

## Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico

Hernán Arancibia<sup>1</sup>, Carlos Carvajal<sup>1</sup>, Marco Bustamante<sup>1</sup>, Juan Carlos Justiniano<sup>1</sup>, Omar Talhouk<sup>1</sup>, Kenneth Guler<sup>1</sup>, Ilse López<sup>2a</sup>, Julio Núñez<sup>3b</sup>, Sebastián Medina<sup>3b</sup>.

### *Quality of life of patients operated for gastric cancer*

**Background:** Gastric cancer is the first cause of death by cancer in Chile. Quality of Life is a multidimensional construct that explores functionality and well-being, including physiological, psychological and social aspects. **Aim:** To assess Quality of Life of patients operated for gastric cancer. **Patients and methods:** The European Organization Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-30), translated into Spanish, was applied to 33 patients, aged 42 to 82 years (25 males), subjected to curative total or subtotal gastrectomy for gastric cancer, between January 2004 and December 2006. **Results:** The average lapse from the moment of the surgical intervention to the interview, was 52.2 weeks. Fifty five percent perceived their Quality of Life in the "good" category. Male patients and those with less than 6 months of surgery, obtained better scores in psychological aspects of quality of life. **Conclusions:** A high percentage of patients operated for gastric cancer qualified their quality of life as good in spite of the severity of the underlying disease and invasiveness of the intervention. This is probably explained by the importance of psychological factors that influence quality of life (Rev Méd Chile 2009; 137: 481-6).

**(Key words:** Gastrectomy; Quality of life; Stomach neoplasms)

Recibido el 10 de junio, 2008. Aceptado el 22 de diciembre, 2008.

<sup>1</sup>Equipo de Cirugía Gástrica, Servicio de Cirugía Hospital del Salvador, Departamento de Cirugía Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. <sup>2</sup>Departamento de Educación en Ciencias de la Salud Médica (OFEM), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. <sup>3</sup>Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

<sup>a</sup>Bioestadístico

<sup>b</sup>Internos de Medicina

El cáncer gástrico en Chile es el cáncer más frecuente según los registros de defunción en el país, siendo en los varones el primero, con una

tasa de 25,3 por 100.000 habitantes, y el segundo en la mujer, con una tasa de 13,8 por 100.000 habitantes<sup>1</sup>. Su tasa anual se ha mantenido estable en los últimos años. Es responsable de 3.115 fallecidos en el año 2003<sup>2</sup>.

El tratamiento de elección para los pacientes con cáncer resecable es la cirugía, aumentando de esta manera la expectativa de vida<sup>3</sup>. La calidad de vida es un concepto multidimensional que preten-

*Correspondencia a:* Dr. Carlos Carvajal. Departamento de Cirugía Hospital del Salvador. Av. Salvador 364, Providencia. Santiago-Chile. Fono/Fax: 2699178.  
E mail: ccarvajal@med.uchile.cl

de reflejar la funcionalidad y el bienestar del paciente, incluyendo aspectos físicos, clínicos, emocionales y sociales secundarios a la enfermedad o su tratamiento. Escasos estudios existen actualmente sobre la calidad de vida en pacientes con gastrectomías secundarias a adenocarcinoma<sup>4</sup>. No encontramos estudios nacionales al respecto. El propósito de este estudio es explorar la percepción que tienen estos pacientes de su calidad de vida, en el corto y mediano plazo, cuyas intervenciones fueron realizadas en el Hospital del Salvador de Santiago de Chile. Se analizó la percepción de la calidad de vida según las variables: edad, género, tipo de cirugía, tiempo postquirúrgico y etapificación TNM.

El reducido número de pacientes logrado en este trabajo permite mostrar un estudio de casos, el cual pretende ser un incentivo para la realización de posteriores estudios en la materia en Chile.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se entrevistaron pacientes operados de cáncer gástrico con gastrectomías totales y subtotales, con intención curativa, entre enero de 2004 y diciembre de 2006, en el Hospital del Salvador, Santiago de Chile.

Se analizaron diferentes instrumentos para la exploración de la calidad de vida de nuestros pacientes. Dadas las características de nuestros pacientes nos pareció adecuado aplicar una encuesta traducida, para el entendimiento de éstos, basada en el instrumento de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC). La encuesta estuvo compuesta por un módulo general (EORTC QLQ-C30), que abarcó las 3 dimensiones de la calidad de vida: fisiológico, psicológico y social<sup>5-7</sup>. En ningún momento el

objetivo de nuestro trabajo fue validar esta encuesta a la realidad nacional, la cual fue aplicada previo consentimiento informado. El instrumento consistió en 28 preguntas, con 4 posibles respuestas, del 1 al 4 de acuerdo a la intensidad de los síntomas, de tal manera que los puntajes más altos representaron mayor sintomatología. Además se incluyeron 2 preguntas sobre percepción de salud y calidad de vida, respectivamente, con puntuación del 1 al 7, de manera que el puntaje más alto significó mejor percepción.

Los pacientes fueron citados por contacto telefónico. El instrumento fue aplicado mediante entrevista personalizada, sin tener conocimiento previo de los pacientes.

Debido a que el Hospital del Salvador es un centro de referencia a nivel nacional en el tratamiento del cáncer gástrico, un importante número de ellos residían fuera de Santiago, siendo un factor determinante en la asistencia a la citación.

Para su posterior análisis, las primeras 28 preguntas se clasificaron según el aspecto de la calidad de vida a la que pertenecían: fisiológico, psicológico y social. Esta división fue realizada por un equipo multidisciplinario conformado por un cirujano gástrico, un gastroenterólogo, un psiquiatra, una psicóloga y una socióloga. Por cada paciente se obtuvo 4 puntajes a partir de la encuesta general: puntaje total, fisiológico, psicológico y social. A continuación, los puntajes se dividieron en 3 intervalos de forma aritmética. El primer intervalo, el con menor puntaje, se le denominó "buena" calidad de vida, al segundo como "regular", y al tercero "deficiente" (Tabla 1).

*Estadística.* Los distintos módulos fueron comparados con las distintas variables y los puntajes obtenidos fueron analizados con el programa Microsoft Excel, STATA 9.2. Un  $P \leq 0,05$  fue considerado estadísticamente significativo en el

**Tabla 1. Intervalos de puntajes**

Intervalos	Puntajes totales	Componente fisiológico	Componente psicológico	Componente social
Buena	28 - 55	18-35	7-13	3-5
Regular	56 - 83	36-53	14-20	6-8
Deficiente	84 -112	54-72	21-28	9-12

test de Mann-Whitney. Las preguntas de percepción de salud y calidad de vida se analizaron en forma independiente, y se las correlacionó con el resultado de la encuesta general.

Las siguientes variables relacionadas con la calidad de vida se analizaron: edad, género, tiempo posquirúrgico al momento de la encuesta, tipo de cirugía, etapificación TNM. En cuanto a la última variable, no se logró obtener los datos de 3 pacientes.

RESULTADOS

Entre enero de 2004 y diciembre de 2006 se operaron 146 pacientes con gastrectomías totales y subtotaes por cáncer gástrico.

De ellos, 50% se registró defunción al inicio del estudio mediante un informe enviado desde el

registro civil o durante el período de realización del estudio (por contacto telefónico). Del otro 50%, 55% no se pudo contactar o rechazó participar debido a la lejanía con el centro o a la falta de recursos para llegar a él. Finalmente 45% fueron entrevistados, en total 33 pacientes, 25 hombres y 8 mujeres, con un promedio de edad de 64,2 años (rango de 42 hasta 82 años). Veinte y tres pacientes con gastrectomías totales y 10 con subtotaes. El tiempo transcurrido desde la cirugía a la entrevista en promedio fue de 52,2 semanas (rangos entre 289 hasta 4,8 semanas), presentándose 65% de los pacientes en la semana 40 o menos. Respecto a la etapificación del cáncer éstos se ubicaron: 8 en etapa I, 7 pacientes en etapa II, 9 pacientes en etapa III y 6 pacientes en etapa IV, destacándose que 3 pacientes no se lograron clasificar (Tabla 2).

Dentro de los puntajes totales, la mayoría de los pacientes se distribuyeron en el grupo definido como "buena" calidad de vida (Figura 1), ellos presentaron en promedio 1 ó 2 puntos por pregunta, es decir, que rara vez o nunca presentan los síntomas. Los pacientes sobre 65 años obtuvieron mayores puntajes totales y en cada uno de los aspectos de la calidad de vida, aunque esta diferencia no fue significativa (Figura 2).

Las mujeres obtuvieron mayores puntajes totales y en cada uno de los componentes de la calidad de vida, siendo significativa la diferencia sólo en el componente psicológico (Figura 3).

Los pacientes que presentaron más de 6 meses entre la cirugía y el momento de la entrevista, obtuvieron mayores puntajes totales, y en cada uno de los componentes de la calidad de vida,

Tabla 2. Características de los pacientes incluidos en el estudio

Variable		n	%
Sexo	Hombres	25	75,8
	Mujeres	8	24,2
Edad	49 y menos	3	9,1
	50-54	4	12,1
	55-59	2	6,1
	60-64	8	24,2
	65-69	3	9,1
	70-74	7	21,2
	75 y más	6	18,2
Tipo de cirugía	Subtotal	10	30,3
	Total	23	69,7
Tiempo post cirugía Semanas	0-20	12	36,4
	21-40	10	30,3
	41-60	3	9,1
	60 y más	8	24,2
Etapificación*	I	8	24,2
	II	7	21,2
	III	9	27,3
	IV	6	18,2

\*3 pacientes no se lograron clasificar.

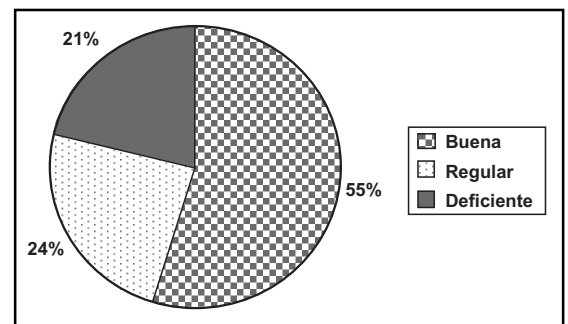


Figura 1. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida, puntajes totales.

siendo esta diferencia significativa sólo en el componente psicológico (Figura 4). No encontramos diferencias significativas entre pacientes con gastrectomías subtotales y totales. Dentro de la etapificación TNM no se encontraron diferencias.

Frente a la pregunta: ¿qué nota le pone a su salud durante la semana pasada?, los pacientes se distribuyeron predominantemente en las notas 5 y 6 (Figura 5), mientras que a la pregunta: ¿qué nota le pone a su calidad de vida durante la semana pasada? la distribución predominante fue hacia las notas 6 y 7 (Figura 6).

Se observó una correlación negativa moderada a alta (coeficiente de correlación de Spearman = -0,594) entre los puntajes totales obtenidos en la encuesta y frente a la pregunta: ¿qué nota le pone a su salud durante la semana pasada?, es decir, los pacientes que obtenían mayores puntajes en la encuesta, se calificaban más bajo ante la pregunta. Se observó una correlación negativa moderada (coeficiente de correlación de Spearman = -0,511) entre los puntajes totales obtenidos en la encuesta y frente a la pregunta: ¿qué nota le pone a su calidad de vida durante la semana pasada?, es decir, los pacientes que obtenían mayores puntajes en la encuesta, se calificaban más bajo ante la pregunta.

#### DISCUSIÓN

El alto porcentaje de pacientes en la categoría "buena" calidad de vida a pesar del grado de invasión de la intervención, corroboró que existen otros factores que estarían influyendo. Estos factores serían las otras dimensiones de la calidad de vida: la dimensión psicológica y la social, además de aspectos de la dimensión fisiológica no afectadas directamente por la intervención. Analizando las preguntas dirigidas a obtener directamente la percepción de calidad de vida y salud durante la última semana mediante una nota, observamos que en general los pacientes se califican con notas altas. Lo anterior se correlaciona con los resultados obtenidos con la primera sección de la encuesta general, dando validez al hecho que más de la mitad de los pacientes se

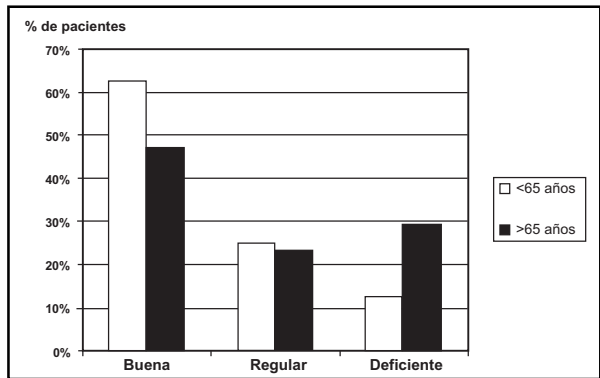


Figura 2. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida en relación a edad, puntajes totales.

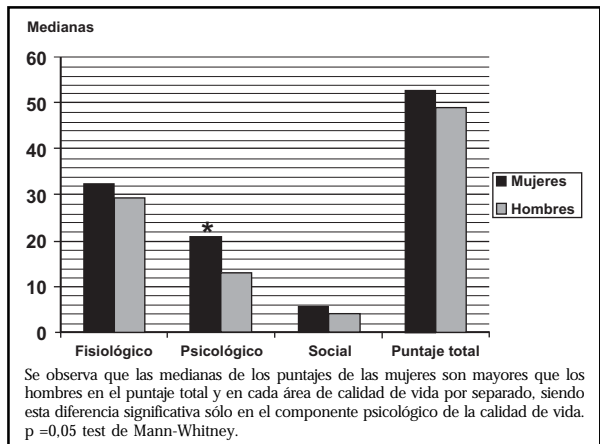


Figura 3. Distribución de medianas de los puntajes según los aspectos de calidad de vida en relación a género.

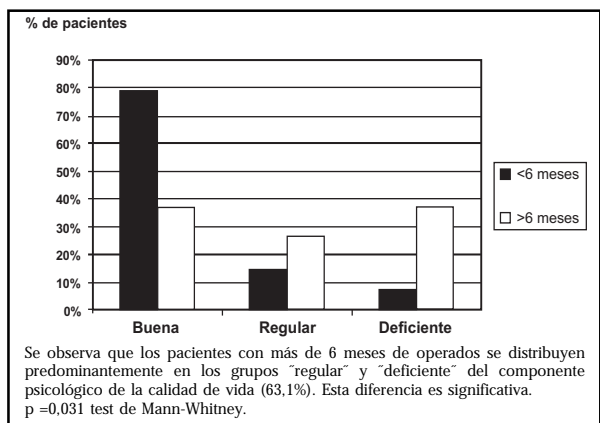


Figura 4. Distribución de pacientes según percepción de calidad de vida en relación a tiempo postquirúrgico, aspecto psicológico.

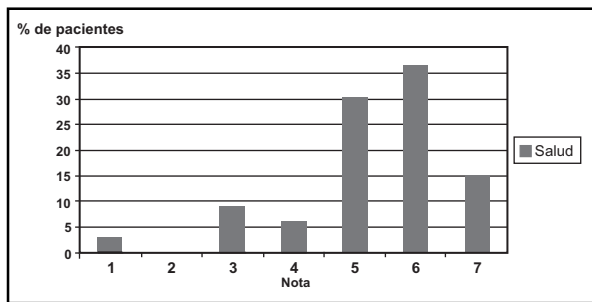


Figura 5. Distribución de calificación de pacientes frente a la pregunta: ¿qué nota le pone a su *salud* durante la semana pasada?

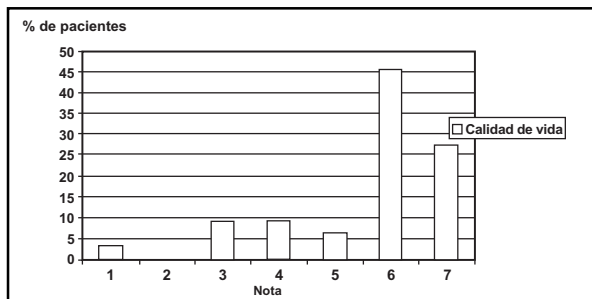


Figura 6. Distribución de calificación de pacientes frente a la pregunta: ¿qué nota le pone a su *calidad de vida* durante la semana pasada?

clasificaron en el intervalo de “buena” percepción de calidad de vida.

Observamos que la edad es una variable importante a considerar, encontrando que los mayores de 65 años tienen una peor percepción de calidad de vida, aunque no es estadísticamente significativo. Lo anterior, puede ser explicado tanto por el alto grado de invasión que implica una gastrectomía por cáncer, asociado a que a mayor edad existe una menor capacidad de los tejidos para repararse ante una noxa<sup>8</sup>, lo que provocaría mayor cantidad e intensidad de síntomas y mayor probabilidad de complicaciones; y por el mayor porcentaje de comorbilidad que implica una edad mayor<sup>9</sup>. La diferencia encontrada entre hombres y mujeres, en especial en el ámbito psicológico, podría explicarse a que las mujeres presentarían un elevado número de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos<sup>10</sup>. Un estudio previo realizado en Santiago de Chile en pacientes

hospitalizados, evidencia que los trastornos del estado de ánimo afectaron a 17,2% de la muestra estudiada y la depresión mayor fue el cuadro predominante, comprometiendo 3 veces más a mujeres que a hombres<sup>11</sup>.

Los pacientes con más de 6 meses de operados tienen peor percepción de calidad de vida. Hicimos el corte en los 6 meses, con la finalidad de evidenciar una diferencia entre la influencia de las complicaciones agudas y las complicaciones crónicas en la percepción de la calidad de vida. En base a lo anterior, serían las complicaciones crónicas las que causarían mayor impacto en esta percepción, sobretodo las de la índole psicológica. Es sabido que los trastornos del ánimo, en especial la depresión, tienen relación con el dolor, de esta manera no sólo se vería afectada el área psicológica de la calidad de vida, sino que también se podrían afectar las áreas fisiológica y social<sup>12</sup>. Por ende planteamos que un diagnóstico y tratamiento oportuno de los trastornos del ánimo podría resultar beneficioso para elevar la calidad de vida de estos pacientes<sup>13,14</sup>. El análisis de una variable como la calidad de vida implica un desafío, ya que ésta no es una variable cuantitativa como lo es la edad, en cambio es una variable cualitativa, lo que dificulta su medición. Es por esta razón que se subdividió en tres categorías la calidad de vida: buena, regular y mala; además, y con la finalidad de validar nuestro instrumento traducido, éste se sometió a la categorización de las preguntas en los 3 aspectos; fisiológico, psicológico y social por un equipo multidisciplinario de expertos nacionales.

Para otorgar mayor validez aún, se las correlacionó con 2 preguntas de percepción de salud y calidad de vida. Todo lo anterior en un intento de dar una mayor objetividad al estudio. Destacamos que éste es un estudio exploratorio, esta razón explica el bajo número de pacientes, por lo que podrían encontrarse otras diferencias estadísticamente significativas con un número mayor de pacientes analizados. Este trabajo plantea la necesidad de abordar un tema que en nuestro país se ha dejado de lado, como lo es la calidad de vida. En el área oncológica es un aspecto de suma importancia, en la cual los tratamientos tienen que orientarse no sólo a la sobrevida, sino también la calidad de ésta.

REFERENCIAS

1. MEDINA L, KAEMPFER R. Mortalidad por cáncer en Chile: consideraciones epidemiológicas. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1195-202.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Anuario de Estadísticas Vitales 2003.
3. CSENDES A. Estado actual del tratamiento de cáncer gástrico. Rol de la linfadenectomía. *Cuad Cir* 1994; 8: 82-91.
4. SHICPPER H, CLINCH J, OLWENY LM. Definitions and conceptual issues. In: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; 11-24.
5. AARONSON NK, AHMEDZAI S, BERGMAN B, BULLINGER M, CULL A, DUEZ NJ ET AL. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Nat Cancer Inst* 1993; 85: 365-76.
6. KAPTEIN A SATOSHI, MORITA, SAKAMOTO, JUNICHI. Quality of life in gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 3189-96.
7. DIAZ DE LIAÑO A, OTEIZA F, CIGA M, AIZCORBE M, COBO F, TRUJILLO R. Impact of surgical procedure for gastric cancer on quality of life. *British Journal of Surgery* 2003; 90: 91-4.
8. COHEN I, DIEGELMANN R, YAGER D, WORNUM I, GRAHAM M, CROSSLAND M. Cuidado y cicatrización de las heridas. En: Schwartz, Seymour I, M.D. *Principios de Cirugía*. México D.F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 1999; 306.
9. GONZÁLEZ-CELIS A, PADILLA A. Quality of Life and Coping Strategies in Older Adults with Problems and Diseases in Mexico City. *Univ Psychol* 2006; 5: 501-10. ISSN 1657-9267.
10. MONTERO I, APARICIO D, GOMEZ-BENEYTO M, MORENO-KÜSTNER B, RENESSES B, USALL J ET AL. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* [online]. [citado 2007-07-14], pp. 175-181.
11. HERNÁNDEZ G, IBÁÑEZ C, KIMELMAN M, ORELLANA G, MONTINO O, NÚÑEZ C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1279-88. ISSN 0034-9887.
12. FISHBAIN D. The Pain-Depression Relationship. *Psychosomatics* 2002; 43: 341.
13. HEERLEIN A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2002; 40: supl. 1: 21-45.
14. Guía Clínica Depresión en Personas de 15 años y Más, Minsal 2006. Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/guias\\_clinicas\\_ges2006/GUIA\\_CLINICA\\_GES\\_-DEPRESION\\_OK\\_8\\_febrero\\_cls1.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guias_clinicas_ges2006/GUIA_CLINICA_GES_-DEPRESION_OK_8_febrero_cls1.pdf) (consultado el 10 de junio de 2007).