

Seguimiento de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico en un centro oncológico de Bogotá, Colombia

Temática: cuidado crónico.

Aporte a la disciplina: la descripción de la carga percibida y el estado de desempeño en pacientes con cáncer que han pasado por terapéuticas oncológicas se constituyen en un elemento fundamental para generar indicadores basados en evidencia que orienten los planes de seguimiento desde la vivencia referida por los participantes, una vez salen de las instituciones hospitalarias.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el seguimiento de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico en un centro de oncología en Bogotá, entre 2013 y 2016, y determinar el estado funcional y la percepción de la carga de enfermedad. **Material y métodos:** descripción retrospectiva de pacientes intervenidos por gastrectomía, distribuidos en tres grupos: de 1 a 12 meses de seguimiento luego de la intervención, de 13 a 14 meses, y de 25 a 36 meses. Se utilizó un instrumento de percepción de carga de enfermedad crónica validado y la escala de Karnofsky. **Resultados:** se incluyeron 127 pacientes: 63 a un año, 43 a 2 años y 21 a 3 años. Predomina el adenocarcinoma gástrico de patrón intestinal. Más del 50 % requirió gastrectomía total, más quimioterapia adyuvante, y estaba en estadios II y III. La mayoría realiza actividad normal con signos y síntomas leves, con una carga de enfermedad percibida global baja y un estado funcional sin diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes con seguimiento de 1 a 12 meses reportaron un mayor malestar físico. **Conclusiones:** en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico, persisten síntomas físicos, alteraciones emocionales, dificultades económicas y limitación en el rol laboral, hallazgos por ser incluidos en los programas de seguimiento.


PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS)

Neoplasias gástricas; cáncer de estómago; gastrectomía; costo de enfermedad; estudios de seguimiento; enfermería oncológica.

DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.8

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Carrillo GM, Santamaría NP, Oliveros R. Follow-up of Gastrectomized Patients due to Gastric Cancer in a Cancer Center of Bogota, Colombia. *Aquichan* 2019; 19(2): e1928. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.8

1  [orcid.org/0000-0003-4513-104X](mailto:gmcarrillog@unal.edu.co). Universidad Nacional de Colombia, Colombia. gmcarrillog@unal.edu.co
2 [orcid.org/0000-0002-4617-4116](mailto:nsantamaria@cancer.gov.co). Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. nsantamaria@cancer.gov.co
3 orcid.org/0000-0002-4189-8844. Instituto Nacional de Cancerología, Colombia.

Follow-up of Gastrectomized Patients due to Gastric Cancer in a Cancer Center of Bogota, Colombia

ABSTRACT

Objective: To determine the perceived burden and functional status of gastric cancer patients with gastrectomy in a center of cancer in Bogota (Colombia) between 2013 and 2016. **Materials and methods:** Retrospective description of patients intervened by gastrectomy distributed in three groups: Patients with gastrectomy from 1 to 12 months of surgical intervention, 13 to 14 months and 25 to 36 months. For this, it was used the disease burden perception instrument and the Karnofsky scale. **Results:** 127 patients were included. 63 from 1 to 12 months, 43 from 13 to 24 months, and 21 from 25 to 36 months of intervention. Gastric adenocarcinoma of intestinal pattern stage III and II predominate. More than 50 % of the patients required total gastrectomy and received adjuvant chemotherapy. The majority of participants performed regular activities with mild signs and symptoms, presented low overall perceived burden and functional performance without statistically significant differences between groups. Patients from 1 to 12 months of intervention reported greater levels of physical discomfort. **Conclusions:** In patients with gastrectomy for gastric cancer, physical symptoms persist such as emotional disturbances, economic difficulties and limitations in the work role, findings to be included in follow-up programs.

KEYWORDS (SOURCE: DECS)

Stomach neoplasms; stomach cancer; gastrectomy; cost of illness, follow-up studies; nursing oncology.

Seguimiento de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico em um centro de oncológico em Bogotá, Colômbia

RESUMO

Objetivo: Avaliar o seguimento de pacientes gastrectomizados em um centro de referêncianacidade de Bogotá entre 2013 e 2016, determinando o status funcional e a percepção da carga da doença. **Material e métodos:** Descrição retrospectiva dos pacientes intervençionados por gastrectomiadistribuídos em três grupos, que têm entre 1 a 12 meses de intervenção cirúrgica, 13 a 14 meses e 25 a 36 meses. Utilizamos o instrumento de percepção da carga de doenças crônicas, desenhado, avaliado e a escala de Karnofsky. **Resultados:** 127 pacientes foram acompanhados por gastrectomia por câncer gástrico; 63 em um ano, 43 em 2 anos e 21 em 36 meses. Do ponto de vista histopatológico, predomina o adenocarcinoma gástrico intestinal. Mais de 50% necessitaram de gastrectomia total, além de quimioterapia adjuvante e corresponderam a estágios II e III. A maioria dos pacientes com monitorização de atividade normal realizada sinais e sintomas leves com uma baixa carga global percebida e um estado funcional, sem diferenças significativas entre os grupos de monitorização de doentes acompanhados durante 1 a 12 meses relatados mais desconforto físico. **Conclusões:** Nos pacientes gastrectomizados por câncer gástrico, a percepção de sobrecarga da doença é baixa. Alguns sintomas físicos persistem, distúrbios emocionais e dificuldades econômicas, bem como limitação no papel do trabalho, achados a serem considerados no desenvolvimento de programas de acompanhamento.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS)

Neoplasias gástricas; cancro do estômago; gastrectomia; efeitos psicossociais da doença; seguimentos; enfermagem oncológica.

Introducción

Cada año, en el mundo, se presentan más de un millón de casos nuevos de cáncer gástrico, y cerca de 850.000 personas mueren. Se estima un aumento del doble de casos y muertes, tanto en hombres como en mujeres (1). En Colombia, según Globocan 2018, se presentaron 7419 casos nuevos de cáncer gástrico, cifras que ocupan a esta enfermedad en el tercer lugar en frecuencia y en la primera causa de mortalidad (1). Las técnicas quirúrgicas y el manejo perioperatorio han mejorado en las últimas décadas. La supervivencia, a los cinco años después de la resección curativa para los pacientes con enfermedad localmente avanzada, es del 20 al 30 % (2). La gastrectomía —una cirugía de alta complejidad, con consecuencias importantes para el paciente desde el punto de vista nutricional, funcional y emocional— es la principal opción curativa efectiva en el tratamiento del cáncer gástrico. Hay cambios corporales que implican adaptación y preparación para reincorporarse a las actividades cotidianas, situación que refleja el impacto y la carga para los pacientes en seguimiento (2, 3).

Dentro del plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2020, el mejoramiento de la calidad de vida con implementación de servicios de apoyo social y el seguimiento a pacientes y cuidadores son líneas estratégicas de acción (4).

Se reconocen estudios que han explorado la mortalidad, la calidad de vida, las tasas de supervivencia y las complicaciones postquirúrgicas en pacientes con cáncer gástrico (5-11). Con frecuencia, los problemas de salud son evaluados en términos de mortalidad, pero este indicador falla al no tener en cuenta el tiempo perdido por discapacidad y otros resultados de salud no fatales. La distribución de los recursos en salud se efectúa con base en el indicador de mortalidad, pero deja por fuera el peso que genera la morbilidad (12). Este último aspecto de carga percibida de la enfermedad no ha sido evaluado en el seguimiento de los pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico.

La *carga percibida* hace referencia al esfuerzo adicional que implica satisfacer las necesidades de la persona que presenta una condición de cronicidad. Incluye tres dimensiones: el sufrimiento psicológico y espiritual; el malestar general y el malestar físico; y la alteración sociocultural y familiar (juicio que una persona hace frente al impacto y la carga que representa la condición de salud sobre los roles familiares y sociales). Cada situación que se asocia con el esfuerzo adicional es medida en términos de la frecuencia (13).

La descripción de esta carga aporta un conocimiento importante del desempeño del paciente luego de la cirugía, teniendo en cuenta aspectos psicológicos y espirituales; el malestar general y el malestar físico, así como la alteración sociocultural y familiar (13). En la literatura, son escasos los abordajes que describen la carga percibida por la enfermedad y el estado de desempeño en quienes han sido sometidos a una gastrectomía.

Es de resaltar que esta situación no se ha explorado como investigación por parte de la enfermería, por lo que no se cuenta con indicadores basados en evidencia que orienten los planes de seguimiento desde la vivencia referida por los pacientes, una vez salen de las instituciones hospitalarias.

El objetivo de este estudio fue determinar la carga percibida y el estado funcional de los pacientes con cáncer gástrico, luego de ser sometidos a una gastrectomía en un centro de referencia de cáncer. Luego de la intervención quirúrgica, se hizo un seguimiento a tres grupos: 1) de 1 a 12 meses, 2) de 13 a 24 meses y 3) de 25 a 36 meses, aplicando una escala funcional (Karnofsky) y un instrumento para percepción de carga de la enfermedad.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, que incluyó 127 adultos (mayores de 18 años) con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, sometidos a gastrectomía entre 2013 y el 2016. El seguimiento se organizó en tres grupos: 1) de 1 a 12 meses de la intervención quirúrgica; 2) de 13 a 24 meses de la intervención; y 3) de 25 a 36 meses de intervención.

Se incluyeron participantes con o sin tratamiento adyuvante, y con capacidad para comunicarse verbalmente. Luego de la revisión de las historias clínicas, se identificaron 175 posibles elegibles, y se excluyeron 16 por fallecimiento, 9 por no tener adenocarcinoma gástrico, 18 por número telefónico errado y 5 que no desearon participar del estudio. Se adquirió una muestra intencional final de 127 pacientes, distribuidos así: 63 en el grupo 1, 43 en el grupo 2 y 21 en el grupo 3. La captación de los participantes se realizó vía telefónica y a través de la consulta en el servicio de gastroenterología, donde se obtuvo el consentimiento informado y se entregaron los cuestionarios para su diligenciamiento. La aplicación de las escalas se hizo de manera presencial en el servicio de consulta externa de gastroenterología. El tiempo promedio de

aplicación de las escalas fue de 20 minutos, con un mínimo de 18 y un máximo de 45.

Se diligenció una ficha de caracterización sociodemográfica, y el instrumento de percepción de carga de enfermedad crónica desarrollado y validado en el contexto colombiano (13), a partir de la teoría de manejo del síntoma (14). Este instrumento consta de 48 ítems que exploran 3 dimensiones de carga: psicológico y espiritual; *discomfort* y malestar físico; y alteración sociocultural y familiar. Los participantes indicaron la frecuencia de la molestia a partir de una escala tipo Likert, desde 1 (ausencia del problema) hasta 4 (máximo problema). La confiabilidad de la escala fue de 0,89 (alfa de Cronbach).

Adicionalmente, se aplicó la escala de Karnofsky, que consiste en un informe de autorreporte de las capacidades físicas del paciente. En oncología, se usa para evaluar el nivel de desempeño: una puntuación del 100 % indica que el individuo es capaz de llevar a cabo actividades normales y que no hay una disminución del estado de rendimiento (15).

El análisis se llevó a cabo utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para determinar la carga percibida, la distribución de frecuencias, los porcentajes en el perfil sociodemográfico y el estado de desempeño. La comparación de los grupos en la carga percibida y en cada una de las dimensiones se realizó a través de pruebas no paramétricas, como la prueba Kruskal-Wallis. Se obtuvo el aval de los comités de ética e investigación institucionales.

Resultados

Características de los participantes

Predominaron el adenocarcinoma gástrico de patrón intestinal y los estadios II y III dentro de los tres grupos. Más del 50 % de los pacientes requirió gastrectomía total y recibió quimioterapia adyuvante. Respecto a la edad, se identifica una media de 60 a 62,5 años. En los pacientes con seguimiento de 1 a 12 meses de intervención quirúrgica, y en los de 13 a 24 meses, fue mayor la ocurrencia de la enfermedad en el género masculino. Prevalce la baja escolaridad, el hogar como ocupación principal, el estado civil casado y el nivel socioeconómico (estrato) 2 en los tres grupos (tabla 1).

Tabla 1. Perfil de los pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico

Variables		Grupos de intervención por cáncer gástrico gastrectomizados		
		1 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 36 meses
		n=63 (%)	n=43 (%)	n=21 (%)
Tipo de gastrectomía	Gastrectomía subtotal	34,9	44,2	42,9
	Gastrectomía total	65,1	55,8	57,1
Tipo de adenocarcinoma	Intestinal	55,6	74,4	71,4
	Difuso	25,4	16,3	23,8
	Mixto	19,0	9,3	4,8
Estadio	Cáncer <i>in situ</i> (0)	14,3	9,3	4,8
	IA-IB	17,5	9,3	14,3
	II (IIA-IIB)	28,6	34,9	42,9
	III (IIIA-IIIB)	34,9	41,9	33,3
	IV	4,8	4,7	4,8
Tratamientos adyuvantes	Recibió quimioterapia	54,0	69,8	76,2
	Recibió radioterapia	23,8	48,8	52,4
	Tratamiento actual de quimioterapia	41,3	16,3	9,5
	Tratamiento actual de radioterapia	12,7	0,0	0,0
Grupo de edad	18 a 35 años	3,2	4,7	0,0
	36 a 59 años	39,7	41,9	42,9
	60 a 75 años	39,7	46,5	38,1
	76 y más	17,5	9,3	14,3
sexo	Femenino	41,3	39,5	47,6
	Masculino	58,7	60,5	52,4
Escolaridad	Analfabeta	7,9	9,3	0,0
	Bachillerato	22,2	30,2	33,3
	Posgrados	0,0	2,3	0,0
	Primaria	55,6	46,5	42,9
	Técnico	6,3	2,3	9,5
	Universidad completa	7,9	9,3	14,3
Estado civil	Casado(a)	46,0	48,8	42,9
	Separado(a)	9,5	9,3	4,8
	Soltero(a)	14,3	16,3	19,0
	En unión libre	25,4	16,3	23,8
	Viudo(a)	4,8	9,3	9,5
Ocupación	Empleado(a)	11,1	7,0	0,0
	Hogar	41,3	44,2	47,6
	Ninguna	34,9	34,9	33,3
	Trabajo independiente	12,7	14,0	19,0

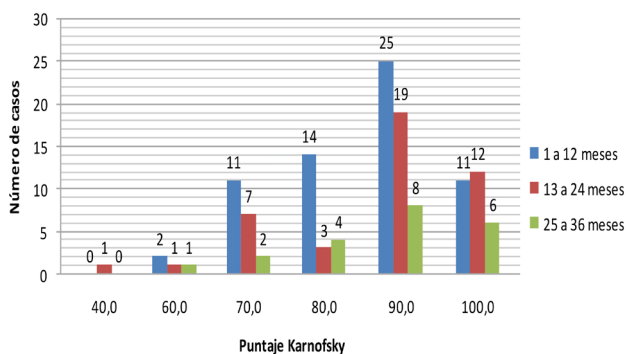
Variables		Grupos de intervención por cáncer gástrico gastrectomizados		
		1 a 12 meses	13 a 24 meses	25 a 36 meses
		n=63 (%)	n=43 (%)	n=21 (%)
Estrato socio-económico	1	11,1	11,6	9,5
	2	68,3	55,8	38,1
	3	20,6	32,6	57,1
Edad	Promedio (DS)	62,5 (11,1)	61,8 (11,9)	60,04 (12,4)

Fuente: elaboración propia.

A. Estado funcional (escala de Karnofsky)

En relación con el estado funcional en los tres grupos, la mayoría puntuó por encima de 90, es decir, realiza actividades normales, con signos y síntomas leves de enfermedad. En el grupo de 1 a 12 meses, 36 pacientes de 63 estuvieron por encima de 90. En el grupo de 25 a 36 meses de la intervención quirúrgica, 31 pacientes de 43 tuvieron puntajes por encima de 90, mientras que en el grupo de mayor seguimiento, 14 de 21 estaban por encima de 90 (figura 1).

Figura 1. Estado funcional (Karnofsky) de los pacientes gastrectomizados y en seguimiento por meses de intervención



Fuente: elaboración propia.

B- Aplicación del instrumento: percepción de carga de enfermedad crónica: 3 dimensiones de carga: psicológico y espiritual; *discomfort* y malestar físico; y alteración sociocultural y familiar.

La dimensión *carga espiritual y emocional* (puntajes posibles: 15-60) tiende a ser baja en los tres grupos y no presenta

diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (figura 2a).

Las dimensiones *discomfort* y malestar físico (puntajes posibles: 19-76) y alteración sociocultural y familiar (puntajes posibles: 14-56) tienden a ser bajas, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (tabla 2, figuras 2b y 2c).

La carga de enfermedad global percibida (puntajes posibles: 48-192) tiende a ser baja en los tres grupos, y tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas (figura 2d).

Tabla 2. Dimensiones de carga de enfermedad en el seguimiento de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico

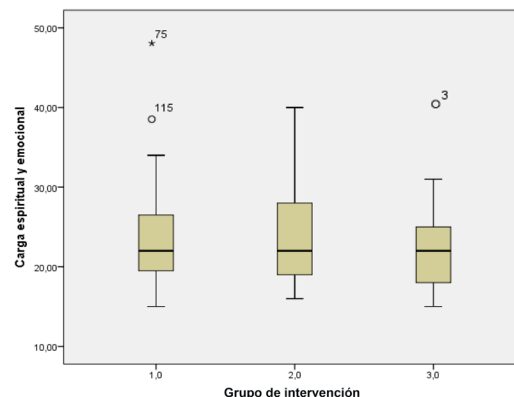
Grupo	Estadístico	Carga espiritual y social	Malestar físico	Alteración sociocultural y familiar	Carga percibida global
1-12 meses de intervención	Media	23,4	36	20,74	80,23
	DS	6,21	8,4	5,69	17,29
13-24 meses de intervención	Media	23,5	33,9	19,83	77,3
	DS	5,9	8,7	5,03	16,22
25-36 meses de intervención	Media	22,33	34,05	19,04	75,42
	DS	6,1	7,89	5,4	17,18
Significancia estadística (valor p)		0,64	0,23	0,17	0,42

DS: desviación estándar de significancia estadística $p < 0.005$.

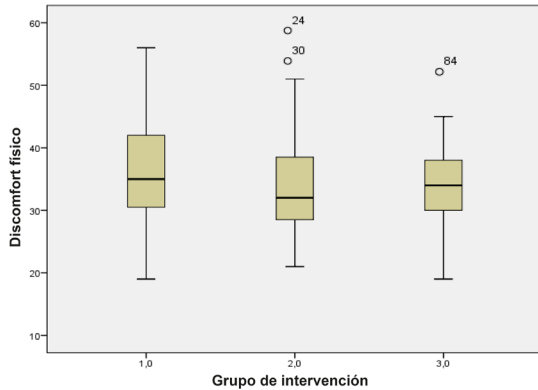
Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Cargas en pacientes con cáncer gástrico gastrectomizados

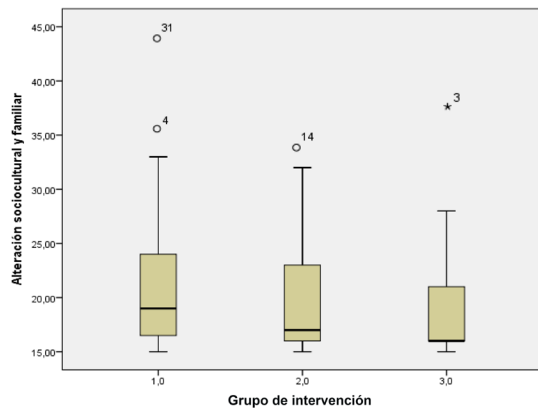
2a. Sufrimiento emocional por grupos de intervención



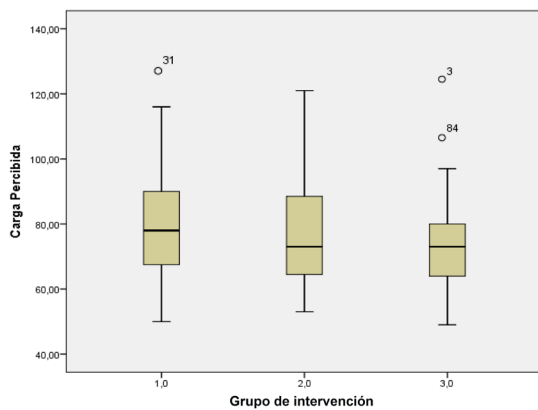
2b. Malestar físico por grupos de intervención



2c. Alteración sociofamiliar y cultural por grupos de intervención



2d. Carga total percibida por grupos de intervención



Grupo 1: 1-12 meses de intervención. Grupo 2: 13-24 meses. Grupo 3: 25-36 meses
Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la carga espiritual y emocional, los síntomas de mayor frecuencia en los tres grupos fueron la tristeza, la angustia, la incertidumbre, el temor y la melancolía. Respecto al malestar físico, las molestias de mayor frecuencia en los tres grupos fueron la debilidad, el agotamiento, la diarrea, los cambios en el apetito, el dolor, la fatiga, los calambres, las alteraciones del sueño y la pérdida de peso. El grupo de 1 a 12 meses de seguimiento reporta una mayor frecuencia de estas molestias frente a los otros. En cuanto a la carga alteración sociofamiliar y cultural, en los tres grupos se resalta la dificultad económica y las alteraciones en el rol laboral.

Al analizar los ítems de forma individual, solo se identifican cambios estadísticamente significativos en cuanto a la ansiedad, la angustia, la pérdida de peso y la alteración del rol laboral. Los valores reportados en el grupo de 1 a 12 meses son los mayores (tabla 3).

Tabla 3. Carga percibida en el seguimiento de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico

	Carga percibida	Grupo 01	Grupo 02	Grupo 03	P valor
Carga espiritual y emocional	Abandono	1,270	1,233	1,333	0,74
	Ansiedad	1,698	1,605	1,286	0,03
	Angustia	1,968	1,628	1,571	0,01
	Baja autoestima	1,492	1,442	1,333	0,67
	Desconfianza	1,238	1,163	1,048	0,17
	Desesperanza	1,571	1,581	1,667	0,98
	Culpa	1,254	1,302	1,048	0,13
	Incertidumbre	1,905	1,884	1,905	0,98
	Labilidad	1,762	1,791	1,762	0,99
	Melancolía	1,921	2,209	2,000	0,31
	Tristeza	2,079	2,302	2,333	0,35
	Pérdida de identidad	1,032	1,163	1,095	0,38
	Temor	1,762	1,767	1,667	0,74
	Vergüenza	1,190	1,163	1,095	0,6
Déficit de la capacidad cognitiva	1,349	1,326	1,190	0,59	

	Carga percibida	Grupo 01	Grupo 02	Grupo 03	P valor
Discomfort físico	Agotamiento	2,413	2,070	2,143	0,15
	Alteraciones cutáneas	1,778	1,884	1,667	0,49
	Alteración en las actividades de la vida diaria	2,111	1,791	1,857	0,24
	Alteración de la funcionalidad motora	1,730	1,860	1,667	0,6
	Alteración de la sensibilidad	1,254	1,256	1,190	0,87
	Debilidad	2,413	2,233	2,286	0,43
	Desfiguración	1,683	1,581	1,333	0,38
	Deterioro de la comunicación verbal	1,159	1,070	1,000	0,22
	Disfunción sexual	1,349	1,628	1,286	0,29
	Dolor	2,286	2,186	2,238	0,6
	Fatiga	2,206	2,023	2,190	0,32
	Alteraciones del equilibrio	1,778	1,767	2,000	0,4
	Alteraciones del sueño	2,159	2,070	2,095	0,83
	Cambios en el apetito	2,413	2,070	2,000	0,55
	Diarrea	2,317	2,209	2,000	0,44
	Molestias urinarias	1,254	1,302	1,571	0,36
	Molestias respiratorias	1,270	1,302	1,333	0,97
Calambres	2,016	1,860	2,238	0,2	
Pérdida de peso	2,413	1,791	1,952	0,008	
Alteración sociocultural y familiar	Aislamiento social	1,365	1,256	1,381	0,73
	Alteración de la dinámica familiar	1,333	1,326	1,333	0,72
	Alteración del rol familiar	1,238	1,209	1,190	0,95
	Alteración del rol laboral	1,952	1,651	1,286	0,03
	Afectación de un cuidador	1,317	1,233	1,143	0,76
	Dependencia económica	1,619	1,488	1,190	0,12
	Dificultad económica	2,175	2,372	2,190	0,48
	Deterioro de la interacción social	1,540	1,419	1,429	0,6
	Discriminación	1,095	1,093	1,143	0,87
	Enfrentamiento cultural	1,159	1,023	1,048	0,42
	Estigmatización	1,159	1,140	1,095	0,98
	Exclusión arquitectónica	1,032	1,047	1,000	0,43
	Pérdida del estatus social	1,143	1,209	1,095	0,58
Sometimiento	1,175	1,047	1,095	0,26	

Significancia estadística: $p < 0.005$

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El estudio refleja el perfil del cáncer gástrico en Colombia: la mayoría de los pacientes son adultos mayores (se encuentran en la sexta década de la vida), con estadios avanzados y adenocarcinomas de tipo intestinal (16-18). La enfermedad se presenta más en los hombres que en mujeres.

La mayoría de los pacientes pueden realizar actividades normales, dato que se corresponde con los hallazgos en la literatura (19-21). Sin embargo, el grupo con seguimiento de 1 a 12 meses luego de la gastrectomía presenta una mayor afectación del estado de desempeño frente a los otros dos, situación dada, probablemente, porque se encuentra en la fase inicial de adaptación de la cirugía (posgastrectomía) y recibe tratamientos adyuvantes, como la quimioterapia y la radioterapia.

Los pacientes de los tres grupos tienen una carga percibida de la enfermedad baja, observación que difiere con otros estudios, en los que tiende a ser alta, con alteraciones en la calidad de vida (6-9). Es posible que quienes sobreviven a un cáncer reporten aspectos positivos en su calidad de vida y una menor carga de síntomas, porque experimentan un cambio respecto a su bienestar, dada una evolución oncológica positiva de su enfermedad, tal como lo reportan otros autores (22, 23).

En la carga espiritual y emocional, los hallazgos para los tres grupos tiende a ser baja; sin embargo, persiste la tristeza, la angustia, la incertidumbre, el temor y la melancolía. Es limitada la información disponible sobre alteraciones de este tipo en pacientes ambulatorios que permanecen libres de la enfermedad durante algún tiempo después del diagnóstico o tratamiento. Han *et al.* (23) encontraron que la prevalencia de alteraciones del estado de ánimo en pacientes con cáncer de estómago que estaban libres de enfermedad durante al menos un año fue del 43,9 %, una tasa alta respecto a otros sobrevivientes de cáncer. Son varios los factores asociados con estas alteraciones que confirman su naturaleza multidimensional; es posible que estos pacientes en seguimiento, luego de la cirugía, tengan una mayor dificultad para desarrollar su trabajo habitual y, en consecuencia, menos ingresos y una alta carga económica (24). Por otro lado, reflejan el impacto de su diagnóstico con cáncer: presen-

cia de molestias postoperatorias y cambios en la imagen corporal después de los tratamientos (8).

En el malestar físico, los pacientes de 1 a 12 meses de intervención quirúrgica presentan una mayor carga, es decir, un mayor número de síntomas, hallazgo que coincide con lo descrito en la literatura (6, 25). Después de una gastrectomía total o subtotal, hay un empeoramiento inicial de los síntomas físicos (pérdida de apetito y de peso [que no se recuperan tan fácil], diarrea y agotamiento [6-9]), pero tienden a recuperarse de forma paulatina entre los 3 y los 6 meses. Dichos síntomas, que son nuevos, se asocian con los síntomas derivados de los tratamientos complementarios y se agravan.

Teniendo en cuenta que los pacientes en seguimiento, luego de la cirugía de cáncer, experimentan diferentes síntomas según el tipo de neoplasia y el tratamiento, las estrategias de intervención deben adaptarse a los enfoques específicos de manejo. La educación sobre el riesgo de desarrollar síntomas tardíos se debe iniciar antes del tratamiento, porque puede ayudar a los pacientes a predecir y a controlar sus síntomas (21).

De la misma forma, es necesario clasificar los efectos secundarios o complicaciones esperadas, con el fin de brindar información, durante el seguimiento, que permita a los pacientes tratar los síntomas con mayor eficacia y, así, mejorar su calidad de vida (26).

En un estudio de seguimiento a lo largo del tiempo, después de una gastrectomía total por carcinoma (9), se identificó una alteración del patrón del sueño, ligado a múltiples factores como malestar físico, incertidumbre frente al futuro y angustia, hallazgos que coinciden con nuestro estudio.

La debilidad, el agotamiento y la fatiga se reportan como un grupo de síntomas que deben ser atendidos en los programas de seguimiento. La fatiga es una molestia muy común y de alta prevalencia, con gran impacto en la calidad de vida de las personas que la padecen y en su funcionamiento social (27). Junn *et al.* (28) afirman que la fatiga puede estar relacionada con la anemia, debida a la falta de hierro. Lim *et al.* (29), en un estudio observacional de pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico temprano, reportaron que el riesgo de anemia aumentó con el tiempo y afectó al 37,1 % de los pacientes, 48 meses después de la cirugía.

En el componente sociocultural y familiar, predominan los problemas económicos y la dificultad para reincorporarse al rol laboral en los tres grupos de pacientes, hallazgos que coinciden con Han *et al.* (30). Los sobrevivientes de cáncer experimentan dificultades debido al impacto económico que enfrentan por la reducción de su actividad socioeconómica o por los problemas para regresar al trabajo, además de la carga de los gastos en salud durante el tratamiento.

La rehabilitación multidisciplinaria en el seguimiento de los pacientes gastrectomizados es una intervención que puede tener un impacto positivo en la capacidad del paciente para volver al trabajo y, por ende, reducir la carga económica en sus familias y en la sociedad en general (31).

La enfermería tiene un rol activo en el cuidado de pacientes con cáncer, quienes tienen necesidades complejas de atención en el hogar (32). Por tal razón, la enfermería debe considerar los síntomas físicos, las alteraciones emocionales y la limitación del estado funcional en sobrevivientes con cáncer. Así, es esencial fortalecer la educación de estos pacientes en aspectos concernientes a los hábitos alimentarios, al reporte de los síntomas de malestar en la monitorización y al seguimiento de programas ambulatorios.

Por otro lado, es decisivo involucrar a otros profesionales de la salud para obtener una atención articulada, basada en consensos de manejo, con la participación activa del paciente con cáncer gástrico.

Este tipo de estudio tiene varias limitaciones, razón por la cual los hallazgos deben ser cuidadosamente interpretados. Se abordó la carga de enfermedad percibida de pacientes con cáncer gástrico en una sola institución oncológica en la ciudad de Bogotá; esta, aunque es un referente, no es la única que maneja este tipo de usuarios. Por otro lado, el acceso a los pacientes resultó dispendioso y afectó la vinculación de un número mayor.

Teniendo en cuenta lo anterior, futuras investigaciones deben incluir un mayor número de pacientes y ser de carácter longitudinal en sobrevivientes gastrectomizados, para determinar la contribución de factores clínicos, sociales y culturales en la carga percibida. Sin embargo, este es un primer referente que abordó pacientes como fuente de información directa y comparó tres grupos con la variable *tiempo de intervención quirúrgica* para

proporcionar información con relación a la morbilidad expresada en los síntomas, con el objetivo de poder definir la carga de la enfermedad. Todo esto permitirá plantear estrategias dirigidas a mejorar la calidad de vida de los sobrevivientes con cáncer.

Conclusiones

La mayor parte de los pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico en el grupo de hasta 36 meses de seguimiento presentaban una carga de enfermedad global baja en las dimensiones de síntomas de sufrimiento emocional y espiritual, *discomfort* físi-

co y alteración sociofamiliar y cultural. Sin embargo, en el grupo de seguimiento de 1 a 12 meses, el malestar físico es mayor. En relación con la escala funcional, la mayoría de los pacientes se encuentra por encima de 90 en su puntuación.

Conflicto de intereses: ninguno.

Agradecimientos: al Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia, por la apertura para el desarrollo de la investigación en el marco de la tesis doctoral *Grupos de síntomas en adultos con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía*. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2018: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide [Internet]. Bogotá. World Health Organization; 2018. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>
2. Fondo Colombiano de Enfermedades por Alto Costo. Cuenta de alto costo. Consenso de indicadores en cáncer gástrico y cáncer de colon y recto [Internet]. Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades por Alto Costo [revisión 2018 01 10]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_03_27_LIBRO_CONSENSO_CANCERCOLONRECTO_PDF_V_0_A11.pdf
3. Ronellenfitch U, Schwarzbach M, Hofheinz R, et al. Preoperative chemo(radio)therapy versus primary surgery for gastroesophageal adenocarcinoma: systematic review with meta-analysis combining individual patient and aggregate data. *Eur J Cancer*. 2013 oct. 49(15): 3149-58. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.05.029
4. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social [revisión 2017 02 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
5. Dorcaratto D, Grande L, Ramon J, et al. Quality of life of patients with cancer of the oesophagus and stomach. *Cirugía Española*. 2011 dic. 89(10):635-44. DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.07.006
6. Avery K, Hughes R, McNair A, et al. Health-related quality of life and survival in the 2 years after surgery for gastric cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2010 febr. 36(2):148-54. DOI: 10.1016/j.ejso.2009.09.008
7. Kobayashi D, Kodera Y, Fujiwara M, et al. Assessment of quality of life after gastrectomy using EORTC QLQ-C30 and STO22. *World J Surg*. 2011 febr.; 35(2):357-64. DOI: 10.1007/s00268-010-0860-2
8. Lee S, Chung H, Kwon OK, et al. Quality of life in cancer survivors 5 years or more after total gastrectomy: A case-control study. *Int J Surg*. 2014;12(7):700-705. DOI: 10.1016/j.ijso.2014.05.067
9. Nakamura M, Nakamori M, Ojima T, et al. Reconstruction after proximal gastrectomy for early gastric cancer in the upper third of the stomach: an analysis of our 13-year experience. *Surgery*. 2014 jul. 156(1):57-63. DOI: 10.1016/j.surg.2014.02.015
10. Jericó C, Bretón I, García A, et al. Diagnosis and treatment of iron deficiency, with or without anemia, before and after bariatric surgery. *Endocrinología y Nutrición*. 2016 ene. 63(1):32-42. DOI: 10.1016/j.endonu.2015.09.003
11. Karanicolas PJ, Graham D, Gonen M, et al. Quality of life after gastrectomy for adenocarcinoma: a prospective cohort study. *Ann. Surg*. 2013 jun. 257(6):1039-1046. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31828c4a19

12. Peñalosa R, Salamanca N, Martín J, Rodríguez J, Rodríguez J, Beltrán A. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia 2010 [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2014. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>
13. Sánchez B, Carrillo G, Cárdenas D, et al. Design, facial and content validation of the instrument "Burden of chronic illness for the patient - GCPC-UN". *Rev. Med. Risaralda*. 2017 ene. 23(1):17-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672017000100005&lng=en
14. Humphreys J, Janson S, Donesky D, Dracup K, Lee KA, Puntillo K, et al. Theory of symptom management. En: *Middle range theory for nursing*. Nueva York: Springer; 2008.
15. Puiggro C, Lecha M, Rodríguez T, et al. Karnofsky index as a mortality predicting factor in patients on home-based enteral nutrition. *Nutr Hosp*. 2009 mar.-abr. 24(2):156-160. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n2/original5.pdf>
16. Otero W. Cáncer gástrico en Colombia: un diagnóstico tardío que amerita el compromiso del Estado. *Rev Col Gastroenterol*. 2008 dic. 23(4):302-4. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572008000400002&lng=en
17. Adrada J, Calambás F, Díaz J, et al. The socio-demographic and clinical characteristics in gastric cancer population in the department of Cauca, Colombia. *Rev Col Gastroenterol*. 2008 dic. 23(4):309-313. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572008000400004&lng=en
18. Montoya M, Gómez R, Ahumada F, et al. Caracterización de 130 pacientes sometidos a gastrectomía por cáncer gástrico en el Instituto de Cancerología-Clinica Las Américas de Medellín. *Rev Colomb Cancerol*. 2016 abr.-jun. 20(2):73-78. DOI: 10.1016/j.rccan.2016.01.002
19. Lee MS, Ahn SH, Lee JH, et al. What is the best reconstruction method after distal gastrectomy for gastric cancer? *Surg. Endosc*. 2012 jun. 26(6):1539-1546. DOI: 10.1007/s00464-011-2064-8
20. Smolskas E, Lunevicius R, Samalavicius N. Quality of life after subtotal gastrectomy for gastric cancer: Does restoration method matter? A retrospective cohort study. *Ann MedSurg (Lond)*. 2015 sept. 4(4):371-375. DOI: 10.1016/j.amsu.2015.08.010
21. Soojung A, Hyejeong J, Sanghee K, et al. Quality of life among Korean gastrointestinal cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017 oct. 30: 15-21. DOI: 10.1016/j.ejon.2017.07.002
22. Yun Y, Sim JA, Jung J, et al. The association of self-leadership, health behaviors, and post-traumatic growth with health-related quality of life in patients with cancer. *Psycho-oncology*. 2014 dic. 23(12):1423-1430. DOI: 10.1002/pon.3582
23. Han KH, Hwang IC, Kim S, et al. Factors associated with depression in disease-free stomach cancer survivors. *J Pain Symptom Manage*. 2013 oct. 46(4):511-22. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.10.234
24. Ell K, Xie B, Wells A, et al. Economic stress among low-income women with cancer: effects on quality of life. *Cancer*. 2008 feb. 112(3):616-25. DOI: 10.1002/cncr.23203
25. Bae JM, Kim S, Kim YW, et al. Health-related quality of life among disease-free stomach cancer survivors in Korea. *Qual Life Res*. 2006 dic. 15(10):1587-96. DOI: 10.1007/s11136-006-9000-8
26. Russell L, Gough K, Drosdowsky A, et al. Erratum to: Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment. *J cancer Surviv*. 2015 sept. 9(3):47.1 DOI: 10.1007/s11764-015-0455-x
27. Willems RA, Bolman CA, Mesters I, et al. Short-term effectiveness of a web based tailored intervention for cancer survivors on quality of life, anxiety, depression, and fatigue: randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2017 febr. 26(2):222-230. DOI: 10.1002/pon.4113
28. Junn JH, Yoo JE, Lee Ja, et al. Anemia after gastrectomy in long-term survivors of gastric cancer: A retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2016 abr. 28:162-8. DOI: 10.1016/j.ijssu.2016.02.084

29. Lim CH, Kim SW, Kim WC, et al. Anemia after gastrectomy for early gastric cancer: long-term follow-up observational study. *World J Gastroenterol*. 2012 nov. 18(42):6114-9. DOI: 10.3748/wjg.v18.i42.6114
30. Han KT, Park EC, Kim SJ, et al. Factors affecting the quality of life of Korean cancer survivors who return to the workplace. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(20):8783-8. DOI: 10.7314/APJCP.2014.15.20.8783
31. Zafar SY, McNeil RB, Thomas CM, et al. Population-based assessment of cancer survivors' financial burden and quality of life: a prospective cohort study. *J Oncol Pract*. 2015 mar. 11(2):145-50. DOI: 10.1200/JOP.2014.001542
32. Wujcik D. Scientific Advances Shaping the Future Roles of Oncology Nurses. *Semin Oncol Nurs*. 2016 may. 2(2):87-98. DOI: 10.1016/j.soncn.2016.02.003