

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n1.60273>

Perfil y carga de la enfermedad de personas con cáncer gástrico sometidas a gastrectomía

Profile and disease burden of gastric cancer patients undergoing gastrectomy

Recibido: 24/09/2016 Aceptado: 02/11/2016

Gloria Mabel Carrillo¹ • Herman Arnulfo Bayona² • Edier Mauricio Arias¹

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Enfermería - Departamento de Enfermería - Bogotá D.C. - Colombia.

² Clínica San Diego - Centro de Investigaciones Oncológicas - Bogotá D.C. - Colombia.

Correspondencia: Gloria Mabel Carrillo. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-01, Edificio 228, Oficina 302. Teléfono +57 1 3165000, ext.: 17011. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: gmcarrillog@unal.edu.co.

| Resumen |

Introducción. Los tratamientos quirúrgicos del cáncer gástrico implican adaptaciones a un nuevo estilo de vida ligado a las limitaciones que pueden ocasionar carga.

Objetivos. Determinar el perfil y la carga de adultos con cáncer gástrico que han sido sometidos a gastrectomía en una institución de oncología en Bogotá.

Materiales y métodos. Estudio de abordaje cuantitativo y corte transversal que incluyó 60 pacientes con cáncer gástrico post gastrectomía, en su mayoría hombres de estratos socioeconómicos bajos y mínimos niveles de escolaridad, con una edad promedio de 56.33 años. Se utilizó una encuesta de caracterización y el instrumento carga de la enfermedad para el paciente.

Resultados. Predomina el adenocarcinoma gástrico intestinal avanzado y la gastrectomía total como cirugía de elección que genera mayor carga. Se identifica alta carga emocional por angustia, tristeza e incertidumbre y baja carga física por síntomas como molestias gastrointestinales, agotamiento y debilidad. Las dificultades económicas y la alteración del rol laboral generan carga sociofamiliar y cultural. Hay relación inversa y estadísticamente significativa entre el estado funcional del paciente y el agotamiento, la fatiga, la alteración del equilibrio y las alteraciones del sueño.

Conclusiones. Los sobrevivientes de cáncer gástrico post gastrectomía presentan cargas emocionales, sociofamiliares y culturales que requieren ser atendidas.

Palabras clave: Neoplasias gástricas; Gastrectomía; Signos y síntomas; Costo de enfermedad (DeCS).

Abstract

Introduction: Surgical treatment for gastric cancer involves adaptations to a new lifestyle associated to limitations that generate a burden.

Objectives: To determine the profile and burden in adults with gastric cancer who have undergone gastrectomy in an oncology institution of Bogotá.

Materials and methods: Quantitative cross-sectional study that included 60 patients with gastric cancer after gastrectomy, mostly men of low socioeconomic strata and minimum schooling level, with an average age of 56.33 years. A characterization survey and burden of disease as instrument were used for the patients.

Results: Advanced gastric adenocarcinoma and total gastrectomy, as the surgery of choice that generates the greatest burden, are predominant. High emotional load is reflected as anguish, sadness, uncertainty and low physical burden due to symptoms such as gastrointestinal discomfort, exhaustion and weakness. Economic difficulties and the alteration of the work role create a socio-familial and cultural burden. There is an inverse and statistically significant correlation between the functional status of the patient and exhaustion, fatigue, alteration of balance and sleep disorders.

Conclusions: Survivors of gastric cancer present an emotional, socio-familial and cultural burden after gastrectomy that needs to be addressed.

Keywords: Stomach Neoplasms; Gastrectomy; Signs and Symptoms; Cost of Illness (MeSH).

Carrillo GM, Bayona HA, Arias EM. Perfil y carga de la enfermedad de personas con cáncer gástrico sometidas a gastrectomía. Rev. Fac. Med. 2018;66(1):13-8. Spanish. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n1.60273>.

Carrillo GM, Bayona HA, Arias EM. [Profile and Disease Burden of People with Gastric Cancer Undergoing Gastrectomy]. Rev. Fac. Med. 2018;66(1):13-8. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v66n1.60273>

Introducción

El cáncer gástrico es una neoplasia que representa la segunda causa de mortalidad por cáncer en el mundo y la quinta en incidencia anual por tumores malignos (1).

Colombia presenta las tasas más altas de ocurrencia de cáncer gástrico junto a Japón, Costa Rica, Singapur, Corea y Chile. Aunque la mortalidad ha ido disminuyendo en casi todos los países, Colombia muestra un ligero pero sostenido aumento (2). Respecto a incidencia (10.7%) y mortalidad (16.2%), el cáncer gástrico ocupa el segundo lugar en hombres después del cáncer de pulmón. En mujeres se ubica en el cuarto lugar de incidencia (9%) y en el tercero de mortalidad (10.1%) (2).

Se evidencian importantes variaciones en términos geográficos; la incidencia y el riesgo de mortalidad son mayores en Nariño, Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Santander y Bogotá (zona andina y cordilleras). Las zonas de mortalidad alta-moderada son Antioquia, Valle y Norte de Santander (3).

El cáncer de estómago afecta a las personas adultas y su incidencia se eleva de manera progresiva con la edad: la mayoría de los pacientes que presenta la enfermedad tiene entre 50 y 70 años. El riesgo es un poco mayor en hombres que en mujeres y la tasa general de supervivencia a 5 años es de 27%, estadística desfavorable puesto que este tipo de cáncer se detecta en una etapa avanzada, variable determinante en el pronóstico del paciente (4).

La terapéutica depende de la etapa en que se diagnostica la enfermedad. Siempre que sea posible, la cirugía es la base del tratamiento con intención curativa; sin embargo, las recurrencias son frecuentes, por lo que se pueden requerir terapias adyuvantes o neoadyuvantes como la quimioterapia y la radioterapia para mejorar el pronóstico. El tratamiento quirúrgico puede tener como objetivo la remoción del cáncer; de todo el estómago o una parte, y de ganglios linfáticos contiguos, incluyendo órganos cercanos (5).

La gastrectomía es el tratamiento quirúrgico estándar para pacientes con cáncer gástrico incipiente y avanzado. Aunque la disminución de la mortalidad operatoria en las últimas décadas es notable, algunos efectos adversos de la cirugía se mantienen (6,7).

La reconstrucción gastrointestinal, opción terapéutica para reiniciar la alimentación por vía oral, puede ocasionar trastornos funcionales con presencia de síntomas como reflujo, síndrome de dumping, náuseas, vómito, disfunción en el paso de los alimentos y diarrea, entre otros (8). Es posible que estas disfunciones no se resuelvan con el tiempo y que los pacientes deban afrontarlas, incluso en estadios tardíos del posoperatorio; esta situación genera carga y, por lo tanto, debe ser explorada y atendida por el equipo de salud.

El objetivo del presente estudio fue determinar el perfil y la carga de adultos con cáncer gástrico que habían sido sometidos a gastrectomía en una institución de oncología en Bogotá D.C. e identificar si existe relación entre la carga y el nivel de desempeño de los pacientes en las actividades de la vida diaria.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de abordaje cuantitativo descriptivo correlacional de corte transversal en 2015. La población estuvo conformada por adultos sometidos a gastrectomía como tratamiento para cáncer gástrico entre 6 y 48 meses antes en la Clínica Oncológica San Diego. Se efectuó una revisión de historias clínicas de cirugías realizadas en los últimos 4 años que permitió identificar 145 participantes potenciales. Al realizar la captación, se descartaron 45 participantes por defunción, 38 por número telefónico errado y 2 que no aceptaron participar en el estudio. Se obtuvo una muestra final de 60 sujetos.

Los criterios de inclusión fueron: hombres o mujeres >18 años con diagnóstico de cáncer gástrico que hubieran sido sometidos a una gastrectomía; tiempo de intervención quirúrgica >6 meses y <48 meses; con o sin tratamiento de quimioterapia o radioterapia concomitante, y estado cognitivo intacto.

VARIABLES e instrumentos

Características sociodemográficas: edad, género, ocupación, nivel de escolaridad, procedencia, estado civil y apoyos con los que cuenta. Se utilizó la encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica (GCPC_UNC).

Clínicas: tipo de cáncer y estadio, tipo de gastrectomía y tratamiento coadyuvante. Se elaboró una ficha de caracterización clínica.

Carga de la enfermedad: juicio que una persona hace de las molestias relacionadas con el discomfort físico, con el sufrimiento emocional y espiritual y con las alteraciones sociofamiliares y culturales. Incluye la valoración de la frecuencia y severidad de los síntomas físicos relacionados. Se utilizó el instrumento de carga de enfermedad en pacientes con cáncer (GCPC_UNC 2014) construido a partir del referente teórico propuesto por Humpreys *et al.* (9) sobre la experiencia del síntoma. Los ítems miden criterios de frecuencia, severidad y amenaza/preocupación en una escala tipo likert de 0 (ausencia del problema) a 4 (máximo problema). La escala ha sido validada en Colombia (10).

Estado de desempeño: autoreporte de las capacidades físicas del paciente. Se utilizó la escala de Karnofsky. Una puntuación del 100% indica que el individuo es capaz de llevar a cabo actividades normales, mientras que una de 30% indica que el individuo padece una discapacidad grave y que es posible que necesite ser hospitalizado (11,12).

Los datos fueron digitados en una matriz de datos de Excel y luego se exportaron al programa SPSS versión 22.0. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias relativas y absolutas para las variables cualitativas nominales y ordinales. Para la carga de la enfermedad se acudió a medidas de tendencia central y de dispersión, a pruebas no paramétricas para comparar la carga por tipo de gastrectomía y al coeficiente de Spearman con el fin de establecer la relación entre la carga de la enfermedad y el estado de desempeño del paciente.

El estudio contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y del Comité Científico de la Clínica San Diego. Se aplicó el proceso de consentimiento informado.

Resultados

Perfil y características de los participantes

La totalidad de los participantes presentó adenocarcinoma gástrico; predominó el tipo intestinal, seguido del difuso y el mixto. El cáncer estadio III fue el de mayor frecuencia, seguido del II, el I y el IV. El 63.3% requirió gastrectomía total y el 36.7% subtotal. La mayoría de los participantes tenía entre 6 y 12 meses de intervención, seguidos por los de 13-24 meses, 25-36 meses y 37-48 meses. El 45.5% requirió terapia coadyuvante y el 13.3% se encontraba en quimioterapia durante su participación en el estudio.

En cuanto al estado funcional, el 66.7% de los participantes obtuvo una calificación de 90 en la escala de Karnofsky, el 20% puntuó 80, el 8.3% puntuó 70 y el 5% puntuó 100. El 58.3% de los pacientes fueron hombres con edad promedio de 56.33 años. Por grupos, se encontraron en primer lugar los de 35-59 años (51.7%), seguidos por los de 60-75 años (35%). En menor proporción estuvieron los de 18-35 años y los >75.

Tabla 1. Características sociodemográficas y perfil clínico de los pacientes con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía.

Variables		Frecuencia	%
Género	Femenino	25	41.7
	Masculino	35	58.3
Grupo de edad	18-35	4	6.7
	35-59	31	51.7
	60-75	21	35.0
	≥76	4	6.7
Escolaridad	Analfabeta	3	5.0
	Bachillerato	19	31.7
	Primaria	31	51.7
	Técnico	3	5.0
	Universitario	4	6.7
Estado civil	Casado/Unión libre	44	73.3
	Separado	5	8.3
	Soltero	7	11.7
	Viudo	4	6.7
Ocupación	Empleado	4	6.7
	Hogar	29	48.3
	Ninguna	14	23.3
	Trabajo independiente	13	21.7
Estrato socioeconómico	1.0 (muy bajo)	17	28.3
	2.0 (bajo)	31	51.7
	3.0 (medio)	10	16.7
	4.0 (medio alto)	2	3.3
Dedicación diaria al cuidado (horas)	0-6	40	66.67
	7-12	13	21.67
	13-24	7	11.67
Patrón	Intestinal	33	55.0
	Difuso	16	26.7
	Mixto	11	18.3
Estadio	I-IIA	11	18.3
	II-IIA-IIB	12	20.0
	IIIA-IIIB-IIIC	28	46.7
	IV	9	15
Tiempo de gastrectomía (meses)	6-12	20	33.3
	13-24	19	31.7
	25-36	6	10.0
	37-48	2	3.3
Tipo de gastrectomía	Subtotal	22	36.7
	Total	38	63.3
Requirió terapia coadyuvante	No	33	55.0
	Sí	27	45.0
Terapia coadyuvante en la actualidad	No	52	86.7
	Sí	8	13.3

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de los participantes tenía bajo nivel de escolaridad: el 51.7% había cursado primaria, el 31.7% bachillerato, el 6.7% tenía estudios universitarios, el 5% estudios técnicos y el 5% era analfabeta. En cuanto a la procedencia, 41.7% era originario de Cundinamarca, 16.7% de Boyacá y 13.3% de Tolima. Los pacientes tenían una pareja estable por matrimonio o unión libre en el 73.3% de los casos. El 23.3% estaba desempleado, el 48.8% tenía ocupación en el hogar y solo el 6.7% estaba empleado. El nivel socioeconómico encontrado fue muy bajo en el 28.3% y bajo en el 51.7%. El 66.67% requiere de 0-6 horas diarias para su cuidado (tabla 1).

Carga de sufrimiento emocional y espiritual

Los síntomas reportados por los participantes fueron angustia (68%), tristeza (60%), incertidumbre (57%), ansiedad (55%) y labilidad (45%). Entre el 25% y el 45% presentaron temor, baja autoestima, melancolía, desesperanza o déficit de capacidad intelectual. Las molestias de menor prevalencia fueron desconfianza, culpa, abandono, pérdida de identidad y vergüenza. Los pacientes sometidos a gastrectomía total reportaron mayor frecuencia de los síntomas que los sometidos a subtotal; la diferencia en los síntomas de tristeza, culpabilidad y melancolía fue significativa ($p=0.05$).

Carga sociofamiliar y cultural

En este componente, el 80% de los participantes refirió presentar alteración del rol laboral como consecuencia de la enfermedad y del tratamiento; el 67% indicó tener dificultades económicas y el 52% dependencia económica. Otras alteraciones reportadas en menor proporción fueron déficit de la actividad recreativa, déficit de interacción, aislamiento social y alteración de la dinámica familiar. Los pacientes sometidos a gastrectomía total señalaron mayor frecuencia de las alteraciones que los sometidos a subtotal, sin ser significativa esta diferencia (tabla 2).

Carga disconfort físico

El 80-85% de los participantes presentaron molestias gastrointestinales y agotamiento; el 65-77% reportaron debilidad, cambios en el apetito, dolor y fatiga, y el 55-60% indicaron alteraciones cutáneas o del sueño y molestias musculoesqueléticas con una severidad baja. Los síntomas de menor referencia fueron las molestias respiratorias, urinarias y sensoriales.

La frecuencia y severidad de estas molestias tiende a ser baja (0.14-1.58, con puntajes posibles de 0-4) con excepción de las molestias gastrointestinales, el agotamiento, la debilidad, los cambios en el apetito y el dolor que reportan medias más altas (1.65-2.63). Los pacientes sometidos a gastrectomía total reportaron mayor frecuencia y severidad de los síntomas que los sometidos a subtotal; la diferencia en los síntomas de debilidad, agotamiento y alteración del equilibrio fue significativa ($p=0.05$) (tabla 3).

Por medio del coeficiente de correlación de Spearman se identificó una relación inversa y estadísticamente significativa entre el estado de desempeño del paciente, medido a través de la escala de Karnofsky, y el agotamiento, las alteraciones en las actividades de la vida diaria, la alteración en la funcionalidad motora, la fatiga, las alteraciones del equilibrio y las alteraciones del sueño (tabla 4).

Tabla 2. Carga de sufrimiento emocional y espiritual y alteraciones sociofamiliares y culturales.

Carga	%	Frecuencia	Gastrectomía subtotal		Gastrectomía total	
			media (0-4)	σ	media (0-4)	σ
			Angustia	68	41	1.50
Tristeza	60	36	1.05	1.36	1.89	1.39
Incertidumbre	57	34	1.05	1.21	1.61	1.39
Ansiedad	55	33	1.05	1.21	1.58	1.41
Labilidad	55	33	1.18	1.40	1.58	1.43
Temor	45	27	1.05	1.36	1.24	1.42
Baja autoestima	43	26	1.09	1.44	1.13	1.36
Melancolía	43	26	0.68	1.04	1.47	1.57
Desesperanza	32	19	0.41	0.91	1.00	1.34
Déficit capacidad intelectual	25	15	0.45	1.01	0.71	1.16
Desconfianza	22	13	0.32	0.84	0.71	1.27
Culpa	18	11	0.09	0.43	0.63	1.15
Abandono	17	10	0.36	0.79	0.37	0.88
Pérdida de identidad	17	10	0.50	1.30	0.53	1.18
Vergüenza	8	5	0.00	0.00	0.37	1.00
Alteración rol laboral	80	48	1.95	1.59	2.55	1.33
Dificultad económica	67	40	1.95	1.79	2.16	1.57
Dependencia económica	52	31	1.95	1.89	1.55	1.70
Déficit de la actividad recreativa	35	21	0.82	1.40	1.18	1.54
Déficit interacción	27	16	0.45	1.01	0.89	1.41
Aislamiento social	23	14	0.14	0.64	0.92	1.36
Alteración dinámica familiar	22	13	0.41	0.91	0.55	1.06
Afectación de un cuidador	20	12	0.18	0.59	0.71	1.25
Alteración rol familia	17	10	0.18	0.59	0.45	0.89
Sometimiento	15	9	0.32	0.84	0.34	0.81
Estigmatización	13	8	0.09	0.43	0.42	0.92
Enfrentamiento cultural	10	6	0.09	0.43	0.39	1.05
Discriminación	7	4	0.09	0.43	0.24	0.85
Pérdida estatus social	7	4	0.14	0.64	0.18	0.65

σ : desviación estándar.
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Carga disconfort físico de personas con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía.

Carga disconfort físico	Ocurrencia %	Gastrectomía subtotal				Gastrectomía total			
		Frecuencia (0-4)		Severidad (0-4)		Frecuencia (0-4)		Severidad (0-4)	
		Media	σ	Media	σ	Media	σ	Media	σ
Molestias gastrointestinales	85	2.27	1.52	1.73	1.49	2.63	1.15	2.29	1.45
Agotamiento	80	1.95	1.21	1.32	1.21	2.39	1.28	2.05	1.21
Debilidad	77	1.68	1.13	1.36	1.22	2.39	1.42	1.68	1.47
Cambios en el apetito	72	1.68	1.62	1.32	1.73	2.21	1.34	1.84	1.33
Dolor	70	1.64	1.22	1.41	1.33	2.00	1.43	1.42	1.41
Fatiga	65	1.55	1.44	0.86	1.08	1.79	1.32	1.29	1.35
Molestias musculoesqueléticas	60	1.18	1.33	0.73	1.16	1.58	1.27	1.16	1.24
Alteración del sueño	58	1.09	1.41	0.77	1.23	1.84	1.41	1.34	1.38
Alteraciones cutáneas	55	1.14	1.36	0.73	1.28	1.68	1.49	1.16	1.31
Alteración del equilibrio	38	0.50	0.96	0.23	0.75	1.18	1.35	0.92	1.36
Desfiguración	37	0.68	1.21	0.50	1.14	1.11	1.39	0.92	1.36
Alteraciones en las actividades de la vida diaria	33	0.59	1.14	0.32	0.84	1.05	1.37	0.84	1.22
Alteración de la sexualidad	30	1.05	1.50	0.73	1.42	0.71	1.25	0.53	1.08
Alteración de la funcionalidad motora	28	0.50	0.96	0.23	0.75	0.84	1.31	0.63	1.17
Molestias respiratorias	25	0.45	1.06	0.45	1.01	0.74	1.22	0.58	1.03
Molestias urinarias	18	0.41	1.10	0.36	1.00	0.45	0.89	0.26	0.79
Alteración sensorial	15	0.14	0.64	0.14	0.64	0.50	1.01	0.42	0.92

σ : desviación estándar.
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Correlación entre las molestias de la carga de disconfort físico y el estado de desempeño del paciente gastrectomizado.

Molestias	Coefficiente Spearman	Significancia (p)
Agotamiento	-0.259	0.046
Alteraciones en las actividades de la vida diaria	-0.464	0.000
Alteración de la funcionalidad motora	-0.294	0.023
Fatiga	-0.277	0.032
Alteración del equilibrio	-0.334	0.009
Alteración del sueño	-0.434	0.001

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Se identificó el predominio del adenocarcinoma gástrico, lo cual confirma que es la neoplasia de origen epitelial de mayor incidencia en Colombia y en el mundo (3,13). Por tipo histológico predomina

el de patrón intestinal, lo que coincide con lo reportado por Piñeros *et al.* (14) y Adrada *et al.* (15).

Respecto al estadio, prevalece el cáncer avanzado, lo que ratifica que el cáncer gástrico se detecta en forma parcialmente avanzada con implicaciones en la sobrevida de los pacientes (16). Por tipo de cirugía, se identifica en mayor proporción la gastrectomía total como tratamiento de elección, asociada al predominio del cáncer avanzado. Se reconoce una tendencia de aumento de la gastrectomía subtotal como opción terapéutica para cáncer avanzado de crecimiento lento localizado (17).

En el perfil sociodemográfico, los resultados coinciden con lo reportado en Colombia (3). Se evidencia la presencia del cáncer gástrico en ambos géneros, aunque su incidencia es más alta en hombres de todas las edades y mayor en los grupos de 60-75 años, en especial en el grupo de 60-62 años. Los resultados ratifican que es una entidad oncológica común en personas de bajos niveles socioeconómicos y baja escolaridad (4).

En cuanto a la ocupación, predominan los desempleados. Es probable que esta situación esté relacionada con las dificultades de acceso al empleo en el país y que la “mala salud” se asocie con baja participación laboral y ausencia de trabajo remunerado (18). Respecto al lugar de procedencia, Boyacá, Cundinamarca, Tolima y Santander presentan el mayor número de casos, información que concuerda con el perfil nacional (3).

En la dimensión de carga espiritual y emocional, los resultados corresponden a lo descrito en otros estudios (19,20) en los que se reporta una afectación de las escalas emocionales y sociales que pueden ser perturbadas aún más por la presencia de molestias gastrointestinales, restricciones en la alimentación y disturbios de la función miccional.

Los hallazgos sobre la incertidumbre son otro aspecto a resaltar. Esta es una forma en que los pacientes procesan los estímulos relacionados con la enfermedad y con la construcción del significado que le atribuyen al evento (21). Es probable que a pesar de haber recibido un tratamiento quirúrgico curativo, pensar que se fue o que se es portador de cáncer genera en algunos participantes una visión pesimista y una evaluación negativa del futuro que se asociará con la presencia de otros síntomas emocionales.

En el componente de discomfort físico, los resultados indican que después de una gastrectomía total o subtotal los pacientes presentan síntomas que se recuperan en un periodo de 3-6 meses en algunos casos (22,23); sin embargo, los síntomas gastrointestinales parecen no tener una mejoría tan clara. La pérdida del apetito, la diarrea y el agotamiento pueden seguir siendo elevados después de la intervención (24).

En un estudio realizado con sobrevivientes de cáncer gástrico 5 años después de haber recibido tratamiento quirúrgico, Lee *et al.* (25) afirman que la calidad de vida está influenciada por la cirugía, a la que relacionan con síntomas gastrointestinales como náuseas, vómito, reflujo, pérdida del apetito y anomalías en la alimentación.

Con relación al tipo de gastrectomía, los resultados son los mismos que los encontrados por Rijken *et al.* (18), Kobayashi *et al.* (24) y Jentschura *et al.* (26), quienes señalan que tras una gastrectomía total los pacientes presentan mayor deterioro de la función física, necesitan un mayor número de comidas diarias, realizan un mayor número de deposiciones y presentan más náuseas, pérdida de peso, pérdida de apetito y restricciones de la alimentación.

En el estado funcional o de desempeño, la mayoría de pacientes son capaces de realizar actividades normales con signos y síntomas leves de enfermedad, lo que concuerda con otros estudios en los que se reconoce que después de la gastrectomía los pacientes tienden a presentar buena funcionalidad (27,28). En la alteración sociofamiliar y cultural se encuentra relación con lo reportado por Karanicolas *et*

al. (29) y Fein *et al.* (30) sobre las consecuencias en el rol laboral y las dificultades económicas de estos usuarios.

Una limitación de este estudio fue el tamaño de la muestra, aunque los resultados son consistentes con lo reportado en la literatura científica y con los perfiles epidemiológicos nacionales. La pérdida de participantes por número telefónico errado se considera otra limitación. Se evidencia la dificultad para hacer abordajes prospectivos que incluyan seguimiento de casos por la dinámica de atención de los pacientes con cáncer que tiende a ser fraccionada y aislada.

Próximos estudios deberían incluir pacientes captados antes de la intervención, con un alcance a 5 años en estado post quirúrgico, esto para reconocer las implicaciones de la carga de la enfermedad con las necesidades y prioridades en el proceso de adaptación post gastrectomía.

Conclusiones

Los sobrevivientes de cáncer gástrico que han sido sometidos a gastrectomía presentan algún tipo de carga de la enfermedad. En el componente sociocultural, se destaca la alteración del rol laboral; en el componente físico, aunque de baja frecuencia y severidad, persisten molestias gastrointestinales como agotamiento, debilidad, cambios en el apetito, dolor y fatiga, y en la carga emocional predomina la angustia, seguida por la tristeza, la incertidumbre y la labilidad. Se deben consolidar los programas de seguimiento a sobrevivientes y diseñar estrategias de reinserción social y laboral.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Esta investigación contó con el apoyo financiero de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Tesis Doctoral: Grupo de síntomas en adultos con cáncer gástrico sometidos a gastrectomía.

El autor Edier Mauricio Arias es becario en Colciencias por convocatoria 727 doctorados nacionales.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores

Referencias

1. Ang TL, Fock TL. Clinical epidemiology of gastric cancer. *Singapor Med. J.* 2014;55(12):621-8.
2. International Agency for Research on Cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014 [cited 2017 Nov 27]. Available from: <https://goo.gl/AzhVWZ>.
3. Blanco-Fernandez O, Cantillo-García A, Rivera-Pallares J. Enfoque actual del cáncer gástrico. *Medicas UIS.* 2013;26(2):59-70.
4. Colombia. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cancerología. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia, 2012-2020. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012 [cited 2017 Nov 27]. Available from: <https://goo.gl/vEJ8kJ>.
5. American Cancer Society. American Cancer Society; 2013. [cited 2017 Nov 27]. Available from: <https://goo.gl/qiFBk9>.
6. Van Cutsem E, Van de Velde C, Roth A, Lordick F, Köhne CH, Cascinu S, *et al.* Expert opinion on management of gastric and gastro-oesophageal junction adenocarcinoma on behalf of the European Organization

- for Research and Treatment of Cancer (EORTC)-gastrointestinal cancer group. *Eur. J. Cancer*. 2008;44(2):182-94.
7. **Csendes A, Figueroa M.** Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Rev. Chil. Cir.* 2017;69(6):502-7. <http://doi.org/cf5v>.
 8. **Nakamura M, Kido Y, Egawa T.** Development of a 32-item scale to assess postoperative dysfunction after upper gastrointestinal cancer resection. *J. Clin. Nurs.* 2008;17(11):1440-9. <http://doi.org/dsp33>.
 9. **Humphreys J, Janson S, Donesky D, Dracup K, Lee K, Puntillo K, et al.** Middle Range Theory of Symptom Management. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. *Middle range theory for nursing*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2008.
 10. **Sánchez-Herrera B, Carrillo GM, Cárdenas DC, Alarcón AA.** Diseño, validez facial y de contenido del instrumento carga de la enfermedad crónica para el paciente-GCPC-UN. *Rev. Méd. Risaralda*. 2017;23(1):17-21.
 11. **Dodd MJ, Mishel MH.** Patterns of self-care in patients with breast cancer. *West. J. Nurs. Res.* 1988;10(1):7-24. <http://doi.org/b345d5>.
 12. **Mor V, Laliberte L, Morris JN M, Wiemann M.** The Karnofsky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*. 1984;53(9):2002-7.
 13. **Otero-Regino W.** Cáncer gástrico en Colombia: un diagnóstico tardío que amerita el compromiso del estado. *Rev. Col. Gastroenterol.* 2008;23(4):302-4.
 14. **Piñeros M, Hernandez G, Bray F.** Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia: an emerging problem. *Cancer*. 2004;101(10):2285-92. <http://doi.org/fbd3b6>.
 15. **Adrada JC, Calambás FH, Díaz JE, Delgado DO, Sierra CH.** Características sociodemográficas y clínicas en una población con cáncer gástrico en el departamento de Cauca, Colombia. *Rev. Colomb. Gastroenterol.* 2008;23(4):309-14.
 16. **Gómez MA, Riveros-Vega JH, Otero W.** Cáncer gástrico temprano vs avanzado: ¿existen diferencias? *Rev. Univ. Ind. Santander Salud*. 2015;47(1):7-13.
 17. **Pach R, Orzel-Nowak A, Scully T.** Ludwik Rydygier-Contributor to modern surgery. *Gastric Cancer*. 2008;11(4):187-91. <http://doi.org/d3ph9f>.
 18. **Rijken M, Spreuwenberg P, Schippers J, Groenewegen PP.** The importance of illness duration, age at diagnosis and the year of diagnosis for labour participation chances of people with chronic illness: results of a nationwide panel-study in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2013;13:803. <http://doi.org/gbdpnz>.
 19. **Conroy T, Marchal F, Blazeby JM.** Quality of life in patients with oesophageal and gastric cancer: an overview. *Oncology*. 2006;70:391-402. <http://doi.org/cfzcms>.
 20. **Parameswaran R, McNair A, Avery KN, Berrisford RG, Wajed SA, Sprangers MA, et al.** The role of health-related quality of life outcomes in clinical decision making in surgery for esophageal cancer: a systematic review. *Ann. Surg. Oncol.* 2008;15(9):2372-9. <http://doi.org/dzbg8>.
 21. **Dorcaratto D, Grande L, Ramón JM, Pera M.** Calidad de vida en pacientes con cáncer de esófago y de estómago. *Cir Esp*. 2011;89(10):635-44. <http://doi.org/b5ppfb>.
 22. **Trejo-Martínez F.** Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. *Enf. Neurol. (Mex)*. 2012;11(1):34-38.
 23. **Avery K, Hughes R, McNair A, Alderson D, Barham P, Blazeby J.** Health-related quality of life and survival in the 2 years after surgery for gastric cancer. *Eur. J. Surg. Oncol.* 2010;36(2):148-54. <http://doi.org/dz8sq4>.
 24. **Kobayashi D, Kodera Y, Fujiwara M, Koike M, Nakayama G, Nakao A.** Assessment of quality of life after gastrectomy using EORTC QLQ-C30 and STO22. *World J. Surg.* 2011;35(2):357-64. <http://doi.org/czfk7>.
 25. **Lee SS, Chung HY, Kwon OK, Yu W.** Quality of life in cancer survivors 5 years or more after total gastrectomy: a case-control study. *Int. J. Surg.* 2014;12(7):700-5. <http://doi.org/f6fjmz>.
 26. **Jentschura D, Winkler M, Strohmeier N, Rumstadt B, Hagmuller E.** Quality-of life after curative surgery for gastric cancer: a comparison between total gastrectomy and subtotal gastric resection. *Hepatogastroenterology*. 1997;44(16):1137-42.
 27. **Lee M-S, Ahn S-H, Lee J-H, Park DJ, Lee H-J, Kim H-H, et al.** What is the best reconstruction method after distal gastrectomy for gastric cancer? *Surg. Endosc.* 2012;26(6):1539-47. <http://doi.org/b94kvp>.
 28. **Smolskas E, Lunevicius R, Samalavicius NE.** Quality of life after subtotal gastrectomy for gastric cancer: Does restoration method matter?-A retrospective cohort study. *Ann. Med. Surg. (Lond)*. 2015;4(4):371-5. <http://doi.org/cf52>.
 29. **Karanicolas PJ, Graham D, Gönen M, Strong VE, Brennan MF, Coit DG.** Quality of life after gastrectomy for adenocarcinoma: a prospective cohort study. *Ann. Surg.* 2013;257(6):1039-46. <http://doi.org/f4zcc8>.
 30. **Fein M, Fuchs K-H, Thalheimer A, Freys SM, Heimbucher J, Thiede A.** Long term benefits of Roux-en-Y pouch reconstruction after total gastrectomy: a randomized trial. *Ann. Surg.* 2008;247(5):759-65. <http://doi.org/bsvr7m>.