

Evaluación de la intensidad de los síntomas en pacientes con cáncer en estadios III y IV

Avaliação da intensidade dos sintomas em pacientes com câncer em estadiamento III e IV

Assessment of symptom intensity in patients with stage III and IV cancer

Everton Aguido Muniz¹ ; Nen Nalu Alves das Mercês¹ ; Shirley Boller¹ ; Anderson Ferrari da Silva Cera¹ 

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil

RESUMEN

Objetivo: evaluar la intensidad de los síntomas en pacientes con neoplasias avanzadas. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal, desarrollado en un hospital universitario en el sur de Brasil, que incluyó pacientes con neoplasias avanzadas. Inicialmente, se identificaron los perfiles sociodemográfico y clínico. Posteriormente, los síntomas fueron evaluados mediante el *Edmonton Symptom Assessment System*, una vez por semana. **Resultados:** los 23 participantes tenían una edad media de 53,3 años, el 78,3% se autodeclaró de sexo femenino, y seis se encontraban en estadio III, mientras que 17 en estadio IV. Los diagnósticos más frecuentes fueron neoplasias de mama (30,8%) y de colon y recto (17,4%). El síntoma con mayor media de intensidad fue la fatiga (5,35), seguido por la ansiedad (5,14) y la disnea (4,54). **Conclusión:** los síntomas en pacientes con neoplasias avanzadas pueden manifestarse de forma simultánea y, en algunos casos, con picos repentinos de alta intensidad. La evaluación es fundamental para un manejo eficaz y para la mejora de la calidad de vida y la sobrevida de estos pacientes.

Descriptores: Neoplasias; Enfermería Oncológica; Signos y Síntomas; Evaluación de Síntomas; Evaluación en Enfermería.

RESUMO

Objetivo: avaliar a intensidade dos sintomas em pacientes com neoplasias avançadas. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, longitudinal, desenvolvido em um hospital universitário no sul do Brasil, incluindo pacientes com neoplasias avançadas. Inicialmente, identificou-se os perfis sociodemográfico e clínico. No seguimento, foram avaliados os sintomas por meio do *Edmonton Symptom Assessment System*, uma vez por semana. **Resultados:** os 23 participantes tinham idade média de 53,3 anos, 78,3% se autodeclararam do sexo feminino e seis encontravam-se no estadiamento III, enquanto 17 no IV. Os diagnósticos mais frequentes foram daqueles com neoplasias de mama (30,8%) e de cólon e reto (17,4%). O sintoma com maior média de intensidade foi fadiga (5,35), seguido de ansiedade (5,14) e dispneia (4,54). **Conclusão:** os sintomas em pacientes com neoplasia avançada podem se manifestar de forma simultânea e, em alguns casos, em picos repentinos de alta intensidade. A avaliação é fundamental para manejo eficaz e melhora da qualidade de vida e sobrevida desses pacientes.

Descritores: Neoplasias; Enfermagem Oncológica; Sinais e Sintomas; Avaliação de Sintomas, Avaliação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the intensity of symptoms in patients with advanced cancer. **Method:** a quantitative, descriptive, longitudinal study was conducted at a university hospital in southern Brazil, including patients with advanced cancer. Initially, sociodemographic and clinical profiles were identified. During follow-up, symptoms were assessed weekly using the Edmonton Symptom Assessment System. **Results:** the 23 participants had a mean age of 53.3 years, 78.3% self-reported female gender, and six were in stage III, while 17 were in stage IV. The most frequent diagnoses were breast (30.8%) and colon and rectal (17.4%) cancer. The symptom with the highest mean intensity was fatigue (5.35%), followed by anxiety (5.14) and dyspnea (4.54). **Conclusion:** symptoms in patients with advanced cancer can manifest simultaneously and, in some cases, in sudden peaks of high intensity. Assessment is essential for effective management and improving the quality of life and survival of these patients.

Descriptors: Neoplasms; Oncology Nursing; Signs and Symptoms; Symptom Assessment; Nursing Assessment.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas se clasifican como avanzadas a partir del estadio III, debido al tamaño significativo del tumor o a su proximidad con un órgano vital. El estadio IV o metastásico ocurre cuando hay migración de células neoplásicas, por medio del mecanismo de metástasis hacia otros tejidos, ya sean cercanos o distantes del sitio primario¹. Para determinar el estadio de la neoplasia, se utiliza el sistema denominado tumor-nódulo-metástasis (TNM) que indica la dimensión del tumor primario y la extensión de la enfermedad (T), la presencia de ganglios linfáticos (N) y la existencia de metástasis cercanas o distantes al sitio primario (M)^{1,2}.

Un parámetro importante para el diagnóstico de las neoplasias malignas es el análisis histopatológico, también denominado examen anatomopatológico, considerado el patrón oro para la confirmación diagnóstica y fundamental para la evaluación pronóstica y la orientación terapéutica. El análisis evalúa la composición tisular del tumor en

comparación con el tejido normal, determinando el grado histológico. La categorización del grado histológico comprende: grado I (bien diferenciado), grado II (moderadamente diferenciado), grado III (poco diferenciado) y grado IV (indiferenciado o anaplásico)².

El nivel de agresividad de la neoplasia está relacionado con el grado histológico y, asociado a factores sociodemográficos del individuo, interfiere en la intensidad de los síntomas presentados³. El aumento en la intensidad de los síntomas es un importante predictor de la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere directamente en sus actividades cotidianas^{4,5}.

La neoplasia avanzada ofrece una baja perspectiva de curación o remisión completa, lo que causa sufrimiento al paciente y su familia⁶. La atención al paciente se considera compleja debido a la alta carga de síntomas angustiantes desencadenados por la enfermedad, entre los cuales se destacan: dolor, náuseas, disnea, fatiga, inapetencia, somnolencia, ansiedad y depresión⁷. El enfoque busca minimizar el malestar, favoreciendo el bienestar físico y emocional⁸.

Algunos de los síntomas físicos más intensos reportados por pacientes oncológicos son: dolor, fatiga, disnea, náuseas, vómitos, insomnio, inapetencia, estreñimiento y diarrea⁹. Sin embargo, también es relevante la prevalencia de los síntomas psicológicos, que varía entre el 20% y el 25% para la ansiedad y la depresión⁴.

El alivio de los síntomas es una prioridad en la atención integral a la salud, siendo evaluado principalmente a través del autorreporte del paciente que los experimenta⁵. De esta forma, los cuidados paliativos (CP) deben ser recomendados de tempranamente, de manera simultánea al tratamiento modificador del curso natural de la enfermedad, lo que contribuirá a una evaluación precisa de los síntomas derivados de la progresión de la enfermedad¹⁰.

Ante la necesidad de un manejo eficaz de los síntomas que proporcione alivio y confort a los pacientes con neoplasias avanzadas, la evaluación se convierte en una etapa fundamental para la planificación del cuidado. Para evaluar de forma sistemática los síntomas presentados por estos pacientes, es necesario utilizar instrumentos apropiados, como la herramienta *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r)^{11,12}. La ESAS-r es una herramienta de evaluación de múltiples síntomas, ampliamente recomendada en los Cuidados Paliativos oncológicos, traducida a más de 20 idiomas y validada en diversos países, incluido Brasil^{13,14}.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la intensidad de los síntomas presentados por pacientes con neoplasias en estadio III y IV.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y longitudinal. Los datos fueron reportados de acuerdo con las recomendaciones de la declaración *Strengthening the Reporting of Studies in Epidemiology* (STROBE).

Los participantes fueron pacientes atendidos por el servicio de oncología de un hospital universitario en el sur de Brasil, con diagnóstico confirmado de neoplasia de cualquier tipo, edad igual o superior a 18 años, comunicación oral preservada y capacidad cognitiva para comprender el funcionamiento del instrumento ESAS-r. El reclutamiento se realizó por conveniencia, durante la atención ambulatoria o en la unidad de hospitalización, aún en el período de emergencia sanitaria global por la COVID-19. Se observaron los principios de Diversidad, Equidad, Inclusión y Accesibilidad (DEIA) para la investigación científica, y su aplicabilidad fue rigurosamente evaluada en todas las etapas del estudio, incluyendo la elaboración del Perfil Sociodemográfico y Clínico.

La recolección de datos se llevó a cabo entre febrero y julio de 2022. Se utilizaron tres instrumentos, siendo el primero un cuestionario de Perfil Sociodemográfico y Clínico, elaborado por los investigadores.

El segundo instrumento fue la *Palliative Performance Scale* (PPS), una herramienta capaz de proporcionar, de forma rápida y práctica, el perfil funcional y cognitivo del paciente, además de orientar el pronóstico¹⁵. En el presente estudio, la PPS se empleó en dos momentos: primero, para evaluar la capacidad de comunicación oral del participante y su comprensión del ESAS-r; y segundo, para valorar el nivel de conciencia de los participantes en el período de final de vida.

El tercer instrumento fue el *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-r), una escala de evaluación de síntomas tipo *Likert*, con puntuaciones de cero (que representa la ausencia del síntoma) a diez (que representa la mayor intensidad posible), según el nivel de intensidad del síntoma en el momento de la evaluación. El ESAS-r está estructurado para evaluar nueve síntomas, además de una pregunta abierta para que el paciente pueda informar otro síntoma o problema^{14,16}.

Los participantes tuvieron sus síntomas evaluados mediante el ESAS-r en un seguimiento semanal. La evaluación inicial (D₁ – Primer día de evaluación) se realizó de forma presencial. Las evaluaciones de seguimiento (D₂ a D_x – Días de seguimiento de la evaluación de los síntomas) se llevaron a cabo en el servicio de oncología de la institución, en el día de las consultas (médicas o con el equipo multiprofesional), en las unidades de hospitalización, y por telemonitoreo. El telemonitoreo se realizó por teléfono fijo o móvil y mediante videollamada a través de la aplicación *WhatsApp*®, de acuerdo con la preferencia del participante, con una duración aproximada de cinco minutos. La programación del seguimiento de las evaluaciones se realizó

con fecha y horario elegidos por los participantes. Durante la recolección de datos en las dependencias del hospital, se garantizó la permanencia de un familiar o cuidador, si así lo deseaba el participante, en un ambiente privado.

Los datos fueron analizados mediante el software GraphPad Prism 5.0. Para el análisis estadístico de los síntomas del ESAS-r, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) de dos vías, considerando $p < 0,05$ como estadísticamente significativo¹⁷. La representación gráfica muestra las variaciones de las respuestas en un mismo síntoma a lo largo de las semanas de evaluación, así como las diferencias de intensidad entre todos los síntomas evaluados.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se desarrolló. Los participantes fueron informados sobre los aspectos éticos de la investigación científica y, tras aceptar participar, firmaron el término de consentimiento informado (TCI). Para preservar la identidad y garantizar el anonimato, se adoptó un sistema de codificación.

RESULTADOS

Se realizaron 247 evaluaciones de los participantes con el ESAS-r. La edad media de los participantes fue de 53,3 años; el 78,3% se autodeclaró de sexo femenino; el 78,3% cursó entre la educación primaria y secundaria; el 56,5% se autodeclaró católico y el 43,5% protestante; el 78,3% se autodeclaró blanco; el 52,2% estaba casado y el 30,5% soltero. En cuanto al lugar de nacimiento, el 91,4% era de la región sur de Brasil. Para el 82,7% de los participantes, el cuidador principal era un familiar, y el 17,3% informaron no tener cuidador principal.

Con respecto a los hábitos de vida, el 43,5% de los participantes informó consumo frecuente de bebidas alcohólicas durante un período de entre 10 y 51 años a lo largo de su vida. Y el 26% consumió tabaco durante un período de 10 a 30 años, con una cantidad diaria de entre 20 y 40 cigarrillos con filtro.

La Tabla 1 muestra cómo se dio el seguimiento de las evaluaciones, en la que S_{+1} corresponde a la primera semana de evaluación, seguido por S_{+n} , siendo “n” el número de semanas en que el participante fue evaluado. El mayor tiempo de seguimiento fue S_{+18} .

Tabla 1: Semanas de seguimiento por participante. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

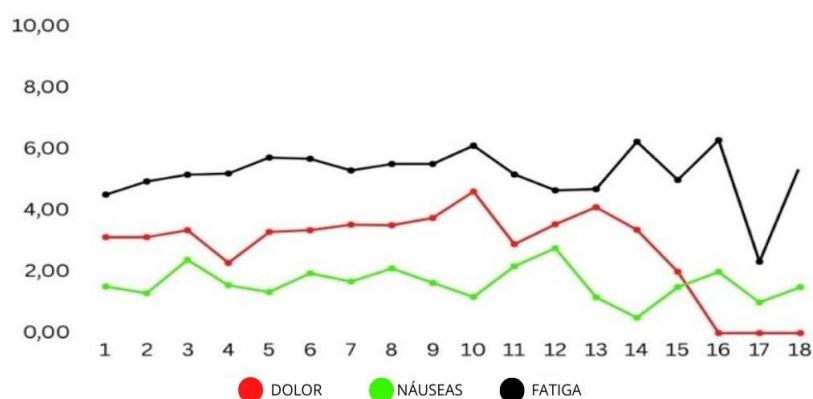
Evaluaciones de seguimiento	
Participante	Semanas
P1	$S_{+1} - S_{+7}$
P2*	$S_{+1} - S_{+16}$
P3*	$S_{+1} - S_{+11}$
P4	$S_{+1} - S_{+15}$
P5	$S_{+1} - S_{+9}$
P6*	$S_{+1} - S_{+7}$
P7	$S_{+1} - S_{+18}$
P8	$S_{+1} - S_{+11}$
P9	$S_{+1} - S_{+10}$
P10	$S_{+1} - S_{+18}$
P11	$S_{+1} - S_{+14}$
P12	$S_{+1} - S_{+11}$
P13	$S_{+1} - S_{+14}$
P14	$S_{+1} - S_{+14}$
P15	$S_{+1} - S_{+13}$
P16	$S_{+1} - S_{+10}$
P17	$S_{+1} - S_{+10}$
P18	$S_{+1} - S_{+10}$
P19	$S_{+1} - S_{+10}$
P20	$S_{+1} - S_{+7}$
P21	$S_{+1} - S_{+7}$
P22	$S_{+1} - S_{+7}$
P23	$S_{+1} - S_{+6}$

Nota: *Discontinuidad de los participantes por motivo de óbito

En seis evaluaciones, tres participantes hospitalizados en el período de final de vida no presentaron condiciones cognitivas para comprender y responder al ESAS-r. En estos casos, se aplicó la PPS, que resultó en una puntuación del 10% en la dimensión “Nivel de conciencia”, indicando “confusión o coma”. De esta manera, la evaluación fue realizada por el enfermero de la unidad de hospitalización, quien completó los ítems del ESAS-r, evaluando los síntomas del participante, conforme a las orientaciones del *ESAS - Revised Administration Manual*¹⁸.

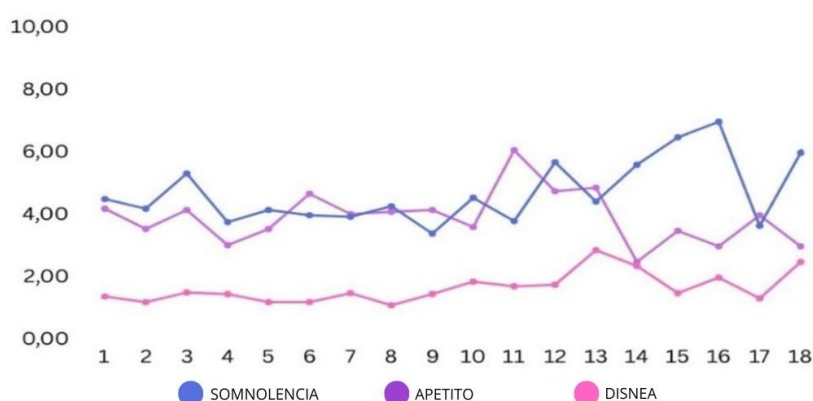
En la semana S₊₁, el 73,9% de los participantes presentaban neoplasias en estadio IV, con proceso metastásico, y el 26,1% en estadio III. Los diagnósticos presentes fueron: neoplasias de mama con un 30,8%, adenocarcinoma de colon y recto 17,4%, carcinoma espinocelular (CEC) de cuello uterino 13%, adenocarcinoma de próstata y linfoma de Hodgkin con 8,7% cada uno, linfoma de células b grandes 4,3%, neoplasia de ovario (tumor borderline) 4,3%, colangiocarcinoma tipo I 4,3%, carcinoma de nasofaringe 4,3% y carcinoma de pulmón (células pequeñas) 4,3%. A lo largo del tratamiento, el 100% de los participantes fueron sometidos a tratamiento quimioterápico, y en el 26% de los casos, se asoció a radioterapia.

Las Figuras 1, 2 y 3 presentan la evolución de la intensidad media de los síntomas a lo largo de las 18 semanas de evaluación.



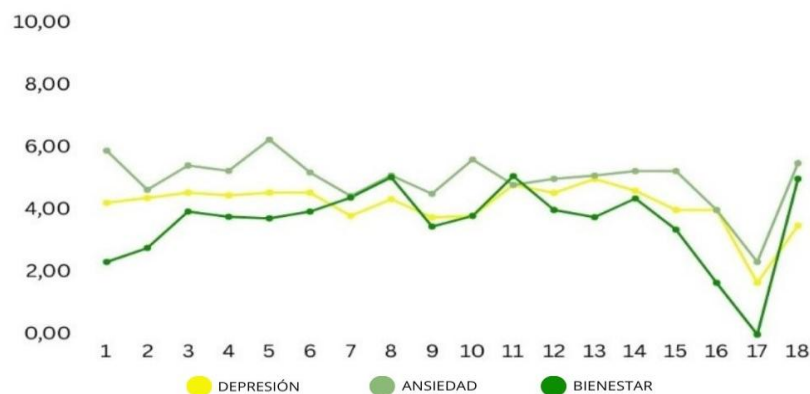
Notas: El eje y representa el promedio de la puntuación de cada síntoma presentado por los participantes; y el eje x representa la semana de evaluación con el ESAS-r.

Figura 1: Evolución del promedio de intensidad de dolor, náuseas y fatiga en las 18 semanas evaluadas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.



Notas: El eje y representa el promedio de la puntuación de cada síntoma presentado por los participantes; y el eje x representa la semana de evaluación con el ESAS-r.

Figura 2: Evolución del promedio de intensidad de somnolencia, apetito y disnea en las 18 semanas evaluadas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.



Notas: El eje y representa el promedio de la puntuación de cada síntoma presentado por los participantes; y el eje x representa la semana de evaluación con el ESAS-r.
Figura 3: Evolución del promedio de intensidad de depresión, ansiedad y bienestar en las 18 semanas evaluadas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

La Tabla 2 presenta variables de intensidad de manifestación para cada síntoma.

Tabla 2: Datos descriptivos de la intensidad de manifestación de los síntomas. Curitiba, PR, Brasil, 2022.

Ítem evaluado	Promedios	Mediana	Moda	Rangos Inter cuartílicos (Q1-Q3)
Fatiga	5,35	5,0	5,0	3,0 – 8,0
Ansiedad	5,12	5,0	8,0	2,0 – 8,0
Disnea	4,54	0,0	0,0	0,0 – 3,0
Somnolencia	4,44	5,0	5,0	2,0 – 7,0
Depresión	4,36	5,0	0,0	0,0 – 8,0
Apetito	4,07	5,0	0,0	2,0 – 7,0
Bienestar	3,77	3,0	0,0	2,0 – 6,0
Dolor	3,38	3,0	0,0	0,0 – 5,0
Náuseas	1,76	0,0	0,0	0,0 – 3,0

El análisis de varianza (ANOVA) indicó diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de intensidad de los diferentes síntomas ($p < 0,05$). Los valores medios medidos para la fatiga 5,35 ($\pm 2,72$) son los más altos presentados entre todos los síntomas.

Las medianas cercanas al punto medio de la escala indican un nivel moderado de intensidad autorreportada para la mayoría de los síntomas. Modas distintas sugieren variación en la intensidad reportada a lo largo de las semanas.

Los rangos intercuartílicos (IQR) amplios para fatiga y ansiedad apuntan a una mayor dispersión de las puntuaciones. Los síntomas con IQR reducido, como náuseas y disnea, muestran respuestas más consistentes.

En cuanto a los síntomas emocionales, la ansiedad fue autorreportada por el 100% de los participantes, con niveles de intensidad que variaron entre uno y diez, siendo el síntoma con la segunda media más alta entre los evaluados, y la moda más alta sugiere mayores variaciones en las puntuaciones presentadas. Además, el 78,3% reportó sentimientos de depresión.

La somnolencia presentó el cuarto mayor nivel de intensidad media (4,44), reportada por el 95,6% de los participantes.

El dolor estuvo presente en aproximadamente el 70% de las 247 evaluaciones, en diferentes niveles de intensidad. A pesar de un promedio de 3,38, el dolor autorreportado fue de intensidad moderada y alta en el 47,8% de las evaluaciones. Solo el 4,3% de los participantes no presentó dolor en ninguna de las evaluaciones.

La disnea estuvo presente en el 68% de los participantes. Las medidas de autocuidado efectivas para la disnea leve reportadas fueron: adopción de posición sentada o semisentada y uso de ventiladores domésticos dirigidos hacia el rostro. Durante las 18 semanas de evaluación, el 26% ($n=6$) de los participantes presentó evolución de la enfermedad, manifestando picos de alta intensidad de disnea (≥ 7), necesitando suplementación de oxígeno, y la mitad de estos participantes ($n=3$) falleció.

La náusea tuvo una intensidad media menor (1,76). Sin embargo, se reportaron picos de alta intensidad (≥ 7) en la escala de cero a diez.

En el ítem “otro problema”, el estreñimiento intestinal fue reportado en el 13,8% de las 247 evaluaciones, afectando al 43,5% de los participantes, y relacionado con el uso de morfina. La intensidad media del estreñimiento intestinal fue de 5,15 ($\pm 2,43$). Entre quienes reportaron este síntoma, el 90% informó el uso frecuente de medicamentos laxantes para su manejo, y el 10% solamente mediante dieta alimentaria.

DISCUSIÓN

La evaluación de síntomas en pacientes con neoplasia avanzada debe realizarse de forma continua, optimizando la percepción e interpretación de los síntomas mediante el autorreporte¹⁹. Los síntomas se manifiestan de forma dinámica, y conocer el perfil sociodemográfico es fundamental para el proceso de evaluación, ya que se trata de variables inherentes al individuo que impactan en la intensidad del síntoma y en el malestar provocado por este²⁰. Los principales síntomas del cáncer avanzado se manifiestan de forma simultánea²¹.

Un estudio sobre síntomas en pacientes con neoplasia avanzada realizado en Río de Janeiro, Brasil, presenta datos de los perfiles sociodemográficos y clínicos referentes a sexo, edad media y tipos de neoplasias, similares a los del presente estudio, siendo estos: edad media superior a 50 años, mayoría compuesta por mujeres, y el diagnóstico más prevalente fue la neoplasia de mama⁹.

En cuanto al dolor, los resultados corroboran con datos de la *International Association for the Study of Pain* (IASP), que revelan una prevalencia de dolor en aproximadamente el 90% de los pacientes con cáncer avanzado²². Sin embargo, un metaanálisis que incluyó 444 estudios publicados en el período de 2014 a 2021 concluyó que la prevalencia y la intensidad del dolor han disminuido en comparación con los índices publicados en períodos anteriores. Se sugiere que tales resultados sean producto de una mayor atención en el proceso de evaluación del dolor por parte de los servicios²¹.

Los opioides son la principal clase de medicamentos utilizada para el control del dolor, a pesar del riesgo de dependencia física y psicológica, además de efectos adversos que pueden desencadenar o agravar otros síntomas, lo que contribuye a la manifestación de síntomas múltiples y concomitantes en el cáncer²³. El uso prolongado de opioides para el control del dolor oncológico también es un factor de riesgo para la depresión, afectando del 20 al 30% de los pacientes²⁴.

Los resultados del presente estudio revelan que la ansiedad y la depresión afectaron al 100% y al 78% de los participantes, respectivamente. Estos índices son superiores a un estudio realizado en Pekín, donde se evaluaron síntomas emocionales en 176 mujeres con cáncer de mama metastásico. La incidencia de depresión, ansiedad y estrés fue del 52,3%, 60,2% y 36,9%, respectivamente. Síntomas físicos como dolor, disnea e inapetencia se asociaron con un aumento de la depresión²⁵. Los familiares también se ven afectados por estos síntomas psicológicos^{10,26}.

Un estudio cuantitativo con 202 pacientes con cáncer del norte de Brasil estableció una relación entre ansiedad, depresión y estrés con la calidad de vida. Se constató una prevalencia de trastornos mentales: depresión en 24,76%, ansiedad en 36,63% y estrés en 27,23%. Además, se evidenció una relación importante con el dolor, náuseas y disnea, lo que resulta en una disminución de la calidad de vida²⁷. En Grecia, un estudio con 150 pacientes oncológicos, tanto hospitalizados como ambulatorios, destaca la importancia de la vigilancia sobre la salud mental de los pacientes con cáncer. Los síntomas psicológicos no manejados correctamente afectan, además de la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la supervivencia de los pacientes oncológicos²⁸. El dolor, las náuseas, la disnea y la fatiga, cuando no se manejan adecuadamente, aumentan los niveles de ansiedad y depresión⁴.

En un estudio realizado en España, se evaluaron 748 participantes con cáncer avanzado. La prevalencia de depresión fue del 44,3%. Los pacientes con mayor capacidad funcional y actitud positiva para afrontar la enfermedad presentan menor intensidad de síntomas depresivos²⁹.

Una investigación realizada en São Paulo, Brasil, con 135 pacientes oncológicos atendidos en ambulatorios de cuidados paliativos utilizó el ESAS-r como uno de los instrumentos para la evaluación de síntomas. Los resultados mostraron que el aumento en la manifestación de síntomas está relacionado con la disminución de la percepción de bienestar espiritual y con la reducción de la funcionalidad. Se destacaron los índices relevantes de ansiedad y depresión presentados por la muestra³⁰.

En cuanto al síntoma apetito, la inapetencia frecuentemente observada en pacientes oncológicos puede causar anorexia y pérdida de peso. Sin embargo, la anorexia en el cáncer representa una importante respuesta adaptativa, permitiendo que el organismo movilice reservas de energía para sostener el aumento del metabolismo necesario para desencadenar una respuesta inmune y curar lesiones o reparar la destrucción causada rápidamente por células malignas en división³¹. La inapetencia en cáncer avanzado varía entre el 30% y el 80% para anorexia³².

Un estudio retrospectivo realizado en Italia con 90 pacientes oncológicos constató que un tercio de la muestra presentaba déficit nutricional relacionado con la depresión³³. La desnutrición causa alrededor del 20% de las muertes, y se estima que entre el 50% y el 80% de los pacientes con cáncer avanzado presentan desnutrición³⁴.

De acuerdo con nuestros resultados, la náusea estuvo presente entre los síntomas evaluados. La náusea tiene múltiples causas, incluyendo la progresión de la enfermedad, no estando asociada únicamente a los tratamientos con quimioterapia y radioterapia, o al uso de opioides para el manejo del dolor y la disnea³⁵. El manejo eficaz de la náusea es un predictor determinante para la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Una evaluación detallada es fundamental para determinar la etiología³⁶. Un estudio observacional transversal en Estados Unidos con 148 mujeres con cáncer de mama metastásico constató que las pacientes con experiencias de dolor y náuseas no manejadas durante el tratamiento manifestaron niveles más elevados de ansiedad y depresión³⁷.

Nuestros resultados señalan que la fatiga estuvo presente de forma amplia entre los participantes, corroborando con un estudio realizado en un hospital universitario japonés con 608 pacientes sometidos a quimioterapia antineoplásica ambulatoria. La muestra tuvo los síntomas evaluados con la versión japonesa revisada del Edmonton *Symptom Assessment System* (ESAS-rJ), antes y después de la administración de la quimioterapia, y se constató una prevalencia del 70,4% para la fatiga³⁸.

La fatiga en pacientes oncológicos se caracteriza como un síntoma persistente, una sensación subjetiva de cansancio físico, emocional y cognitivo o agotamiento relacionado con el cáncer^{39,40}. En un estudio con 146 pacientes con cáncer avanzado, se observó la interrelación entre la fatiga y otros síntomas como dolor, disnea, inapetencia, ansiedad y náuseas. A mayor cantidad de síntomas manifestados, menor es la calidad de vida del paciente⁹.

Una investigación evaluó el estado nutricional de 100 pacientes atendidos a nivel hospitalario en el sur de Brasil. Se evidenció una importante relación entre el déficit proteico y la fatiga relacionada con el cáncer. Se concluyó que una dieta rica en proteínas, asociada a un sueño reparador y actividad física, son medidas eficientes para el manejo de la fatiga en pacientes oncológicos⁴¹.

En un estudio realizado con 30 pacientes oncológicos en fase terminal en el Distrito Federal, Brasil, se utilizaron las herramientas ESAS-r y PPS para evaluar síntomas. El objetivo fue comparar los niveles de manifestación de estos síntomas entre pacientes admitidos para cuidados paliativos exclusivos por 72 horas, con los niveles presentados en el momento de la admisión. Se concluyó que hubo mejoría en el manejo de los síntomas, aunque con aumento en los niveles de fatiga y somnolencia. Se resaltó la importancia del proceso de evaluación continua de los síntomas, ratificando la necesidad de capacitación del personal de salud y la promoción del acceso de la población a los servicios especializados en cuidados paliativos¹³.

La somnolencia estuvo presente en el 95,6% de los participantes del presente estudio, corroborando con una revisión integrativa sobre pacientes en cuidados paliativos oncológicos que señaló este síntoma como uno de los diez más prevalentes⁴². En un estudio observacional sobre la calidad del sueño con 120 pacientes oncológicos sometidos a tratamiento quimioterápico, realizado en el noreste de Brasil, se constató que más del 70% de la muestra presentaba trastornos del sueño. Los efectos de la quimioterapia influyen en el sueño hasta por cinco años si no se tratan adecuadamente⁴³.

La disnea es uno de los cinco principales síntomas que afectan a pacientes con cáncer. Provocada por diversos factores, tiene un alto potencial debilitante y se agrava en las últimas seis semanas de vida. Su origen multifactorial dificulta la evaluación, lo que perjudica su manejo. A medida que la neoplasia avanza, la disnea tiende a aumentar, por lo que se recomiendan medidas farmacológicas y no farmacológicas⁴⁴. El uso de ventiladores dirigidos hacia el rostro es una medida ampliamente recomendada y puede aliviar la disnea leve o moderada en pacientes con neoplasia avanzada⁴⁵.

La disnea terminal se define como disnea en pacientes con expectativa de vida estimada de semanas a días, con empeoramiento rápido en días u horas, conforme se acerca la muerte⁴⁶. Un estudio con 91 participantes en período final de vida concluyó que la disnea aumenta con el paso de los días y la capacidad de autorreporte disminuye gradualmente, dificultando la evaluación y el manejo eficaz⁴⁷. De igual forma, los participantes del presente estudio que presentaron un empeoramiento significativo de la enfermedad mostraron agravamiento de la disnea y necesitaron soporte farmacológico y suplementación de oxígeno.

El estreñimiento fue reportado por casi la mitad de los participantes del presente estudio en algún momento de las evaluaciones, estando asociado al uso de morfina. Los datos obtenidos coinciden con un estudio multicéntrico prospectivo realizado en Italia con 246 participantes con cáncer avanzado, que constató la falta de prevención y el infratratamiento del estreñimiento⁴⁸. La prevalencia del estreñimiento en pacientes con cáncer que usan opioides es superior a dos tercios, y sus impactos en la calidad de vida son significativos⁴⁹. Además del estreñimiento como resultado de la disminución del peristaltismo, síntomas como náuseas, dolor y somnolencia también están frecuentemente relacionados con los mecanismos de acción de los opioides⁵⁰.

Los resultados de este estudio apuntan hacia la necesidad de políticas de salud que fortalezcan los cuidados paliativos en la atención oncológica. Medidas como la capacitación de profesionales de la salud, prioridad en el acceso a medicamentos y terapias para el alivio de síntomas, mejoramiento de la estructura de los servicios y la incorporación de indicadores de calidad para monitorear la efectividad de la atención prestada son fundamentales para priorizar la

atención integral a las necesidades de los pacientes con cáncer avanzado, enfocándose en la calidad de vida del individuo y en la dignidad que proporciona el alivio de los síntomas⁵¹.

Limitaciones del Estudio

La reducción de la demanda de pacientes en atención ambulatoria debido a las medidas de distanciamiento social durante la pandemia de COVID-19 y la necesidad de agrupar diferentes tipos de cáncer para aumentar el número de participantes pueden haber limitado la obtención de una muestra representativa.

El instrumento *Palliative Performance Scale* fue aplicado de forma complementaria en el desarrollo del presente estudio. Aunque está ampliamente difundido en los Cuidados Paliativos, aún se requieren estudios que generen evidencia psicométrica para respaldar el uso de esta herramienta en el contexto brasileño.

Todavía son necesarios estudios que fortalezcan y consoliden el proceso de evaluación de síntomas en pacientes con cáncer avanzado. Implementar metodologías dirigidas a tipos específicos de cáncer contribuirá a profundizar el conocimiento particular y a mejorar el proceso de evaluación sistemática, orientado a las necesidades multidimensionales y distintas de cada grupo.

CONCLUSIÓN

Los resultados evidenciaron que los síntomas de mayor intensidad referidos por los participantes fueron la fatiga y la ansiedad. Se observó que los síntomas en pacientes con neoplasias avanzadas pueden manifestarse de forma simultánea y, en algunos casos, presentar picos de alta intensidad de manera repentina. Este hallazgo refuerza la importancia de la evaluación continua y sistemática de los síntomas en pacientes con cáncer avanzado.

La utilización de instrumentos validados, como el ESAS-r, para el monitoreo riguroso de la manifestación de síntomas contribuye a la planificación del cuidado, favoreciendo un manejo eficaz de los síntomas y proporcionando una mejora en la calidad de vida y en la sobrevida de estos pacientes.

REFERENCIAS

- Costa GJ, Mello MJG, Bergmann A, Ferreira CG, Thuler LCS. Tumor-node-metastasis staging and treatment patterns of 73,167 patients with lung cancer in Brazil. *J bras pneumol*. 46(1):e20180251, 2020 [cited 2024 Nov 05]. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180251>.
- Teixeira AKS, Vasconcelos JLA. Histopathological profile of patients diagnosed with malignant tumors assisted in a hospital of reference of Agreste Pernambucano. *J Bras Patol Med Lab*. 2019 [cited 2025 Mai 01]; 55(1):87–97. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/xpsGXN9CsLRNyznggJgbxvC/?lang=en>.
- Lavdaniti M, Fradelos EC, Troxoutsou K, Zioga E, Mitsi D, Alikari V, ET AL. Symptoms in advanced cancer patients in a Greek hospital: a descriptive study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 [cited 2024 Oct 01]; 19(4):1047-52. DOI: <https://doi.org/10.22034/apjcp.2018.19.4.1047>.
- Zayat CG, Azevedo IM, Domenico EBL, Bergerot CD. Fatores preditores de sintomas emocionais e físicos reportados por pacientes oncológicos. *Psicologia Clínica e Cultura*. 2021 [cited 2024 Oct 01]; 37:e37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37441>.
- Mendoza CLA, Domínguez TB, Rodríguez MDA, Galindo VO. Factores psicosociales asociados con la intensidad de dolor por cáncer: una revisión narrativa. *Psicología y Salud*. 2024 [cited 2024 Oct 01]; 34(2):259-69. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2907>.
- Santos ATN, Nascimento NS, Alves PGJM. Efeitos de abordagens não farmacológicas nos sintomas físicos de indivíduos com câncer avançado: revisão sistemática. *Rev. Bras. Cancerol*. 2022 [cited 2024 Nov 01]; 68(2):e-172125. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n2.2125>.
- Mayland CR, Ho QM, Doughty HC, Rogers SN, Peddinti P, Chada P, et al. The palliative care needs and experiences of people with advanced head and neck cancer: a scoping review. *Palliat Med*. 2021 [cited 2024 Oct 01]; 35(1):27-44. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216320963892>.
- Masotti L, Stefanelli V, Veneziani N, Calamassi D, Morino P, Niccolini S, et al. Burden of an educational program on end of life management in a Internal Medicine ward: a real life report. *Clin Ter*. 2021 [cited 2024 Nov 05]; 172(2):151-7. DOI: <https://doi.org/10.7417/ct.2021.2303>.
- Mello IR, Guimarães NMJ, Monteiro LS, Taets GCC. Cluster de sintomas e o impacto na qualidade de saúde global de pacientes com câncer avançado. *Rev. Bras. Cancerol*. 2021 [cited 2024 Oct 01]; 67(3):e-011190. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1190>.
- Souza MOLS, Troadio IFM, Sales AS, Costa REAR, Carvalho DNR, Holanda GSLS, et al. Reflections of nursing professionals on palliative care. *Rev Bioét*. 2022 [cited 2025 Jun 30]; 30(1):162–71. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301516PT>.
- Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Translation and cross-cultural adaptation of the Edmonton Symptom Assessment System for use in palliative care. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013 [cited 2024 Oct 01]; 34(2):163-71. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200021>.

12. Neves KES, Muniz TS, Reis KMC. Evaluation of symptoms in oncological patients admitted to an exclusive palliative care unit. *Cogitare enferm.* 2020 [cited 2025 May 05]; 25:e71660. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71660>.
13. Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BSR, Hui D, Bruera E. The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. *PLoS One.* 2015 [cited 2025 May 01]; 10(7):e0132073. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132073>.
14. Shamieh O, Alarjeh G, Qadire MA, Amin Z, AlHawamdeh A, Al-Omari M, et al. Validation of the Arabic Version of the Edmonton Symptom Assessment System. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 [cited 2025 May 01]; 20(3):2571. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032571>.
15. Maciel MGS, Carvalho RT. Palliative Performance Scale PPS versão 2. yradução Brasileira para Língua Portuguesa. 2019 [cited 2025 May 01]. Available from: https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf.
16. Reis K, Jesus C. Acompanhamento longitudinal do manejo de sintomas em serviço especializado de cuidados paliativos oncológicos. *Enferm Foco.* 2020 [cited 2025 May 01]; 11(4):72-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3346>.
17. Bunchaft G, Kellner SRO. Estatística sem mistérios. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
18. Alberta Health Services. ESAS - revised - Administration Manual. Canadá: AHS Edmonton Zone Palliative Care Program, CH Palliative Institute & University of Alberta; 2019 [cited 2024 Oct 01]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/peolc/if-peolc-ed-esasr-admin-manual.pdf>.
19. Lin Y, Docherty SL, Porter LS, Bailey JR. Symptom experience and self-management for multiple co-occurring symptoms in patients with gastric cancer: a qualitative study. *Eur J Oncol Nurs.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 49:101860. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101860>.
20. BranT JM, Dudley WN, Beck S, Miaskowski C. Evolution of the dynamic symptoms model. *Oncol Nurs Forum.* 2016 [cited 2024 Oct 01]; 43(5):651-4. DOI: <https://doi.org/10.1188/16.onf.651-654>.
21. Snijders RAH, Brom L, Theunissen M, Van Den Beuken-Van Everdingen MHJ. Update on prevalence of pain in patients with cancer 2022: a systematic literature review and meta-analysis. *Cancers (Basel).* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 15:591. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15030591>.
22. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises Pain. 2020 [cited 2024 Oct 01]; 161(9):1976-82. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
23. Guerini MM, Oliveira CRV, Reis BCC. Tratamento da dor crônica no paciente oncológico: uma revisão de literatura. *REAMed.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 4:e9885 DOI: <https://doi.org/10.25248/REAMed.e9885.2022>.
24. Bates N, Bello JK, Osazuwa-Peters N, Sullivan MD, Scherrer JF. Depression and long-term prescription opioid use and opioid use disorder: implications for pain management in cancer. *Curr. Treat. Options Oncol.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 23:348-58. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00954-4>.
25. Guo YQ, Ju QM, You M, Liu Y, Yusuf A, Soon LK. Depression, anxiety and stress among metastatic breast cancer patients on chemotherapy in China. *BMC Nursing.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 22(1):33. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01184-1>.
26. Raskin W. The impact of early palliative care: a medical oncologist's perspective. *Ann Palliat Med.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 9(3):1292-5. DOI: <https://doi.org/10.21037/apm.2019.10.02>.
27. Galvão EMV, Calheiros PRV, Crispim PTB. Ansiedade, depressão, estresse e sua relação com a qualidade de vida de pacientes com câncer na região norte do Brasil. *Cont. Clínicos.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 14(1):118-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2021.141.06>.
28. Arvanitou E, Nikoloudi M, Tsoukalas N, Parpa E, Mystakidou K. Factors associated with anxiety and depression in cancer patients: demographic factors and the role of demoralization and satisfaction with care. *Psychooncology.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 32(5):712-20. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.6115>.
29. González AR, Durántez VV, Castellanos CP, Hernández R, Montes FA, Fonseca JP, et al. Mental adjustment, functional status, and depression in advanced cancer patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 20:3015. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20043015>.
30. Mendes BV, Donato SCT, Silva TL, Penha RM, Jaman-Mewes P, Salvetti MG. Spiritual well-being, symptoms and functionality of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2023 [cited 2025 May 05]; 76(2):e20220007. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0007pt>.
31. Bruera E, Dev R. Assessment and management of anorexia and cachexia in palliative care. UpToDate. 2021 [cited 2024 Oct 01]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-anorexia-and-cachexia-in-palliative-care>.
32. Hariyanto I, Kurniawan A. Appetite problem in cancer patients: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Cancer Treat and Res Commun.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 27:100336. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100336>.
33. Nucci D, Gianfredi V, Ferrara P, Santangelo OE, Varotto B, Feltrin A, et al. Association between malnutrition and depression in patients with cancer: the importance of nutritional status evaluation in cancer care. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 20:2295. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20032295>.
34. Molino A, Imbimbo G, Laviano A. Current screening methods for the risk or presence of malnutrition in cancer patients. *Cancer Manag Res.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 14:561-7. DOI: <https://doi.org/10.2147/CMAR.S294105>.
35. Wickham RJ. Nausea and vomiting not related to cancer therapy: intracranial anterior table problem or clinical challenge? *J Adv Pract Oncol.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 11(5):476-88. DOI: <https://doi.org/10.6004/jadpro.2020.11.5.4>.
36. Navari RM. Nausea and vomiting in advanced cancer. *Curr Treat Options Oncol.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 21(2):14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11864-020-0704-8>.

37. Senkpeil RR, Olson JS, Fortune EE, Zaleta AK. Pain and nausea intensity, social function, and psychological well-being among women with metastatic breast cancer. *J Patient Exp.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 9:23743735221134733, DOI: <https://doi.org/10.1177/23743735221134733>.
38. Fujihara T, Sano M, Negoro Y, Yamashita S, Kokubun H, Yano R. Fatigue in patients with cancer receiving outpatient chemotherapy: a prospective two-center study. *J Pharm Health Care Sci.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 9(1):7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40780-023-00275-0>.
39. Chapman EJ, Martino E, Edwards Z, Black K, Maddocks M, Bennett MI. Practice review: Evidence-based and effective management of fatigue in patients with advanced cancer. *Palliat Med.* 2022 [cited 2024 Oct 01]; 36(1):7-14. DOI: <https://doi.org/10.1177/02692163211046754>.
40. Bringel MO, Reis AD, Aguiar LC, Garcia JBS. Anxiety, depression, pain and fatigue in patients with breast cancer who submitted to combined training. *Rev. Bras. Cancerol.* 2022 [cited 2025 jun 18]; 68(3):e-242611. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2611>.
41. Kormann E, Korz V, Aligleri TS. Nutritional profile, fatigue and appetite of patients with cancer at Hospital Santo Antônio, Blumenau - SC. *Rev. Bras. Cancerol.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 67(4):e-111375. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1375>.
42. Bittencourt NCCM. Signs and symptoms manifested by patients in palliative cancer care in homecare: integrative review. *Esc Ana Nery.* 2021 [cited 2024 Oct 01]; 25(4):e20200520. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>.
43. Nunes NAH, Ceolim FM. Quality of sleep and symptom cluster in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Cogitare Enferm.* 2019 [cited 2024 Oct 01]; 24:e58046. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58046>.
44. Keramida K, Kostoulas A. Dyspnea in oncological patients: a brain teaser. *Eur Cardiol.* 2023 [cited 2024 Oct 01]; 8:e03,. DOI: <https://doi.org/10.15420/ecr.2021.62>.
45. Wong SL, Leong SM, Chan CM, Kan SP, Cheng HWB. The effect of using an electric fan on dyspnea in Chinese patients with terminal cancer: a randomized controlled trial. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017 [cited 2024 Oct 01]; 34(1):42-6. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049909115615127>.
46. Mori M, Yamaguchi T, Matsuda Y, Suzuki K, Watanabe H, Matsunuma R, et al. Unanswered questions and future direction in the management of terminal breathlessness in patients with cancer. *ESMO Open.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 5(sup.1):e000603. DOI: <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2019-000603>.
47. Campbell ML, Kiernan JM, Strandmark J, Yarandi HN. Trajectory of dyspnea and respiratory distress among patients in the last month of life. *J Palliat Med.* 2018 [cited 2024 Nov 04]; 21(2):194-9. DOI: <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0265>.
48. Mercadante S, Masedu F, Maltoni M, Giovanni D, Montanari L, Pittureri C, et al. The prevalence of constipation at admission and after 1 week of palliative care: a multi-center study. *Curr Med Res Opin.* 2018 [cited 2024 Oct 01]; 34(7):1187-92. DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1358702>.
49. Hawley P, MacKenzie H, Gobbo M. PEG vs. sennosides for opioid-induced constipation in cancer care. *Support Care Cancer.* 2020 [cited 2024 Oct 01]; 28(4):1775–82, DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04944-5>.
50. Melo NAP, Melo RAP, Sousa BG, Sousa KMS, Portilho KM, Neves MV, et al. Uso indiscriminado de morfina no cuidado paliativo de pacientes com câncer: uma revisão integrativa. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* 2024 [cited 2024 Oct 01]; 6(1):2050–70. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n1p2050-2070>.
51. Brito AC, Diniz NA, Braz ACR, Araújo RPTG, Braz MRJP, Gomes CA et al. Cuidados paliativos no Brasil: uma revisão de literatura. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* 2024. [cited 2025 May 05]; 6(2):71-80. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p71-80>.

Contribuciones de los autores

Concepción, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; metodología, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; software, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; validación, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; análisis formal, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; investigación, E.A.M., N.N.A.M. e S.B.; recursos, E.A.M., N.N.A.M. e S.B; curaduría de datos, E.A.M., N.N.A.M., S.B. e A.F.S.C; redacción, E.A.M., N.N.A.M. e S.B; revisión y edición, E.A.M., N.N.A.M., S.B. e A.F.S.C; visualización, E.A.M., N.N.A.M. e S.B; supervisión, E.A.M., N.N.A.M. e S.B; administración del proyecto, E.A.M., N.N.A.M. e S.B. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito “Evaluación de la intensidad de los síntomas en pacientes con cáncer en estadios III y IV”.