

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas.

UNAN – LEON



Calidad de Vida de pacientes con Cáncer Gástrico
Diagnosticados en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales
A” en el periodo de Enero 2003 – Diciembre 2007.

AUTOR:

Br. Geovanny José Vanegas Cerna.

TUTORES:

Dra. Ester Hernández de Pérez

Especialista en patología

Dr. Juan Almendarez.

Máster en Salud Pública

Departamento de Medicina Preventiva UNAN – León

LEON NOVIEMBRE, 2010

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Ciencias Medicas de la UNAN – LEON y al Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales A, por se mi casa de estudio y haberme dado la oportunidad de adquirir y poner en práctica los conocimientos que me fueron brindados durante mis años de estudios.

A todos los Docentes de la facultad de Ciencias Medicas, por la paciencia, esmero y dedicación que brindaron parte de sus conocimientos para mi formación profesional que son la base fundamental de un mundo que exige cada día más.

A mi tutora **Dra. Ester Hernández** a quien agradezco profundamente por su dedicación y apoyo permanente.

Al **Dr. Juan Almendarez** quien me guio en los aspectos metodológicos durante todo este periodo investigativo.

Y a cada uno de los pacientes que me brindaron la información necesaria para la realización de este trabajo investigativo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo monográfico a DIOS, por poner en mi formación profesional a personas de buena voluntad quienes me ayudaron a afianzar y a poner en práctica mis conocimientos de salud.

A mi familia, a mi hermano David Antonio Cerna Dávila, quien me enseno a luchar por mis sueños e ideales, y en especial a mi Mama Melania del Carmen Cerna Dávila que sin la ayuda de ella esto no hubiese sido posible

SIGLAS

HEODRA: HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO RASALES ARGUELLO

TMEGI: TUMOR MALIGNO DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

TAC: TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

IRM: IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA

PET: TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES

BRM: MODIFICADORA DE LA RESPUESTA BIOLÓGICA

HRQL: HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE

EORTC: ORGANIZACIÓN EUROPEA PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER

INDICE

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACION.....	4
OBJETIVOS.....	5
MARCO TEORICO.....	6
DISEÑO METODOLOGICO.....	15
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	21
CONCLUSIONES.....	24
RECOMENDACIONES.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26
ANEXOS.....	29

INTRODUCCION

La calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes" (OMS). La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida ¹⁻³.

Se trata de un concepto muy amplio que influye de modo complejo en la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su vida ^{1,2,4}.

Algunas condiciones como el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades crónicas o incapacitantes alteran las percepciones que las personas tienen de su lugar en la vida, comprenderlo es de gran importancia para facilitar las condiciones necesarias para su bienestar, siendo el Cáncer una de ellas. En Estados Unidos, cada año se establece el Diagnóstico de Cáncer gástrico en más de 20,000 personas, ocupando un lugar preferencial en el varón en relación a las mujeres ^{1,5}.

En el HEODRA León- Nicaragua en el año 2007 en el departamento de patología se recibió un total de 346 muestras de biopsias Gástricas, obtenidas por gastrectomía y por vía endoscópica, siendo Diagnosticado con Cáncer Gástrico 23 casos, con una prevalencia de 6.7%, y una proporción 7:1, varón - mujer ⁶.

Es importante tomar en cuenta que al momento de establecerse el Diagnóstico la neoplasia puede encontrarse en un estadio avanzado, por tanto el tratamiento se dirige a aumentar el bienestar del paciente y a mejorar su calidad de vida hasta alcanzar lo óptimo. En relación al tratamiento, cuando la neoplasia amerita intervención quirúrgica, la cirugía laparoscópica es el principal procedimiento; ya que tiene la ventaja de permitir si es necesaria, una segunda intervención sin morbilidad importante. Los riesgos y beneficios de esta cirugía varían en

función del tipo de cáncer gástrico y del estadio clínico que este se encuentre al momento de su diagnóstico ^{7, 8}.

Los pacientes oncológicos son tratados de manera individual, ya que es lo que permite unificar criterios para orientar el tratamiento de elección, ya sea cirugía, radio o quimioterapia como también aquellos que ameriten tratamiento paliativo, siempre con el objetivo de disminuir las dolencias en el paciente y por ende mejorar su calidad de vida ^{7 - 9}.

Todavía en nuestro país se están realizando esfuerzos por conseguir registros que contengan normas para medir calidad de vida en los pacientes oncológicos ⁶.

Planteamiento del problema:

Existe dentro de la oncología moderna un interés por evaluar y mejorar dimensiones en el paciente oncológico: el impacto físico, psicológico y social de la enfermedad y las formas de tratamiento; es decir, su calidad de vida alcanzada. En nuestro país se realizan algunos esfuerzos por prolongar la vida, disminuir el dolor y las complicaciones propias del Cáncer Gástrico, de manera que en el presente estudio nos hemos planteado la siguiente interrogante:

¿Como es la Calidad de Vida que tienen los pacientes con Cáncer Gástrico Diagnosticados en el HEODRA?

Justificación

La falta de estudios que reflejen la calidad de vida de los pacientes oncológicos, en cuanto a recibir o no el tratamiento; surgió la motivación para el presente estudio. Hemos escogido pacientes con Cáncer Gástricos con el objetivo de descubrir en estos pacientes si los parámetros a medir en las áreas: psicológica, física, económica y social, proporcionen resultados que puedan servir como base para futuros estudios y de esta manera mejorar los servicios que necesitan recibir los pacientes con cáncer.

Objetivos

Determinar la calidad de vida de pacientes con Cáncer Gástricos diagnosticados en el HEODRA en el periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007 tomando en cuenta:

- 1) El estado físico de los pacientes.
- 2) El estado psicológico.
- 3) El estado social.
- 4) El estado económico.

MARCO TEÓRICO

El estómago es un órgano singular con funciones importantes: digestivas, nutricionales y endocrinal. Almacena y facilita la digestión y absorción del alimento ingerido al igual que ayuda a regular el apetito. Las enfermedades del estomago son frecuentes y este órgano es accesible y relativamente resistente de ahí que sea buscado como blanco terapéutico^{9, 10}.

Las tres Neoplasias Gástricas primaria mas comunes son Adenocarcinomas (95%), Linfoma (4%) y Tumor Maligno del Estroma Gastrointestinal (TMEGI)^{6 - 11}.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En 1930 en Estados Unidos el Cáncer Gástrico era la causa principal de muerte por malignidad entre hombres y la 3ra causa general de muerte entre Mujeres. En la actualidad ya no figura ni siquiera entre las diez primeras causas de muerte. Durante las últimas décadas ocurrió una disminución de la incidencia de Cáncer Gástrico y su tasa de mortalidad, siendo el responsable de alrededor del 2.5% de todas las muertes por neoplasias malignas en este país⁵.

Esta disminución corresponde básicamente a la denominada “forma intestinal” del Cáncer Gástrico más que a la “forma difusa”. En el resto del mundo, en particular en Asia y Europa Oriental el tipo Gástrico sigue siendo el 2do tipo más común de Cáncer y es la causa principal de muerte por malignidad^{5, 7, 8}.

ESTADÍSTICAS

En el año 2007, en los Estados Unidos se Diagnostico de Cáncer de Estomago a 21.260 personas (13.000 hombres y 8.260 mujeres), entre 60 y 70 año de edad y se produjo aproximadamente 11.210 muertes⁵.

La tasa de supervivencia relativa a cinco años de pacientes con cáncer de estómago asciende aproximadamente al 24%. Esta estadística refleja el hecho de que la mayoría de los casos de cáncer de estómago se diagnostican cuando el cáncer ya se ha diseminado a otras partes del cuerpo. Si el cáncer se encuentra antes de que se haya diseminado, la tasa de supervivencia relativa a cinco años asciende aproximadamente al 62% ^{5, 7 - 11}.

Estos cálculos estimados se basan en datos provenientes de miles de casos de este tipo de cáncer en los Estados Unidos cada año, pero el riesgo real de una persona específica puede variar. Es imposible informar a una persona de cuánto tiempo vivirá con cáncer de estómago. Debido a que las estadísticas de supervivencia se miden en intervalos de cinco años ^{3, 5, 9, 10}.

SÍNTOMAS CLÍNICOS

El cáncer de estómago habitualmente no se detecta en un estadio temprano porque no causa síntomas específicos. Cuando los síntomas se presentan, pueden ser ambiguos e incluir: ^{7 - 11}

- Indigestión o acidez estomacal.
- Dolor o molestia en el abdomen.
- Náuseas y vómitos.
- Diarrea o estreñimiento.
- Hinchazón del estómago después de las comidas.
- Pérdida del apetito.

Los síntomas de Cáncer de Estómago avanzado pueden incluir:

- Debilidad y fatiga.
- Vómitos de sangre o sangre en la materia fecal.

- Pérdida de peso sin razón aparente.

DIAGNÓSTICO

Se utilizan muchas pruebas para diagnosticar el cáncer y determinar si existe metástasis. En la mayor parte de los tipos de cáncer, la biopsia es el único método para formular un diagnóstico definitivo del mismo: ^{7, 10 - 13}

- Edad y estado médico.
- Tipo de cáncer.
- Gravedad de los síntomas.

Además del examen físico, se pueden utilizar las siguientes pruebas para diagnosticar el cáncer de estómago:

ENDOSCOPIA: Un médico introduce un tubo delgado iluminado (gastroscopio.) con el fin de examinar el interior del estómago utilizando un endoscopio que se introduce a través de la boca desciende por el esófago (conducto que conecta la boca con el estómago), hasta penetra en el estómago, luego se extrae una muestra de tejido para estudiarla y detectar la presencia de cáncer ^{7, 10 - 13}.

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO: Esta prueba es similar a la endoscopia, pero el gastroscopio tiene en el extremo una pequeña sonda de ultrasonido que produce una imagen del estómago. En el ultrasonido, las ondas de sonido proporcionan una imagen de las estructuras internas del cuerpo. La imagen de ultrasonido ayuda a determinar la extensión del cáncer en los tejidos estomacales y circundantes ^{7, 10 - 13}.

RADIOGRAFÍA: Determina si el cáncer se ha diseminado a los pulmones.

TRANSITO GASTROINTESTINAL SUPERIOR: Un examen radiológico especial en el que se utiliza un líquido que contiene bario tras la ingesta de este, se toma una serie de placas radiográficas. El bario cubre el revestimiento interno del esófago, estómago e

intestinos, de manera que los tumores u otras anormalidades resultan más fáciles de ver en la radiografía ^{7, 10 - 13}.

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA: El estudio por TAC crea una imagen tridimensional del interior del cuerpo con una máquina de rayos x. Una computadora luego combina estas imágenes en una vista detallada de cortes transversales que muestra anormalidades o tumores ^{7, 10 - 13}.

IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (IRM): Las RMN utilizan campos magnéticos, en lugar de rayos x, para producir imágenes detalladas del cuerpo ^{7, 10 - 13}.

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET): En un estudio de PET, se inyectan moléculas de azúcar radioactivo en el cuerpo. Las células cancerosas absorben el azúcar con más rapidez que las células sanas, de forma tal que se iluminan en el estudio de PET. Los estudios de PET a veces pueden detectar células cancerosas que no se pueden ver por otros medios ^{7, 10 - 13}.

TRATAMIENTO

GASTRECTOMIA SUBTOTAL: En una gastrectomía subtotal se extrae la parte del estómago que contiene cáncer y parte de otros tejidos y órganos que están cerca del tumor. También se extraen ganglios linfáticos cercanos (dissección de ganglios linfáticos).^{10, 12 - 14}.

GASTRECTOMIA TOTAL: En una gastrectomía total se extrae todo el estómago y partes del esófago, el intestino delgado y otros tejidos cercanos al tumor. El bazo se extrae en algunos casos.^{10, 12 - 14}.

QUIMIOTERAPIA: La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para eliminar células cancerosas. La quimioterapia se puede tomar en forma de píldoras o introducirse en el cuerpo con una aguja en una vena o músculo. La quimioterapia se denomina un tratamiento sistémico debido a que el medicamento se introduce al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar células cancerosas fuera del estómago.^{10, 12 - 14}.

RADIOTERAPIA: La radioterapia consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células cancerosas y reducir tumores. La radiación puede provenir de una máquina fuera del cuerpo (radioterapia externa) o de materiales que producen

radiación (radioisótopos) introducidos a través de tubos plásticos delgados al área donde se encuentran las células cancerosas (radioterapia interna).^{10,12-14}

TERAPIA BIOLÓGICA: La terapia biológica trata de que el mismo cuerpo combata el cáncer. Emplea materiales hechos por el cuerpo o elaborados en un laboratorio para estimular, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad. La terapia biológica también se conoce como terapia modificadora de la respuesta biológica (BRM) o inmunoterapia.^{10, 12 – 14}

LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Históricamente la valoración de las terapias del cáncer se ha centrado en variables biomédicas, como la tasa de respuesta, el intervalo libre de enfermedad, la supervivencia y otras. En tiempos remotos, en la relación médico paciente había unas valoraciones subjetivas, tanto del médico como del paciente, sobre la mejoría de una determinada actuación terapéutica. Sin embargo, en tanto subjetiva, eran muy difíciles de evaluar y sobre todo, de cuantificar. Por ello se empezó a valorar la posibilidad de medir el estado de salud de los pacientes oncológico mediante instrumentos (cuestionarios) que necesitan de una validación previa. Iniciado por parte de médicos e investigadores clínicos, de forma lenta pero ininterrumpida, la introducción de los primeros estudios de calidad de vida en ensayos clínicos y en la práctica asistencial habitual. Los cuestionarios de calidad de vida (HRQL, Health Related Quality of life) no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre su percepción de salud. Este interés, también ha aumentado en otras enfermedades crónicas como las cardiovasculares, infecciosas y las mentales^{1, 15, 16}.

Por Calidad de Vida recogemos la definición de la OMS que según esta la define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la [salud](#) física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno^{1, 15, 16}.

MEDIDAS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL CÁNCER

ESCALA DE RENDIMIENTO DE ECOG

Forma práctica de medir la [calidad de vida](#) de un paciente [oncológico](#), cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. La principal función de esta escala es la de objetivar el resultado del [tratamiento](#) oncológico teniendo en cuenta la calidad de vida del paciente ^{15, 16}.

LA ESCALA ECOG SE PUNTÚA DE 0 A 5 Y SUS VALORES SON:

ECOG 0: El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria ¹⁵.

ECOG 1: El paciente presenta [síntomas](#) que no le impiden realizar su trabajo, ni las actividades de la vida diaria. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno ¹⁵.

ECOG 2: El paciente no es capaz de desempeñar su trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades pero precisa de ayuda para alguna actividad que antes realizaba como por ejemplo la limpieza de la casa ¹⁵.

ECOG 3: El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse ¹⁵.

ECOG 4: El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación ¹⁵.

ECOG 5: El paciente está moribundo o morirá en horas ¹⁵.

ESCALA DE RENDIMIENTO DE KARNOFSKY

Manera estándar de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. Los puntajes de la escala de rendimiento de Karnofsky (ver anexo) oscilan entre 0 y 100. Un puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas. La KPS se puede usar para determinar el pronóstico de un paciente, medir los cambios en la capacidad de funcionar de un paciente o decidir si un paciente podría incluirse en un estudio clínico ^{15 - 20}.

Un área en la que ha aumentado la investigación de Calidad de Vida es la de su aplicación en los ensayos clínicos, en los que se valoran tratamientos nuevos. En estos ensayos, la medición de Calidad de Vida se uniría a otras variables como la tasa de supervivencia, el intervalo libre de enfermedad, y otras. Esta inclusión de las mediciones de calidad de Vida va aumentando rápidamente, siendo en algunos países como Canadá obligatoria. Estas mediciones pueden ser útiles entre otras razones porque los métodos de valoración tradicionales no miden los efectos que el Cáncer y su tratamiento ejercen en las dimensiones emocionales, espirituales y sociales, porque la Calidad de Vida puede estar afectada aunque el paciente este curado, porque la Calidad de Vida puede mejorar aunque no se produzcan efectos en la supervivencia, o porque puede ayudar a conocer preferencias de los pacientes ^{15 - 18}.

QUIEN DEBE MEDIR LA CALIDAD DE VIDA

La opinión de muy diversos autores nos lleva a poder decir que hay un consenso en que la Calidad de Vida es un fenómeno subjetivo y debe de ser el propio paciente quien valore su calidad de vida. Las percepciones que el paciente tiene de su enfermedad son muy variables y diversos factores, además de los físicos, entran en juego al medir la calidad de vida. Por ejemplo dos pacientes pueden entender de manera muy distinta el mismo alivio del dolor, si uno de ellos considera que es un signo de esperanza y el otro no. Además, puede que las valoraciones de los pacientes sean diferentes de las de los médicos y también de las de los familiares ^{15 - 17}.

Existen una serie de trabajos que comparan las valoraciones de calidad de vida por los pacientes y por otros informantes, y que apoyan que sea el propio paciente quien valore su calidad de vida ¹⁵⁻¹⁷.

La organización Europea para la investigación y el tratamiento del Cáncer (EORTC), es un organismo internacional sin ánimo de lucro que fue fundado en 1962 por especialistas europeos en Cáncer para desarrollar y coordinar la investigación en Europa sobre las áreas clínicas y experimental del tratamiento del cáncer y sus problemas relacionados. El objetivo de EORTC es mejorar los tratamientos de cáncer a través del desarrollo de nuevos fármacos, así como, el de la evaluación de regímenes terapéuticos, combinan fármacos que están actualmente en el mercado, con cirugía o radioterapia ¹⁵⁻¹⁷.

GRUPO DE CALIDAD DE VIDA

La EORTC cuenta con el grupo de estudios de Calidad de Vida que fue creado en 1980 desde el principio ha contactado con un amplio grupo de profesionales, incluyendo oncólogos, radioterapeutas, cirujanos, psicólogos, trabajadores sociales y metodólogos de la investigación en calidad de vida proveniente de Europa, Australia, Canada y Estados Unidos ¹⁵⁻¹⁷.

Históricamente en los ensayos de la EORTC y de otros grupos ha sido el medico el que ha medido los niveles de funcionamiento físico y de toxicidad. Sin embargo, hubo consenso en relación a que debe ser el paciente quien mida su calidad de Vida ¹⁵⁻¹⁷.

En 1986, el grupo se embarco en un programa cuyo objetivo era crear estrategias de medición de Calidad de Vida para pacientes que participaran en ensayos clínicos internacionales. El grupo decidió crear un cuestionario específico para cáncer “core”, que se pudiera emplear en diferentes estudios nacionales e internacionales, que se pudiera además complementar con módulos específicos para cada tratamiento o tumor ¹⁵⁻¹⁷.

Sobre su contenido el cuestionario tiene un número relativamente grande de ítems que miden síntomas relacionados con la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.^{15, 18}.

Dos generaciones del cuestionario: el QLQ-C36 y el QLQ-C30

La primera generación del cuestionario, el QLQ-C36, constaba de 36 ítems, que se organizaban en cuatros escalas funcionales, dos escalas de síntomas y una escala global de salud/Calidad de Vida. Unos ítems adicionales evaluaban otros síntomas comunes y el impacto financiero¹⁵⁻¹⁷.

La segunda generación del cuestionario, el QLQ-C30, tiene la misma estructura básica de la primera versión. Incluye 30 ítems que se reparten en cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náusea/vómitos), una escala global de salud/Calidad de Vida y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y el impacto financiero¹⁵⁻¹⁷.

El cuestionario QLQ-C30 se evaluó en un estudio internacional con una muestra de pacientes de cáncer de pulmón no-resecable, proveniente de 12 países, entre los que no se encontraba España. Los resultados apoyan que el cuestionario de la EORTC es un instrumento válido y fiable¹⁵⁻¹⁷.

Actualmente hay una segunda versión, en la que se han variado algunos ítems (ver anexos)⁸.

Hasta el momento el ítem de la EORTC se ha traducido a veinte idiomas y se emplea en más de 200 estudios en todo el mundo. Se considera como uno de los mejores cuestionarios de valoración de Calidad de Vida en Cáncer¹⁵⁻¹⁷.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

HEODRA, ubicado en el centro de la ciudad de León con 400 camas disponibles, cuenta con los departamentos de pediatría, ginecología, obstetricia, cirugía y medicina interna.

Población de estudio:

Se estudiaron todos los pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico en el HEODRA en el periodo de Enero 2003 a Diciembre 2007. La población de estudio fueron 56 pacientes de los que encontramos 20 al momento del estudio, 21 habían fallecidos y 15 pacientes no se les realizó entrevista por que resultaron difícil de localizar debido a que estos cambiaron de domicilio.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes diagnosticados con Cáncer Gástrico por análisis histopatológico.
2. Que su diagnostico histopatológico de Cáncer Gástrico halla sido efectuado entre enero 2003 y diciembre 2007.
3. Pacientes que estuvieran recibiendo tratamiento o ya lo hubieran terminado.

4. Pacientes que localicen y quieran participar en el estudio.

Criterios de exclusión de la muestra de estudio:

1. Que no deseen participar en el estudio.
2. Pacientes que hicieron cambio de domicilio.

Fuente de información:

Primaria; a través de fichas recolectando información directamente de los pacientes previo consentimiento del mismo.

Secundaria; se obtuvo la dirección del domiciliario a través de los registros del departamento de patología, se consultaron libros, revista e internet.

Instrumento:

Se elaboro una entrevista de preguntas abiertas y cerradas, para la recolección de la información, la cual se creó basándose en el test EORTC QLQ-C30, versión 2.0, con un módulo específico de cáncer gástrico QLQ-V028, el cual consiste en un cuestionario que tiene un numero de ítems que mide síntomas relacionados con la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento.

Se realizo una prueba piloto para validar el instrumento a un número de cinco pacientes siendo comprensible para los mismos.

Procedimiento de recolección de la información:

Previo a la recolección de la información se realizó las coordinaciones pertinentes con el departamento de patología y la dirección del hospital, teniendo acceso a los expedientes de los pacientes y obteniendo la dirección del domiciliario, luego se procedió a visitar cada uno de los domicilios de los pacientes que se encontraban cerca del departamento de León y de Chinandega.

La información se recopiló mediante una ficha previamente elaborada que contiene las variables a estudio a través de una entrevista directa a los pacientes Diagnosticados con Cáncer Gástrico que se les realizó Gastrectomía y/o tratamiento coadyuvante.

Análisis de la información:

Se creó una base de datos en SPSS 17.0 donde se registro los datos de cada una de la fichas y posteriormente se analizaron.

Para medir la calidad de vida de los pacientes se les dieron 5 puntos a cada una de las respuestas negativas y 0 puntos a las respuestas positivas. El cuestionario tiene cuatro áreas que corresponden a aspectos del estado físico, psicológico, social y económico. Cada uno de las áreas tiene varios ítems que suman en conjunto 18, con una escala de puntuaciones. Con la suma de los puntos de cada uno de los ítems se obtuvo una puntuación global (escala entre 0 y 90, donde una mayor puntuación indica un mejor estado de salud). Se decidió agrupar estos valores en tres categorías: Mala calidad de vida si acumula un puntaje menor de 60; Regular calidad de vida si el puntaje acumulado oscila entre 60 y 75 puntos y Buena calidad de vida si el puntaje acumulado oscila entre 76 y 90 puntos.

Se estimó las características de los pacientes, la calidad de vida mediante frecuencia simple y los resultados se presentan en Gráficos y Tablas.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	VALOR
ESTADO PSICOLOGICO	Daño producido por los efectos secundarios del tratamiento o propio del Cáncer, en el área afectiva, psíquica, sexual y espiritual del paciente	Afectada, No afectada
ESTADO SOCIAL	Daño producido por los efectos secundarios del tratamiento o propio del cáncer, en las relaciones interpersonales, laborales, de las actividades con otras personas o conductuales de la persona.	Afectada, No afectada
ESTADO FISICA	Deterioro de la salud corporal del paciente producto del tratamiento o por la patología directamente.	Afectada, No afectada
ESTADO ECONOMICO	Impacto financiero negativo a la economía personal o familiar producto de la enfermedad.	Afectada, No afectada

Resultados

De los veinte pacientes en investigación encontramos las siguientes características: trece (65%) correspondieron al género masculino. De acuerdo a la edad once (55%) eran mayores de 60 años (55%). ocho (40%) alcanzaron la primaria, siete (35%) la secundaria y entre otros datos encontrados ocho (40%) estaban casados y cinco (25%) viudos, siete (35%) eran amas de casa, ocho (40%) se dedicaban a diferentes trabajos como: taxista, albañil, abogado y ganadería. Del total de la población de estudio siete (35%) profesaban la religión evangélica. (Vea gráfico 1- 6).

Tomando en cuenta las condiciones físicas durante la última semana: Diez (50%) tuvieron dificultad para realizar actividades cotidianas que comúnmente hacían (dentro de la casa), nueve (45%) permanecieron sentado(a) o en la cama durante todo el día, seis (30%) necesitaron ayuda para: comer, vestirse, asearse o ir al baño y dificultad para realizar actividades que requerían de esfuerzo físico (ir al mercado) y cuatro (20%) en dar un paseo largo fuera de casa(más de 200 mts). (Vea tabla 1).

En relación a la área Psicológica: Todos los pacientes (100%) estaban preocupados por su salud , doce (60%) sólo a causa de su enfermedad, diez (50%) se sintieron irritables y en algún momento con depresión variable después de su diagnostico mas por unos y menos por otros, ocho (40%) de los pacientes refirieron que la enfermedad y/o el tratamiento produjeron cambios negativos en la manera que se veían y estar preocupado(a) por tener un peso demasiado bajo, cinco (25%) de los pacientes menos atractivo(a) físicamente a consecuencia de su enfermedad y/o el tratamiento, cuatro (20%) estaban desilusionad@s con su cuerpo después de la cirugía y tres (15%) presentaron dificultad para verse desnudo(a). Es importante hacer mención que al momento del estudio, ocho (40%) pacientes mostraron respuesta en donde aceptaban su enfermedad, mostrando optimismo ante ésta. (Vea tabla 2).

En la Esfera Social: dieciséis (80%) de los pacientes refirió que su enfermedad había influido de forma positiva en su vida familiar y cuatro (20%) fueron aislados por la familia siendo negativo en estos pacientes. Del total; diez (50%) refirieron cambios negativos fuera de la familia. (Vea tabla 3).

Esfera Económica: Diez (50%) de los pacientes refieren haber tenido dificultades financieras a causa de la enfermedad y catorce (70%) no tuvieron en capacidad de pagar su tratamiento. (Vea tabla 4).

Y por último al valorar la calidad de vida usando los parámetros de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) con un módulo específico para Cáncer Gástrico; siete (35%) de los pacientes tenían una calidad de vida entre regular y buena y trece (65%) mala calidad de vida. (Vea gráfico 7)

Discusión

En Estados Unidos, cada año se establece el diagnóstico de cáncer gástrico en más de 20,000 personas. Los varones tienen mayores probabilidades que las mujeres de presentar este cáncer^{5, 7, 8, 14}. En nuestro estudio el género masculino fue el que más predominó, dentro de los cuales 11 eran mayores de 60 años. En estos grupos de personas es donde encontramos más factores de riesgo relacionados con el cáncer como: su estilo de vida y el estado biológico propio del individuo que aumentan las probabilidades de padecer dicha enfermedad, 8 de los pacientes no alcanzó un grado de escolaridad mayor al de primaria, lo que suma un factor de riesgo más, ya que el bajo grado de escolaridad y la falta de información hace que busquen ayuda médica tardía lo que atrasa el diagnóstico y empobrece el pronóstico^{8-10, 14}.

Los 20 pacientes practicaban en su religión conductas espirituales en la que se aferraban para sobrellevar su enfermedad. Todos los pacientes que se encontraron en un período "libre de enfermedad", el estado físico fue poco afectado, ya que según la EORTC esta es una de las principales áreas que nos ayuda para valorar la calidad de vida la cual se basa en la percepción que el individuo tiene de su propia enfermedad y no en la definición profesional de enfermedad^{15, 16}, si embargo, 10 de ellos presentaron algún grado de dificultad para realizar sus actividades cotidianas y 9 permanecieron sin actividad importante durante todo el día, lo que demuestra que la integridad física si está afectada, por otro lado se debe tomar en cuenta de que la edad de estos pacientes puede influir desfavorablemente en la capacidad de responder físicamente a los problemas de salud.

El diagnóstico del Cáncer, la percepción a una cercanía con el fin de la vida estar expuesto a múltiples factores de estrés: el diagnóstico, el comienzo del tratamiento, los efectos secundarios del tratamiento, la finalización del mismo y el avance de la enfermedad^{2, 15, 18, 20}, contribuye a que estos pacientes se encuentren preocupados por su salud futura (100%) pero 12 de ellos solo a causa de su enfermedad, que en la mayoría de los casos conlleva a cuadros depresivos, irritativos y trastorno de adaptación crónico que puede convertirse en un estado mental más grave (depresión mayor) produciendo un deterioro rápido en la calidad de vida^{2, 18, 20}.

La vida familiar es la que menos se encuentra afectada (20%); teniendo en cuenta que la mayoría de los encuestados son mayores de 60 años, lo que significa que hay lazos familiares firmes que les ayuda a afrontar el cambio, dado por el Diagnóstico de Cáncer Gástrico y esto les favorece haciendo una vida familiar normal, que ayuda a que no se produzcan cuadros depresivos que contribuyan a la mala calidad de vida ^{2, 18, 20}. Es importante mencionar que fuera de la esfera familiar la mitad de los pacientes (50%) fueron rechazados socialmente, tomando en cuenta su vida social antes del diagnóstico por el hecho que el Cáncer es una enfermedad estigmática y por lo general se sufre la compasión de muchas de las amistades, lo que refuerza ideas negativas y crea sentimiento de exclusión ²⁻⁴.

Sin dudar, la mayoría de estas personas no pudieron costear su tratamiento, debido a que esta es una enfermedad que requiere de tratamiento quirúrgico y/o quimioterapia coadyuvante, además del paliativo, pero especialmente el tratamiento nutricional es de suma importancia, ya que son pacientes que tienen un riesgo elevado de sufrir desnutrición ¹⁸⁻²⁰, debido a sus escasos recursos, dependencia familiar y en la mayoría de los casos el ingreso económico era inestable. El cuidado nutricional se debe realizar a la brevedad posible, para garantizar en alguna manera el éxito del tratamiento, la recuperación, o bien, la calidad de vida del paciente; acciones que fueron asumidas por los familiares, quienes manifestaron el área más difícil de solucionar. Los demás fueron costeados por familiares y ONG.

Las enfermedades afectan con mayor o menor intensidad a la vida del paciente (aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos, entre otros). Con el tratamiento médico o quirúrgico se intenta restablecer la normalidad, que a veces se consigue de una forma total y otras veces solo parcial ^{2, 16, 17}. En el cáncer es fácil de comprender por que, estas personas tienen mala calidad de vida (65%) y en nuestro medio no es la excepción, Encontramos que 4 (20%) cumplían con criterios de buena calidad de vida, las cuales eran menores de 50 años, datos que coincide con la literatura, la cual nos refiere que mientras más temprano el diagnóstico mejor pronóstico y en consecuencia mejor Calidad de vida, y 3 regular calidad de vida

Conclusiones

Al valorar la calidad de vida usando los parámetros de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) con un módulo específico para Cáncer Gástrico concluimos que:

- ◆ 65% de los pacientes incluido en nuestro estudio tienen mala calidad de vida.
- ◆ La Esfera física resulto menos afectada.
- ◆ La esfera Psicológica se manifestó con mayor afección.
- ◆ Todas las esferas están íntimamente relacionadas unas con otras.
- ◆ En ninguno de los pacientes se encontró capacidad económica completa para asumir su tratamiento.

Recomendaciones

- ◆ Que se realice un estudio de valoración cualitativa explorando un grupo focal.
- ◆ En el HEODRA, ubicar un espacio equipado de servicio social efectivo, habiendo canalización directa entre hospitales y centros oncológicos en brindar atención integral a los pacientes.
- ◆ Que haya un Registro de Cáncer Nacional para futuros estudios.

Bibliografía

1. Dr. Gabriel Martín Clemente, "Eutanasia, Calidad de Vida y Cáncer", <http://www.muertedigna.org/textos/euta272.htm>.
2. JAMA PATIENT PAGE. Calidad de Vida. Center for Disease Control and Prevention, us department of Health and Human Services Administration on Aging y National Institute on Aging. <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/288/23/3070/DC1/1>
3. Michener, James A. La calidad de la vida. Editorial Logos Consorcio. México 1997.
4. Lourdes Méndez, MD, Javier Gavilan Bouzas, MD, "Calidad de vida de pacientes operados de cancer".<http://encolombia.com/medicina/otorrino28300-alidad1.HTM>.
5. Estadísticas adaptadas de la publicación de la American Cancer Society, Cancer Facts & Figures (Datos y cifras de cáncer) 2007.
6. M. Espinoza Pérez, Factores de riesgo y tipo de cáncer gástrico en pacientes con biopsias en el HEODRA. UNAN-León 2007.
7. Javier Ibañez Aguirre. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo Hospital de Zumárraga, Fax: 943 035 063 E-mail: javibanez@euskalnet.net.
8. Dr. Roberto Herrera Goepfert. Condiciones pre disponentes y lesiones precursoras de cáncer gástrico www.endoscopia.org.
9. Arán Ediciones, S.L. Castelló, Sociedad Española de Patología Digestiva, Instituto Nacional de Cancerología y Gastrectomía laparoscópica por adenocarcinoma gástrico, Madrid 2008 edita@grupoaran.com.

10. Gerard M. Doherty. Washington Principios de Cirugia. Edición Original, Editorial MARBAN, Madrid. España. 1998.
11. Cotran, Ramizi S. Robbins, Patología Estructural y funcional, 7^{ta} Edición, Editorial Mc Graw Hill, Madrid 2005.
12. F. Charles Brunicardi, Schwartz Principios de Cirugia. Vol II, 8^{VA}, Editorial Mc Graw Hill, México 2006.
13. J. Rodes. Teixidor. J. Guardia. Masso, Medicina interna I tomo. Editorial Eloisa Rodríguez, Barcelona España 1997
14. Cáncer de Estómago. Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos.
<http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/Cancerdeestomago.htm>
15. J. I. Arrarás. La calidad de vida en el paciente oncológico: Estudios del Servicio de Oncología. Hospital de Navarra en el grupo de la EORTC. 5ta Edición. Editorial Mc Graw Hill. Barcelona, España. 2002.
16. Karnofsky DA, Burchenal JH. Se puede medir la calidad de vida? Cual es su importancia?. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. En: Maclead CM, editor. Evaluation of Chemotherapeutic agents. New York: Columbia 2007. http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2004/Agosto2.pdf
17. Guillermo Machado, Aplicación de un método de valoración de calidad de vida en un Centro de Hemodiálisis en Mendoza. Hemodiálisis San Martín SRL. San Martín, Mendoza, Argentina.
http://www.renal.org.ar/revista/Vol24/1/24_1_181.htm
18. Dr. Gustavo Pérez. Calidad de vida Cáncer Gástrico.
<http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir13-06/13-06-04.htm>

19. Luigina de Nicola Delfin. Tratamiento Nutricio del Paciente con Cáncer Gástrico. Departamento de Nutrición, Instituto Nacional de Cancerología. Ave. San Fernando, México D.F.

20. JAMA PETIENT PAGE. Cáncer de estómago. American Cancer Society; National Cancer Institute, y American Gastroenterological Association. Pagina Web. www.jama.com january 14, 2004.

Anexos

ESCALA DE RENDIMIENTO DE KARNOFSKY

Actividades	Puntuación	Equivalente físico
Normal, no presenta signos o síntomas de la enfermedad.	100	
Capaz de llevar a cabo actividad normal, signo y síntomas leves.	90	Capaz de trabajo y actividad normales, sin necesidad de cuidados especiales
Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de la enfermedad.	80	
Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal, o trabajo activo.	70	
Requiere atención ocasional, sin embargo puede cuidarse de la mayoría de necesidades	60	No apto para el trabajo. Capaz de vivir en la casa, satisfacer la mayoría de sus necesidades. Necesita una ayuda de importancia variable
Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos	50	
Encamado, necesita cuidado y atenciones especiales.	40	
Invalidez severa, hospitalización indicada.	30	
Invalido grave, necesita hospitalización y tratamiento general de sostén	20	Incapaz de satisfacer sus necesidades, necesita asistencia equivalente a la de un hospital. La enfermedad puede agravarse rápidamente.
Muy grave, rápida progresión de la enfermedad.	10	
Muerte.	0	Muerto

EOTRC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.

No hay contestaciones acertadas o desacertadas. La información que nos proporciones será estrictamente confidencial.

| | | | |

Por favor ponga sus iniciales: _____

| | | | | | | | | | | |

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año): _____

Durante la semana pasada:	En	Un	Bastante	Mucho
	Absoluto	poco		
1. Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante. Como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4

4. Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día? 1 2 3 4

5. Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio? 1 2 3 4

Durante la semana pasada:

En Un Bastante Mucho
Absoluto poco

6. Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas? 1 2 3 4

7. Ha tenido algún impedimento para realizar sus Aficiones u otras actividades de ocio? 1 2 3 4

8. Tuvo sensación de falta de aire o dificultad para respirar? 1 2 3 4

9. Ha tenido dolor? 1 2 3 4

10. Necesito parar para descansar? 1 2 3 4

11. Ha tenido dificultades para dormir? 1 2 3 4

12. Se ha sentido débil? 1 2 3 4

13. Le ha faltado el apetito? 1 2 3 4

14. Ha tenido nauseas?	1	2	3	4
15. Ha vomitado?	1	2	3	4
16. Ha estado estreñida?	1	2	3	4
17. Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. Estuvo cansada(o)?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:	En	Un	Bastante	Mucho
	Absoluto	poco		
19. Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. Se sintió nervioso(a)?	1	2	3	4
22. Se sintió preocupado(a)?	1	2	3	4
23. Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. Se sintió deprimido(a)?	1	2	3	4
25. Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4

26. Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar? 1 2 3 4

27. Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales? 1 2 3 4

28. Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico? 1 2 3 4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted.

29. Como valoraría su salud general durante la semana pasada?

1 2 3 4 4 5 6 7

Pésima

excelente

30. Como valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 4 5 6 7

Pésima

excelente

EORTC QLQ-VO28 Modificado para Cáncer Gástrico

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta que punto ha experimentado usted estos síntomas o problema durante la semana pasada. Por favor responda rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.

Durante la última semana:	En Absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Ha tenido algún problema al comer alimentos sólidos?	1	2	3	4
2. Has tenido algún problema al comer alimentos licuados o blandos?	1	2	3	4
3. Ha tenido algún problema al beber líquidos?	1	2	3	4
4. Ha sentido molestias mientras comía?	1	2	3	4
5. Ha sentido dolor en la zona del estomago?	1	2	3	4
6. Ha tenido sensación de hinchazón en el abdomen?	1	2	3	4
7. Ha tenido indigestión con acides o ardor en el estomago?	1	2	3	4

tratamiento han tenido sobre su vida en la dimensión: física, social, económica y psicológica.

Esperando su colaboración le pido responda de la manera mas sincera posible:

Responda la pregunta con una X en la raya mejor se aplique

Datos Generales:

Edad _____

Escolaridad_____

Estado civil_____

Ocupación_____

Religión_____

Esfera física.

Durante la última semana:

SI

NO

Ha tenido alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante como; llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?

1

2

Ha tenido dificultad para dar un paseo largo?

1

2

Ha tenido que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?

1

2

Ha necesitado ayuda para:

comer, vestirse, asearse, o ir al servicio?	1	2
---	---	---

Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2
---	---	---

Esfera Psicológica.

Durante la ultima semana:	SI	NO
----------------------------------	-----------	-----------

La enfermedad o el tratamiento han producido cambios negativos en la manera en la que usted se ve así misma?	1	2
--	---	---

Se sintió preocupado(a)?	1	2
--------------------------	---	---

Se sintió irritable?	1	2
----------------------	---	---

Esfera Psicológica.

Durante la última semana:	SI	NO
----------------------------------	-----------	-----------

Se sintió deprimido(a)?	1	2
-------------------------	---	---

Se sintió menos atractivo(a) físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2
---	---	---

Le resulto difícil verse desnudo(a)? 1 2

Se sintió desilusionado(a) con su cuerpo? 1 2

Se ha preocupado por tener un peso demasiado bajo? 1 2

Ha estado preocupado por su salud futura? 1 2

Esfera social.

Durante la última semana: SI NO

Ha influido su estado físico o el tratamiento médico negativamente en su vida familiar? 1 2

Ha influido su estado físico o el tratamiento médico negativamente en su actividades sociales? 1 2

Esfera económica.

Durante la última semana: SI NO

Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico? 1 2

Si ya recibió tratamiento pudo usted costearlo?;

o si está recibiendo tratamiento puede usted pagarlo?

1

2

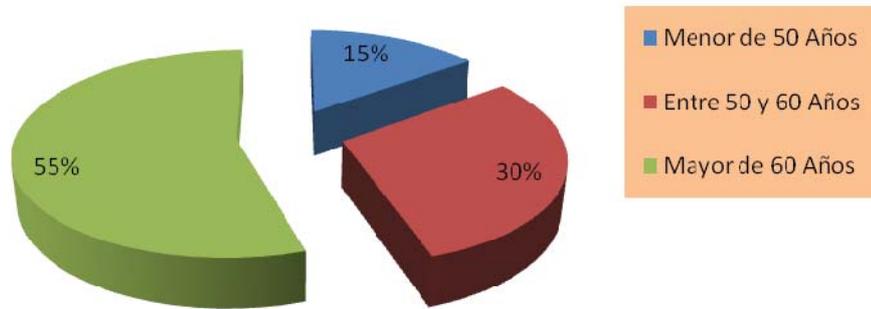
Cuál es su ingreso familiar total y cuanto

gasta en el tratamiento médico contra el cáncer?

1

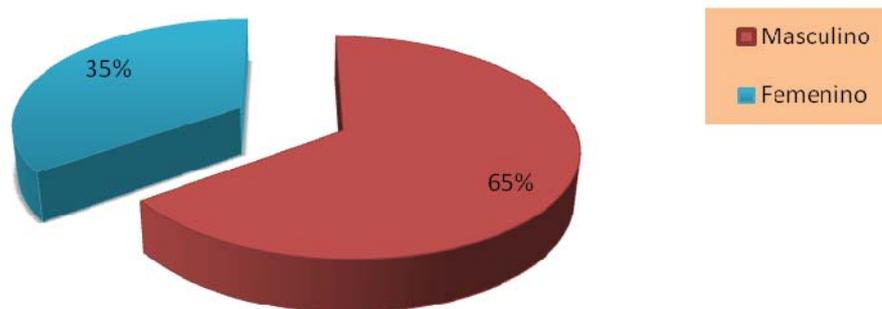
2

Grafico: # 1. Edad de los pacientes entrevistados con Cáncer Gástrico diagnosticados en el Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." durante el periodo comprendido de Abril a Agosto del 2008.



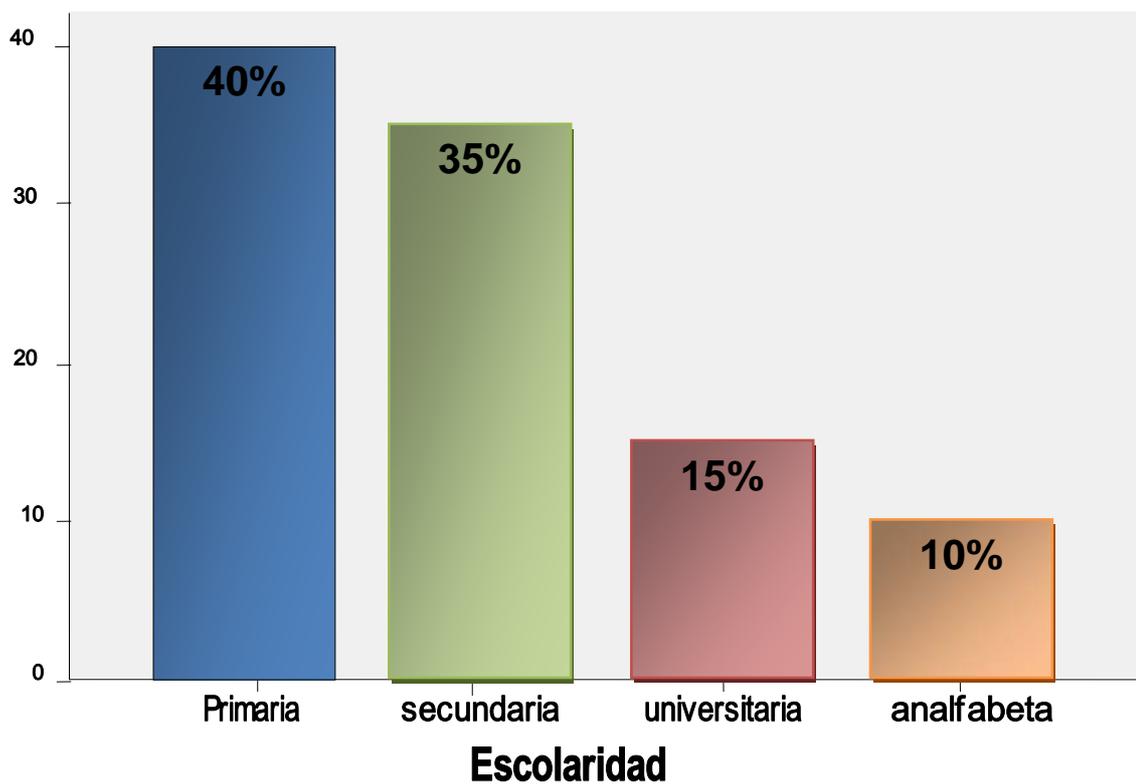
Fuente: Primaria.

Grafica: #2. Genero de los pacientes con Cáncer Gástrico Diagnosticados en el Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." durante el Período comprendido de abril a agosto del 2008.



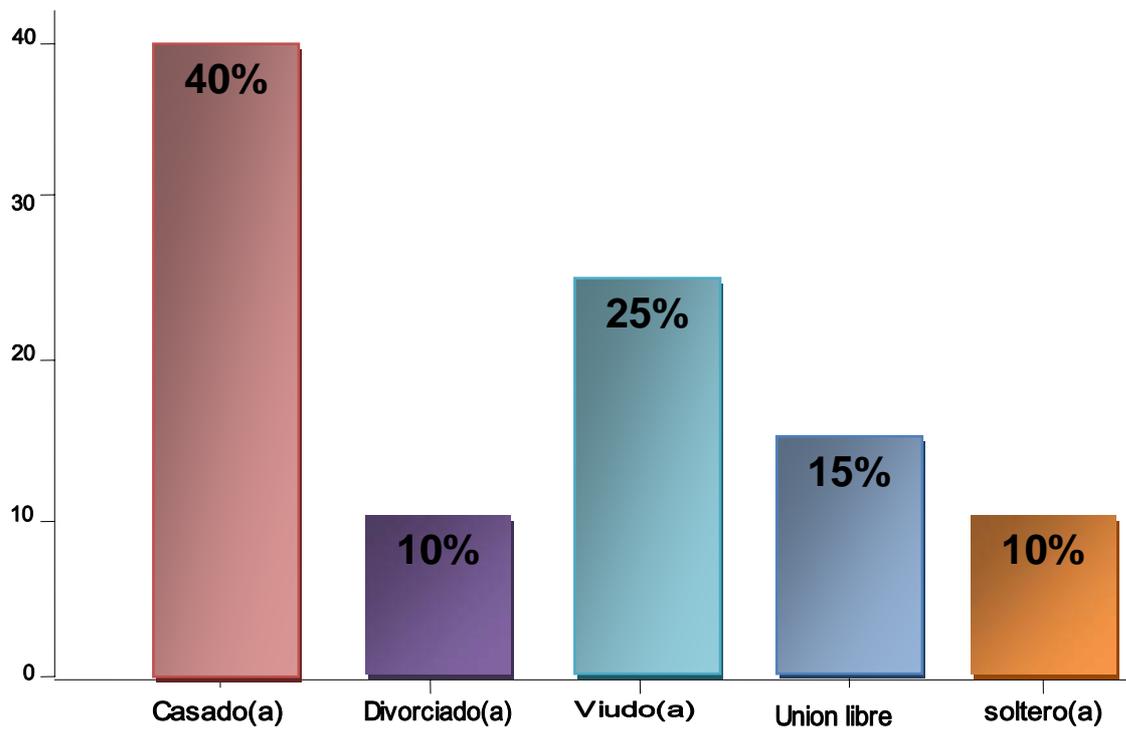
Fuente: Primaria.

Grafico: # 3. Grado de escolaridad alcanzados por los pacientes con cáncer gástrico Diagnosticados en el Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." durante el período comprendido de Abril a Agosto del 2008.



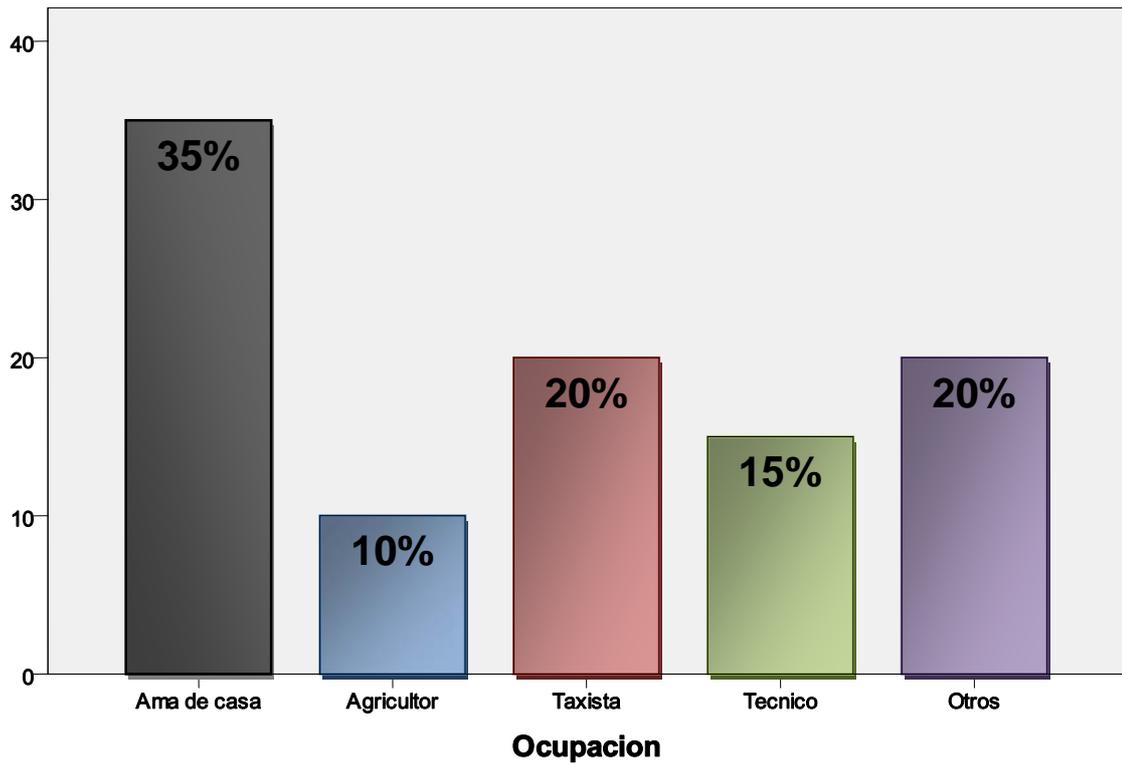
Fuente: Primaria.

Grafica: # 4. Estado Civil de los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en el Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." durante el período comprendido de Abril a Agosto del 2008.



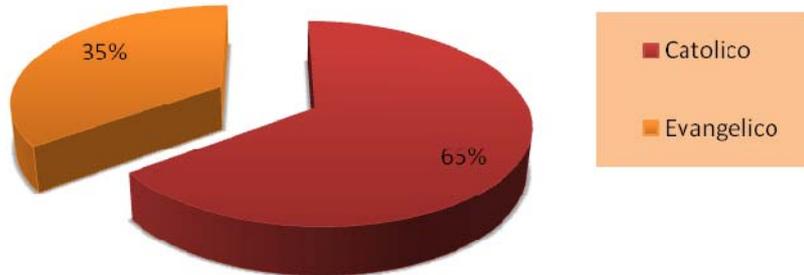
Fuente: Primaria.

Grafica: # 5. Ocupación de los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en el Hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales A." durante el período comprendido de Abril a Agosto del 2008.



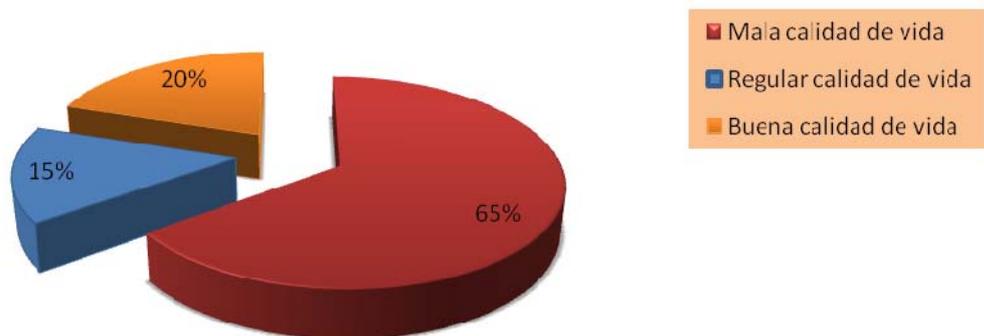
Fuente: Primaria.

Grafica: #6. Religion de los pacientes entrevistados con Cáncer Gástrico Diagnosticados en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” durante el Período comprendido de abril a agosto del 2008.



Fuente: Primaria.

Grafica: #7. Calidad de vida de los pacientes con Cáncer Gástrico Diagnosticados en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” durante el Período comprendido de abril a agosto del 2008.



Fuente: Primaria.

Tabla 1. Frecuencia de afectación de la esfera Física que hacen referencias los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” durante el período comprendido de Abril a Agosto del 2008.

Durante la <i>última</i> semana	Respuesta			
	SI	%	NO	%
Dificultad para hacer actividades que requieran esfuerzo físico	6	30.0	14	70.0
Dificultad para dar un paseo largo	4	20.0	16	80.0
Ha tenido que permanecer en la cama o sentada en una silla durante todo el día	9	45.0	11	55.0
Necesito ayuda para comer, vestirse, asearse, o ir al baño	6	30.0	14	70.0
Algún impedimento para hacer actividades cotidianas	10	50.0	10	50.0

Fuente: Primaria.

Tabla 2. Frecuencia de afectación de la Esfera Psicológica que hacen referencias los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” durante el período comprendido de Abril a Agosto del 2008.

Durante la <i>última</i> semana	Respuesta			
	SI	%	NO	%
L a enfermedad o tratamiento han producidos cambios negativos en la manera en la que usted se ve así misma	8	40.0	12	60.0
Se sintió preocupado(a)	12	60.0	8	40.0
Se sintió irritable	10	50.0	10	50.0
Se sintió deprimido(a)	10	50.0	10	50.0
Menos atractivo(a) físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento	5	25.0	15	75.0
Le resulto difícil verse desnudo(a)	3	15.0	17	85.0
Se sintió desilusionado(a) con su cuerpo	4	20.0	16	80.0
Se ha preocupado por tener un peso demasiado bajo	8	40.0	12	60.0
Ha estado preocupado(a) por su salud futura	20	100.0	0	0.0

Fuente: Primaria

Tabla 3. Frecuencia de afectación de la esfera Social que hacen referencias los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” durante el período comprendido de Abril a Agosto del 2008.

Durante la <i>última</i> semana	Respuesta			
	SI	%	NO	%
Ha influido su estado físico o el tratamiento médico negativamente en su vida familiar	4	20.0	16	80.0
Ha influido su estado físico o el tratamiento negativamente en sus actividades sociales	10	50.0	10	50.0

Fuente: Primaria.

Tabla 4. Frecuencia de afectación de la esfera Económica que hacen referencias los pacientes con cáncer gástrico diagnosticados en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” durante el período comprendido de Abril a Agosto del 2008.

Durante la <i>última</i> semana	Respuesta			
	SI	%	NO	%
Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento medico	10	50.0	10	50.0
Si ya recibió tratamiento pudo usted costearlo o si está recibiendo tratamiento puede usted pagarlo	6	30.0	14	70.0

Fuente: Primaria