes con Cáncer. Es importante ya que en un 32% de los casos se pudo haber evitado el Cáncer cervico uterino, por medio de la difusión en los medios masivos o en algunas Instituciones de Salud.

En la gráfica número 14 abarca lo importante que es para las pacientes el hecho de modificar su dieta durante las radiaciones que van a recibir. Un 9% considera que no es importante, 30% no le informaron que se debía modificar la dieta, 28% sí le informaron pero no la modificó por diferentes razones, 23% le indicó la enfermera la dieta que debía llevar y 10 % le indicó la dieta el médico. El hecho de que la paciente debe llevar una dieta restringida en grasas e irritantes durante sus radiaciones es importante y a un 61% de las pacientes que sí se les brindó la información ya sea por el médico o la enfermera un 28% no la modificó siendo que esto les puede evitar complicaciones a futuro.

En la gráfica número 15 contiene los datos de la vida sexual de nuestras pacientes y un 19% de ellas refiere que no es importante modificar los hábitos sexuales durante su radioterapia, 31% no le indicaron que debía modificarla, 20% sí le informaron pero no la modificó y 30% cree que no perjudica en su tratamiento. Si a la paciente se le hace consiente de que modificar su vida sexual durante la radiación les evita en un futuro infecciones vaginales.

En la gráfica número 16 y 17 contiene la información que brinda la enfermera a las pacientes acerca de los medicamentos durante su radioterapia. 30% indica que siempre le informa, 28% algunas veces y 42% nunca le informa. En ésta parte es importante informarle a la paciente ya que muchas veces se le da medicamento para algunas molestias (náuseas, vómito, mareos) y la

paciente no sabe para qué se esta tomando el medicamento y deja de terminar con el tratamiento lo que les ocasiona que sigan con el malestar hasta el término de las radiaciones que en ocasiones es hasta por cuatro semanas.

En la gráfica número 18 los datos que contienen son acerca de la enfermera, si es que les informa sobre el procedimiento durante su tratamiento: es decir si les explica cada procedimiento que les realiza. 20% le informa siempre, 10% no es importante, 29% algunas veces le informa y 41% no se les informa. A las pacientes se debe de informar cada procedimiento que les realiza para obtener la confianza de la paciente y para disminuir un poco su temor hacia los tratamientos. Y lograr una mejor relación enfermera paciente.

Son muchas las molestias que se presentan después de las radiaciones, esto depende de la edad de la paciente, el grado de cáncer que tiene y el número de radiaciones a las cuales será sometida. Es por eso que en la gráfica número 19 se presentan los datos acerca de la información que brinda la enfermera a las pacientes que llevan radiaciones. 40% si le informa la enfermera, 20% algunas veces, 3.8% considera que no es importante y 36.2% nunca le informa la enfermera. El hecho de que la paciente no se le informe, la altera de manera que el tipo de información que ella busca la obtiene con los pacientes que están en tratamiento y como ya se mencionó en un principio no afecta de la misma manera a todas las pacientes, esto provoca que muchas de ellas abandonen sus tratamientos.

En la gráfica número 20 nos interesa conocer si la enfermera le indica a las pacientes algunos signos de alarma por los cuales las pacientes se deban de presentar de inmediato al médico por ejemplo: una hemorragia vaginal. 32.6% me informa siempre, 10.5% no lo considera importante, 17.4% algunas veces me informa y 39.5% nunca le informó. No está de más brindar este tipo de orientación a las mujeres para poder evitar complicaciones.

En la gráfica número 21 presenta el 28% de las pacientes opinan que el médico si aclara todas sus dudas respecto a sus enfermedad y tratamientos. El 72% refiere que el médico no logró aclarar las dudas desde el principio de sus tratamientos. Resulta importante por el tiempo que en ocasiones no es suficiente para atender bien a las pacientes y éste tipo de información es básica.

En la gráfica número 22 el 20% de las pacientes considera que la enfermera si está capacitada para aclarar sus dudas, 43% cree que no está capacitada para esclarecer las inquietudes de la paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4 CONCLUSIONES

El Cáncer cervico uterino es uno de los principales padecimientos que causan una tasa alta de mortalidad en México en mujeres de 35 a 60 años de edad los factores que predisponen a dicha enfermedad son: Inicio de vida sexual a edad temprana, promiscuidad sexual, multiparidad, antecedentes de cáncer, infecciones vaginales frecuentes y que no son atendidas por mencionar sólo algunas. Esta información es de la obtención en los resultados de las gráficas, la falta de información a las mujeres acerca de los métodos de detección temprana y tratamiento oportuno afecta de manera importante.

Desde que la paciente acude a la consulta del Servicio de Radioterapia tiene dudas que no aclara a tiempo. Se debe orientar en cada procedimiento que se le va a realizar para que la paciente se tranquilice y coopere con la enfermera para brindarle una mejor atención. Los efectos secundarios que produce la Radioterapia en las pacientes son diferentes en cada una de ellas la anorexia, náuseas, vómito, diarrea, cefalea, pérdida de peso, alteraciones en la zona de la radiación y cambios en el estado emocional es vital informar a la paciente ya que en muchas de ellas no se presentan efectos secundarios ya que difiere en el grado de la enfermedad (I, II, III y IV), el estado nutricional de la paciente, la edad y otros factores. Las pacientes al no tener este tipo de información, toman en cuenta los comentarios de las demás personas que reciben radioterapia.

El personal de enfermería del Servicio de Radioterapia Hospital de Oncología Centro Médico Siglo XXI si está capacitada para brindar a las pacientes toda la información necesaria acerca del Cáncer cervico uterino, pero en ocasiones la enfermera no tiene el tiempo o el interés por brindar esta orientación básica y a veces las pacientes no se toman la atención de preguntar cualquier duda, por pena o por que las consultas son breves.

Si en general fuéramos un poco más consientes acerca de las enfermedades que se pueden prevenir como el Cáncer cervico uterino la tasa de mortalidad disminuiría y algunos pacientes tendrían una mejor calidad de vida. Se debe brindar una orientación adecuada a todo paciente que acude a una Clínica u Hospital y esforzarnos por dar lo mejor en atención en los niveles de Salud. Como mujeres podemos orientar a una compañera, amiga, paciente o familiar respecto a éste padecimiento que cobra tantas vidas.

En nuestro estudio encontramos que aún cuando la mujer ya tiene el Cáncer cervico uterino no cuenta con la orientación necesaria sobre su enfermedad y los efectos secundarios que puede provocar la radioterapia. La información que tiene no logra aclarar sus dudas al respecto y la enfermera juega un papel muy importante ya que es la que tiene más relación con las pacientes y de esta manera se podría brindar una calidad de atención mejor.

Muchas de nuestras pacientes no conocen su padecimiento por ejemplo el grado de Cáncer cervico uterino en que se encuentran, afecta a la paciente de manera que no sabe si puede recuperarse y salir de ésta enfermedad o si se encuentra en fase final, la orientación le ayuda a estar más tranquila y ser más consiente durante su tratamiento, en lo cual la enfermera puede participar y lograr que las pacientes conozcan el grado en que están afectadas por esta enfermedad.

Un alto porcentaje de nuestras pacientes desconoce las causas que le provocaron su enfermedad; es importante ya que altera la relación entre ella, su pareja y familia ocasionando que la paciente no reciba el apoyo incondicional de ellos y posteriormente abandone su tratamiento, la forma en que esto se puede evitar es acercándose a ella y brindar nosotros como enfermeras un apoyo de manera que la paciente nos confíe sus temores, dudas e inquietudes acerca de ésta terrible enfermedad para poder aclarar la situación en que se encuentra. La orientación sobre los medicamentos a estas pacientes también fué insuficiente así como de las molestias que pueden ocasionarles, como personal de enfermería tenemos la información y la capacidad de informar la importancia de seguir al pié de la letra las indicaciones de sus medicamentos.

Brindar a la paciente información sobre la dieta es muy importante ya que en un futuro le puede ocasionar complicaciones que se pueden evitar con una información básica antes de los tratamientos ya que la enfermera tiene la capacidad y la facilidad de acercarse a las pacientes es ella la persona indicada para ayudar a las pacientes a que cumplan con ello. Ofreciéndole también información de las complicaciones que podría tener si no sigue una dieta como se lo indican. Un mayor porcentaje de las pacientes en estudio no

fueron informadas de que tendría que seguir cambios en su alimentación a partir de que iniciara tratamiento con su radioterapia. Otro cambio en la vida de ellas es la vida sexual y con la información necesaria se pueden evitar infecciones que durante el tratamiento resultan molestas para la paciente y su pareja

3.5 RECOMENDACIONES

- Concientizar al personal de enfermería de los servicios en general acerca de la importancia de brindar la orientación básica a todo paciente que acude a consulta para evitar enfermedades o complicaciones posteriores.
- Brindar una capacitación adecuada a las enfermeras de acuerdo a su servicio y que esté consiente de brindar una buena calidad de atención.
- Organizar grupos de apoyo para brindar éste tipo de información a pacientes con Cáncer cervico uterino, por medio de charlas educativas y material didáctico en los servicios de consulta externa y radioterapia, para lograr que la paciente tenga confianza y aclare sus dudas, y pueda reconocer los cambios que pueden alterar su tratamiento o estado general para que aprenda a cuidar su salud.
- Apoyar con trípticos y rota folios ilustrados acerca del padecimiento.
- Por medio de encuestas aplicadas a las pacientes evaluar el éxito de la charla educativa
- Concientizar a las mujeres en edad reproductiva de la importancia en la realización del Papanicolaou dos veces al año y llevar el control en su Unidad Médica Familiar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO PARA LA INVESTIGACIÓN:

**PARTICIPACIÓN DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
EN LA ORIENTACIÓN BRINDADA A LAS PACIENTES CON CANCER
CERVICO UTERINO PARA EVITAR COMPLICACIONES.**

No. DE CUESTIONARIO _____

FECHA DE ELABORACIÓN: _____
FECHA DE APLICACIÓN _____

Elaboró: ELSA ALMA TIRADO VELÁZQUEZ.

MEXICO

OCTUBRE DE 1999.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**CUESTIONARIO PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL CÁNCER CERVICO
UTERINO**

OBJETIVO: Conocer la información adecuada para las pacientes con cáncer cervico uterino del servicio de radioterapia.

INSTRUCCIONES: De las siguientes preguntas elegir una sola respuesta, la información que se obtenga será confidencial.

1.- ¿Cuál es su edad?

- a) 15-20 años.
- b) 21-30 años.
- c) 31-40 años.
- d) 41-50 años.
- e) 51 +

2.- ¿Cual es su lugar de residencia en la actualidad?

- a) Distrito Federal.
- b) Estado de México.
- c) Otros Estados.

3.- ¿Cuál es su estado civil en la actualidad?

- a) Casada.
- b) Soltera.
- c) Divorciada.
- d) Unión Libre.
- e) Viuda.

4.- ¿Cuál es su grado máximo de estudios?

- a) 0-5 años de estudio.
- b) 6-9 años de estudio.
- c) 10-13 años de estudio.
- d) Licenciatura.

5.- ¿ A qué edad inició su vida sexual?

- a) antes de los 15 años.
- b) 16-22 años de edad.
- c) 23-29 años de edad.
- d) 30-36 años de edad.
- e) 37 - +

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.- ¿ Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

- a) 1-2 parejas.
- b) 3-4 parejas.
- c) 5-6 parejas.
- d) 7 o +

7.- ¿ Cuántos hijos ha tenido?

- a) 1-2 hijos.
- b) 3-4 hijos.
- c) 5-6 hijos.
- d) 7-8 hijos.
- e) + de 8 hijos.

8.- ¿ Usted fuma ? Sí. No.

- a) 1-2 cigarrillos al día.
- b) 3-6 cigarrillos al día.
- c) 7-10 cigarrillos al día.
- d) 10 o +

9.- ¿Sabe que enfermedad tiene?

- a) Sí
- b) No

10.- ¿ Sabe si hay alguna forma de prevenir su enfermedad?

- a) Sí
- b) No

11.- Elija una de las siguientes opciones que conoce para prevenir su enfermedad.

- a) No conoce ninguna.
- b) El Papanicolaou.
- c) La colposcopia.
- d) Si conoce el Papanicolaou pero no se lo realizaba.
- e) Si conoce la colposcopia pero no se realizó una

f) 12.- ¿Sabe la causa de su enfermedad?

- a) Desconoce la causa.
- b) Por tener múltiples parejas.
- c) Por embarazos frecuentes.
- d) Por falta de aseo vaginal.
- e) Por infecciones vaginales.
- f) Por tener antecedentes familiares con cáncer.

13.- ¿Le orientaron sobre el grado de cáncer que tiene?

- a) Sí
- b) No

14.- ¿Considera importante modificar su dieta durante sus radiaciones y quién le informó el médico o la enfermera?

- a) Considera que no es importante.
- b) No me informaron.
- c) Sí me informaron pero no lo modifiqué.
- d) Me indicó la dieta la enfermera.
- e) Me indicó la dieta el médico.

15.- ¿Recibió orientación sobre los cambios en su vida sexual?

- a) No es importante.
- b) No me informaron.
- c) Sí me informaron, pero no lo modifiqué.
- d) Mi vida sexual no considero que interfiera con mi tratamiento.

16.- ¿La enfermera le indica la manera adecuada de tomarse sus medicamentos?

- a) Siempre me informa.
- b) Algunas veces me informa.
- c) Nunca me informa.

17.- ¿La enfermera le indica sobre las posibles molestias que le pudieran ocasionar sus medicamentos?

- a) Siempre me informa.
- b) Algunas veces me informa.
- c) Nunca me informa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18.- ¿ Le informa la enfermera acerca de los procedimientos que va a recibir durante su tratamiento?

- a) Me informa siempre.
- b) No es importante.
- c) Algunas veces me informa.
- d) No me informa.

19.- ¿ La enfermera le aclara dudas sobre los efectos que tiene el tratamiento con radioterapia?

- a) Sí me informa.
- b) Algunas veces.
- c) No es importante.
- d) Nunca me informa.

20.- ¿ Conoce usted cuáles son las molestias que se presentan después del tratamiento con radioterapia?

- a) Sí.
- b) No.

21.- ¿ La enfermera le indica los signos de alarma después del tratamiento para acudir al médico en caso necesario?

- a) Me informa siempre.
- b) No es importante.
- c) Algunas veces me informa.
- d) Nunca me informó

22.- ¿ Considera que la información que recibe por parte del personal médico es la adecuada?

- a) Sí.
- b) No.

¿ Por qué?

23.- ¿ Considera que la enfermera está capacitada para darle una mejor información?

- a) Si está capacitada.
- b) No está capacitada para aclarar mis dudas.
- c) Tiene más tiempo y puede aclarar mejor mis dudas.
- d) Puede aclarar parcialmente mis dudas

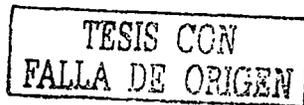
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Blom J. Quality of life of the cáncer. (1991) Pág. 855-59.
- 2.- Herrero R. Epideniology of cervical monogram natl inst. (1996) pág. 1-11.
- 3.- Manual para médicos y estudiantes. Oncología clínica. Edición 2, editorial alhambra, pág 172-76.
- 4.- Ma del Pilar S.R. Revista del Instituto nacional de cancerología. Pág 230-35.
- 5.- Nursing (abril 1996) vol. 14, núm 4, pág 5.
- 6.- Nursing (enero 19 97) vol. 15, núm. 1, pág 5.
- 7.- Nursing (marzo 1998) vol.16 núm. 3, pág 5.
- 8.- Nursing (agosto-septiembre 1998) vol. 16, núm. 7, pág 5.
- 9.- Nursing (noviembre 1998) vol.16, núm. 9, pág 11-15.
- 10.- Nursing (marzo 1999) vol. 15, núm. 4, pág 16-20.
- 11.- Nursing (marzo 1999) vol. 17, núm. 3, pág 25-29.
- 12.- Nursing (marzo 1999) vol. 19, núm. 4, pág 32-36.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 13.- Programa de prevención y control de cáncer cervico uterino en la secretaria de salud. (México D.F. año 1998) pág.
- 14.- Sánchez V.T. Frecuencia de NIC y factores de riesgo en mujeres en la ciudad de México. Ginecología y Obstetricia de México 1997. Vol 65, número 3, pág 15-35.
- 15.- Selby P. The value of quality of life scores in clinical cáncer research.(año 1993) vol. 12, pág. 1656-59.
- 16.- Vargas C. M. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. (noviembre 1998) vol. 13, núm. 48 pág 1-4.
- 17.- Edstrom S. and Miller M. Prepare the family to care for the cáncer patient at home: A home care course. (1991) pág. 4-49.
- 18.- Klasburn S. D. Comunications in the treatment of cáncer.(1971) vol. 71, pág 944.
- 19.- Lamb M. A. Sexuality and the cáncer patients. (1981) vol. 4 pág. 137.
- 20.- Mc Phetridge L. M. One means of personalized care. (1968) vol. 68, pág. 68.
- 21.- Weisman A. D. Early diagnosis of vulnerability in cáncer patients. (1976) pág. 187.
- 22.- Scores. In clinical cáncer research. (Europa 1993) vol. 12, pág. 1656-57.
- 23.- Mondragón H. Ginecología y Obstetricia. (junio 1994).



24.- Bonadona. Manual de Oncología y Neoplasias del aparato genital femenino. Pág. 653

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN