

FISIATRÍA

ESTUDIO OBSERVACIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO EN ETAPA PRE Y POST QUIRÚRGICA DESDE LA PERSPECTIVA FISIOTERAPÉUTICA, HOSPITAL MÉXICO, DURANTE EL MES MAYO 2015

Yendry Novo Chinchilla • Terapeuta Física, CCSS-CENARE.

Hannah Diermisen Rodríguez • Comisión Técnica del Cáncer-Rehabilitación, Médico, Director, CCSS, Clínica San Rafael, Puntarenas.

Roubier Rojas Barahona • Docente-Epidemiólogo-Investigador, CCSS-CENDEISS.

SUMMARY

The need for a professional in Physical Therapy as part of the interdisciplinary team of care of patients with gastric cancer.

An observational study was performed in 12 patients admitted to the unit Esophagus Gastric Hospital Mexico, in May 2015, which were observed from the time of admission, surgery, postoperative and exit. The observations focused on finding deficiencies, limitations, restrictions and contextual factors; based on the model proposed by the International Classification of Functioning, Disability and Health model.

By the results, it can establish

guidelines for physical therapy in cancer patients' care that focuses on preventing the emergence of such influential factors in functionality. They were observed and shortcomings that developed the patients were classified.

Keyword: physiotherapy, gastric cancer, surgical.

REHABILITACIÓN
ONCOLÓGICA

La Fisioterapia Oncológica es una especialidad que tiene como objetivo preservar, mantener, desarrollar y restaurar la integridad

de los órganos cinético-funcional y los síntomas del paciente, así como prevenir las alteraciones causadas por el tratamiento del cáncer¹⁻⁷. El objetivo principal de la rehabilitación oncológica es ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel de funcionalidad e independencia y mejorar su calidad de vida general tanto en el aspecto físico, psicológico y social. Estos objetivos se suelen alcanzar: controlando el dolor, mejorando la capacidad de realizar ejercicio físico, mejorando el estado social, cognitivo, emocional y laboral¹⁸ el cáncer representa uno de los mayores

Recibido: 20 de Julio del 2016.

Revisado: 19 de Agosto del 2016.

Aceptado: 04 de Setiembre del 2016.

problemas de salud pública⁹. Sin embargo, con el desarrollo científico y tecnológico cada vez se obtiene mayor supervivencia al mismo, pero presentando una serie de secuelas achacables al tumor y al propio tratamiento. La rehabilitación en pacientes con cáncer no debería ser diferente a otras condiciones diagnosticadas. La Rehabilitación Oncológica entonces, apunta a optimizar el nivel de función del paciente, tomando en consideración la interrelación que hay entre lo físico, psicológico y social, y cuyo objetivo es restituir las condiciones físicas perdidas y minimizar las secuelas dejadas por la enfermedad y/o los tratamientos recibidos¹²⁻¹³, mejorando la calidad de vida de los pacientes con cáncer, de este modo, previene y trata alteraciones: musculoesqueléticas, cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, psicomotoras, uro ginecológicas y coloproctológicas; siendo aplicable tanto en adultos como en niños, sin importar la etapa en que se encuentre la enfermedad¹⁸.

ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Las necesidades de atención del paciente con cáncer comprenden el periodo de tiempo que discurre desde que se detecta el tumor

hasta incluso cuando este ya ha remitido por completo¹⁵. El mismo enfocado directamente en la prevención de aparición de un Síndrome de Inmovilización el cual es la suma de los daños que aparecen en el organismo como consecuencia de la falta de movimiento, generando posterior la aparición del Síndrome de Des acondicionamiento Físico que se define como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada; las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización¹⁰. Antes del inicio de la atención fisioterapéutica es fundamental la realización de una detallada evaluación, ya que es lo único que permite observar al paciente de manera global y determinar el nivel de funcionalidad e independencia previo al tratamiento médico, para la revaloración posterior al mismo y así establecer los cambios en los mismos como resultado del tratamiento. Ya que el objetivo principal es devolver al paciente el grado de funcionalidad previo al tratamiento o lo más cercano posible. Mediante los resultados obtenidos del estudio observacional, se planteó las posibles pautas de intervención del profesional en Terapia Física, la cual se divide en atención pre operatoria y post operatoria⁵⁻⁶.

Dentro de los resultados sobresalen los siguientes:

1. Restricciones: dolor en abdomen, hombro, espalda y pie; herida dehiscente, infectada y con seroma; adherencias en la herida y problemas ventilatorios.
2. Limitaciones: traslados de supino a sedente y de sedente a bípedo, deambulación, AVD (vestirse, bañarse), arcos de movimientos del hombro y movimientos de miembros inferiores.
3. Factores contextuales: red de apoyo inadecuada, residencias alejadas y adultos mayores.
4. Restricciones: imposibilidad de reincorporación laboral y social.

La preparación pre quirúrgica abarca las técnicas de Fisioterapia Respiratoria, con el objetivo de prevenir la obstrucción de las vías respiratorias y la acumulación de secreciones que interfieren en la respiración normal, mejorar la capacidad aeróbica y la tolerancia general al ejercicio y mejorar la eficacia de la tos. La realización de ejercicios con el objetivo de mantener la concentración de mitocondrias adecuado ya que interviene en la metabolización de oxígeno, lo cual favorece al momento de recuperación de la cirugía. Y la enseñanza de traslados, la cual colabora con la incorporación temprana en el post operatorio. Por otro lado

la atención post operatoria, se centra en movilizaciones activo asistidas una vez que el paciente ha salido de recuperación y se encuentra en salón, manejo de dolor mediante corrientes electro terapéuticas lo cual podría disminuir la administración de medicamentos opioides a los pacientes, técnicas de maso terapia aplicadas a la herida en búsqueda de una correcta cicatrización, y se mantienen los ejercicios y fisioterapia respiratoria⁶. Además, de la incorporación temprana lo cual permite una eficaz y eficiente recuperación; y tratamiento a heridas dehiscentes, infectadas y con seroma mediante equipo electro terapéutico que posee beneficios tales como bactericida, reducción del dolor, aumento del ATP mitocondrial, incremento del índice reparativo de tejido y estimula el flujo linfático³. Una vez que el paciente es egresado del hospital, lo ideal es que haya comprendido la rutina de ejercicios para que los continúe realizando en el hogar, por lo que se brinda educación a el paciente y familiares. Es significativo el seguimiento que se le brinde al paciente, ya que el objetivo principal de que la intervención fisioterapéutica sea parte del equipo interdisciplinario de atención de pacientes oncológicos, es la independencia y funcionalidad del mismo. Por lo que lo recomendable, es una

re evaluación al mes del post operatorio, y ahí determinar las necesidades del paciente de modificar los ejercicios y brindar las recomendaciones y adaptaciones necesarias.

EPIDEMIOLOGÍA

Para el periodo 2003 al 2007 se reporta en Costa Rica una incidencia de Cáncer Gástrico en mujeres del 14,6% /100,000 mujeres, con una edad mínima de 20 años. En el caso de los hombres corresponde al el 21,8% / 100,000 hombres y con una edad similar¹¹⁻¹⁹. Para el año 2012, se reporta la incidencia en ambos sexos 874 casos y se ubica tercer cáncer más frecuente en el país¹¹⁻¹⁵. El cáncer es una patología que lleva consigo una serie de signos y síntomas que no se limitan sólo al órgano o zona corporal en específico que se localiza¹⁶⁻¹⁷, sino que el tratamiento médico indicado desarrolla una serie de manifestaciones físicas que afectan la funcionalidad y desempeño de las personas en sus actividades de la vida diaria, de allí la importancia del abordaje multidisciplinario de los pacientes con cáncer gástrico y en especial la rehabilitación fisioterapéutica.

METODOLOGÍA

Se desarrolla un estudio observacional descriptivo y de

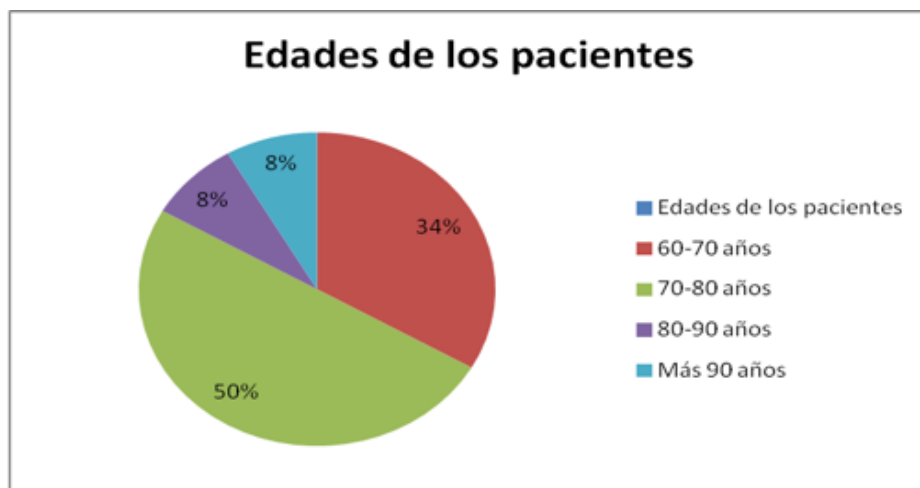
corte transversal en pacientes con cáncer gástrico en etapa pre-quirúrgica y post-quirúrgica desde la perspectiva fisioterapéutica. En Costa Rica el cáncer constituye la segunda causa de muerte después de la enfermedad cardiovascular y en el periodo 2000-2005 se produjeron más de veinte mil muertes y es considerado un problema de salud pública.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del total de 12 pacientes observados en la Unidad de Esófago Gástrico, con diagnóstico de Cáncer Gástrico en la etapa pre quirúrgica y post quirúrgica corresponden en su mayoría a hombre 75% (9) y un 25% mujeres (3). Como se observa en el siguiente gráfico la mayor cantidad de pacientes observados oscilan entre las edades de 70-80 (6) años con un porcentaje de 50%.

En cuanto al lugar de residencia un 67% (8) corresponden a la provincia de San José, seguido de un 17%(2) Heredia, además de un 8%(1) de las provincias de Puntarenas y Guanacaste respectivamente. En cuanto a la ocupación para ambos sexos la mayoría eran pensionados con un 42%(5), seguidos de agricultor, ama de casa 17%(2) y por último mandadero, electricista y escritor un 8%(1) respectivamente. Es

Gráfico #1: Distribución por edad de los pacientes del estudio observacional HM, mayo 2015



Fuente: Elaboración propia datos del estudio observacional, HM, 2015

importante resaltar el hecho de que en el proceso del estudio observacional, el 100% de las personas participantes del mismo, cuentan con independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), por lo tanto el dato es considerado en la observación para una valoración clara de las posibles deficiencias, limitaciones y restricciones que pueden ser resultantes del proceso de tratamiento médico-quirúrgico. En cuanto a la clasificación del tipo de cáncer⁴ la mayoría tiene un 67%(8) cáncer gástrico, carcinoma neuroendocrino 17%(2), adenocarcinoma bien diferenciado tipo intestinal, y carcinomas peritoneal con un 8%(1). Según la estadificación⁴ (TNM) del cáncer gástrico utilizado por el personal de la Unidad de Esófago Gástrico del Hospital México, de T2 en

adelante es considerado cáncer avanzado, donde la T representa el tamaño o extensión del tumor primario. En este caso de los 12 pacientes, 6 fueron clasificados con el sistema TNM 50%(6), un 33% (4) T4 y un 17%(2), respectivamente. Los 12 pacientes observados, 8 recibieron algún tipo de cirugía como parte del tratamiento médico para combatir el cáncer, los 4 pacientes restantes, estaban en el proceso de preparación para el proceso quirúrgico correspondiente. En su mayoría la cirugía más común de realización en estos casos es la gastrectomía total o subtotal, y con el método laparoscópico o abierta la pared abdominal. Además, la gastrectomía puede ir acompañada de una D2 y una Y de Roux⁸. En el caso de los pacientes observados los procedimientos que les realizaron

son los siguientes:

- Gastrectomía subtotal + Y de Roux (1)
- Gastrectomía total +D2+Y de Roux (2)
- Gastroyeyuno-anastomosis Bilroth II (1)
- Gastrectomía total laparoscópica (1)
- Gastrectomía total con apertura total de la pared abdominal (3)

A continuación se adjunta una tabla donde se brinda una breve idea de los factores que componen las variables según la Comisión Internacional de Fisioterapia para la elaboración de un diagnóstico fisioterapéutico², para posterior incluir una tabla donde se demuestran las deficiencias, limitaciones y restricciones observadas en los pacientes en la etapa post quirúrgica inmediata que comprende desde que finaliza la intervención hasta 72 horas después.

CONCLUSIONES

La investigación observacional evidencia la necesidad de que Terapia Física sea parte del equipo interdisciplinario de la Unidad de Esófago Gástrico, para el abordaje de pacientes con cáncer gástrico. Es importante que el profesional en Terapia Física dé inicio a la intervención desde la etapa pre quirúrgica para la preparación muscular esquelética y enseñanza

Tabla#1: Resumen de factores que componen las variables según la Comisión Internacional de Fisioterapia para la elaboración de un diagnóstico fisioterapéutico.

Deficiencias	Limitaciones	Restricciones	Factores contextuales
Estructura, función, dolor	Movimiento que se dificulta, marcha, AVD	Respecto a la participación	Enfoque psicosocial, no está relacionado con una función, edad, ubicación, entorno.
-Gastrectomía total, subtotal, Y de Roux, D2, incisiones laparoscópicas o incisiones en gran parte de la pared abdominal. -Dolor en el área abdominal, en las suturas, y en cuello. -Contracturas musculares -Tos con secreciones	-Incorporación de tronco -Medios giros -Giros completos -Flexión y abducción de miembros superiores. -Realización de la marcha -Dificultad para realizar AVD (bañarse, vestirse) -Dificultad para excretar las secreciones pulmonares	Incapacidad para desempeñar cada quien su ocupación en el periodo de recuperación de la cirugía, e inclusive periodos posteriores a la recuperación	-Edades que oscilan desde los 63-92 años. -Residencias dentro del área metropolitana y fuera de la misma. -En algunos casos dificultad para el transporte. -Entornos adecuados en la mayoría de los casos, pero algunos no cuentan con el núcleo adecuado o del todo es ausente

Fuentes: Comisión Internacional de Fisioterapia, 2001.

También se adjunta una tabla con el mismo tipo de contenido, pero en este caso las encontradas en un paciente con un mes de post operatorio:

Tabla # 2: Distribución de deficiencias encontradas en pacientes con un mes de post operatorio, estudio observacional, HM, mayo 2015

Deficiencias	Limitaciones	Restricciones	Factores contextuales
-Gastrectomía total, D2, Y de Roux.	Adherencia del tejido fascial abdominal. Movimientos ventilatorios	Realización de la ocupación (trabajo en el campo, Agricultor)	-61 años -Residencia en Guanacaste -Dificultad para el transporte público

Fuente: Elaboración propia datos del estudio observacional, HM, 2015

de técnicas beneficiosas para el proceso de recuperación, así como para la atención post quirúrgica inmediata y el seguimiento de cada uno de los casos. Son numerosos los beneficios que se pueden adquirir mediante la atención fisioterapéutica pre quirúrgico y post quirúrgica en pacientes intervenidos en el área abdominal, a continuación se enumeran algunos:

- Enseñanza de técnicas

pertenecientes a la fisioterapia respiratoria, para la facilitación del drenaje de secreciones en caso de que se presenten en el post operatorio.

- Acondicionamiento aeróbico, antes del procedimiento, para que la recuperación sea más eficaz y eficiente, ya que aumenta la resistencia a la fatiga además del aprovechamiento del oxígeno.

- Mantener y/o mejorar los rangos de movilidad de las articulaciones de carga (hombro, cadera y rodilla), además de la fuerza muscular en la musculatura antigravitatoria; debido a que esto brinda un beneficio para la movilización temprana después del procedimiento.
- Movilización pasiva, activo asistido y activo, después de la cirugía de manera precoz.

- La realización de la marcha, después de la intervención de manera temprana.
- Manejo de complicaciones, tales como dehiscencia de la herida o infecciones de la misma, mediante equipos electro terapéuticos.
- También, el manejo prematuro de las posibles adherencias del tejido fascial para evitar que una vez instauradas el paciente deba recibir tratamiento para las mismas que pueda resultar doloroso.
- La evidencia de la necesidad de que Terapia Física sea parte del equipo interdisciplinario, para el abordaje de pacientes oncológicos, arrojando el dato de que el momento de mayor impacto para que el profesional en Terapia Física de inicio a la intervención es desde la etapa pre quirúrgica para la preparación muscular esquelética y enseñanza de técnicas beneficiosas para el proceso de recuperación, así como para la atención post quirúrgica inmediata y el seguimiento de cada uno de los casos.
- Los datos obtenidos mediante el estudio observacional, demuestra que hay consecuencias funcionales después de un procedimiento quirúrgico, sin embargo

aunque son aspectos que afectan el desempeño y funcionalidad de los pacientes, son prevenibles e inclusive corregibles mediante la atención Fisioterapéutica.

RESUMEN

La necesidad de un profesional en Terapia Física como parte del equipo interdisciplinario de la atención de los pacientes con cáncer gástrico. Se realiza un estudio observacional en 15 pacientes ingresados a la Unidad de Esófago Gástrico del Hospital México, en el mes de mayo del 2015, los cuales fueron observados desde el momento del ingreso, cirugía, post operatorio y egreso. Las observaciones se centraron en la búsqueda de deficiencias, limitaciones, restricciones y factores contextuales; basado en el modelo propuesto por la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud. Mediante los resultados obtenidos, se puede establecer las pautas de atención fisioterapéutica en el paciente oncológico que se enfoca en la prevención de la aparición de dichos factores influyentes en la funcionalidad. Se observaron y se clasificaron las deficiencias que desarrollaron los pacientes.

Palabra clave: fisioterapia, cáncer

gástrico, quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer de estómago? 12 de enero del 2015.
2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. Versión abreviada. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2001.
3. Cristóbal Jiménez, J. Anatomía quirúrgica de las paredes antero laterales del abdomen. 1. Primera edición. España. Editorial Interamericana; 2012.
4. Espejo Romero, H., Navarrete Siancas, J. Clasificación de los adenocarcinomas del estómago. Rev. Gastroenterol. 2003; (2): 10.
5. Fattoruso V., Ritter O. Vademécum Clínico del diagnóstico al tratamiento. Buenos Aires. Editorial El Ateneo; 2001.
6. Ferrandino, Carvajal, Torres, et al. Emergencias en Medicina Paliativa. 1. Primera Edición. México. Editorial Alma Mater. 2012.
7. Fonseca Sánchez, E., Soto de Prado, D. Cáncer Gástrico. Lecciones de Oncología. Primera Edición. España: Editorial Aula Medica; 2004. 351-361.
8. Galindo, F. Técnicas quirúrgicas en patología gastroduodenal. (2). Argentina, Buenos Aires. Ed. Panamericana; 2009.
9. Ganz, P. Current Issues in Cancer Rehabilitation. Cáncer. 1990; (65): 742-751.
10. Lloret Riera, M. Anatomía aplicada

- a la actividad física y deportiva. Capítulo II. Tercera Edición. Editorial Paidotribo.
11. Ministerio de Salud, vigilancia de la salud, unidad seguimiento indicadores de salud, centro centroamericano de población, U.C.R.).
12. Moncada Jiménez, J. Ejercicio Físico: terapia no tradicional para personas con cáncer. Rehabilitación (Madrid). 2004; (2): 86-91.
13. Montes Castillo, M. Cáncer y Rehabilitación. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2010; (22): 40.
14. Moore, K. Anatomía con orientación clínica. Quinta edición. Perú. Ed. Médica Panamericana; 2009.
15. Sierra R. Acta médica costarricense. Cáncer gástrico, epidemiología y prevención. Vol. 44 número 2. San José. Junio 2002.
16. Smith Agreda, V., Ferres Torres, E. Fascias. Principios de Anatomofisio patología. 1. Primera Edición. Barcelona. Editorial Paidotribo; 2004.
17. Tortora, S., Reynolds Grabowski. Aparato Digestivo. M. Tovar Sosa/ M. Olivera/ M. Schmulson. Principios de Anatomía y Fisiología. Novena Edición. México: Oxford; 2005. 826-878.
18. Uclés Villalobos, V., Mata Jiménez, L. La rehabilitación física y su rol en el tratamiento integral del cáncer. Rev. med pat y dolor. 2013; (2): 13-18.
19. Vargas, J R. Director Proyecto de Investigación en Farmacoeconomía. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica. Atlas en Salud. CCSS.