



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Múltiples síntomas en personas con neoplasia de cabeza y cuello: estudio descriptivo

Roberta Marjorie Cunha Pinto<sup>1</sup>, Andrea Bezerra Rodrigues<sup>2</sup>,  
Patrícia Peres de Oliveira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instituto del Cáncer de Ceará

<sup>2</sup> Universidad Federal de Ceará

<sup>3</sup> Universidad Federal de São João del-Rey

### RESUMEN

**Objetivos:** describir la presencia y la intensidad de múltiples síntomas en personas con cáncer en la cabeza y el cuello y el impacto de estos síntomas en la vida diaria (mediante la aplicación de la escala *M.D. Anderson Symptom Inventory/Head and Neck Module*); comparar con el local anatómico de la neoplasia y el tipo de tratamiento. **Método:** estudio descriptivo, cuantitativo, realizado en un ambulatorio de un hospital del estado de Ceará. Se utilizó el análisis de variancia ANOVA para evaluar la existencia de diferencia en las puntuaciones de las subescalas. **Resultados:** en la escala, los síntomas generales y específicos se presentaron diferentes (frecuencia: 4,99;  $p \leq 0,01$ ). En la evaluación separada, se encontraron diferencias en la intensidad de los síntomas. **Discusión:** Se constató que los síntomas por sitio anatómico presentaron disparidades significativas entre el grupo con cáncer en la cavidad oral y laringe, y la cavidad oral y tiroides. **Conclusión:** La influencia del tratamiento se obtuvo en los múltiples síntomas. Hubo diferencias estadísticas entre el grupo sometido a cirugía asociada a la radioterapia.

**Descriptor:** Oncología; Neoplasias de Cabeza y cuello; Calidad de Vida.

## INTRODUCCIÓN

Millares de personas en todas partes del mundo tienen cáncer de cabeza y cuello (CCP)<sup>(1)</sup>. Solamente en Brasil fue estimada la ocurrencia de 15.290 casos nuevos de cáncer de la cavidad oral en 2014<sup>(2)</sup>.

De manera general, los pacientes con CCP se presentan con la enfermedad en la región, de forma avanzada, siendo muy frecuentes la anemia, adelgazamiento y las condiciones pulmonares muy precarias<sup>(3)</sup>. Sin embargo, cada localidad anatómica presenta su especificidad y por lo tanto, manifestaciones clínicas distintas.

El tratamiento de CCP es complejo y exige el involucramiento de varios profesionales de la salud con amplio conocimiento. Puede involucrar cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia biológica o una combinación de dos o más de esas modalidades<sup>(3-4)</sup>. Procedimientos quirúrgicos más complejos frecuentemente son necesarios, ocurriendo la resección de partes blandas, huesos de la cara y algunas veces de la piel, muchas veces completando con retazos. Esto puede desencadenar complicaciones como bronco aspiración, dificultad al masticar, disfagia, disfonía, afasia y otras alteraciones del habla, además de las alteraciones estéticas que pueden llevar a problemas psicológicos y sociales<sup>(5-6)</sup>.

La radioterapia para CCP, también tiene como efectos adversos la mucositis, la xerostomía, carie de radiación, la disgeusia, la dermatitis y la osteorradionecrosis<sup>(5)</sup>. En la quimioterapia, la mayoría de las drogas induce a la depresión de la médula ósea, siendo frecuentes la alopecia, la mucositis, la disgeusia, acarreamo una baja ingestión alimentaria y consecuentemente una pérdida de peso<sup>(6-7)</sup>.

Siendo así, la funcionalidad de estos clientes puede encontrarse debilitada, perjudicando su calidad de vida, un paradigma puesto en la Oncología debido a la comprensión de que el

prolongamiento de la vida del paciente sin nivel adecuado de funcionalidad no se justifica como patrón en la práctica. La funcionalidad puede ser entendida como el resultado de interacciones entre los estados de salud (enfermedad, disturbios) y factores contextuales<sup>(8)</sup>. Siendo así, se cuestiona: ¿Existe correlación entre el local anatómico de la neoplasia y el tipo de tratamiento con la presencia e intensidad de múltiples síntomas en las personas con cáncer de cabeza y cuello, así como el impacto de estos síntomas en la vida diaria, mediante la aplicación de la escala de funcionalidad *M.D. Anderson Symptom Inventory/Head and Neck Module*?

La escala *MDASI – Head and Neck (MDASI-H&N)* fue desarrollada por el hospital MD Anderson, en Texas, exclusivamente para evaluar la funcionalidad de los clientes con cáncer de cabeza y cuello. La estructura y el contenido de la *MDASI-H&N* son capaces de auxiliar a los enfermeros en el registro de datos funcionales y en la definición de objetivos de intervención y documentación de desenlaces, lo que posibilita la adopción de un nuevo modelo que oriente la práctica clínica<sup>(9-10)</sup>. Además es necesario para el punto de vista clínico y práctico, un modelo de clasificación de la funcionalidad, importante bajo una visión económica, ya que favorece el direccionamiento de los recursos compatibles con las reales necesidades del servicio<sup>(10)</sup>.

La enfermería ejerce un papel primordial en el planeamiento de las acciones que maximicen los factores que puedan influenciar en la mejoría de la calidad de vida de las personas, con el objeto de prevenir, suprimir o minimizar los que colaboran para agravarla<sup>(11)</sup>. De esta forma, la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud se conectan a las condiciones presentadas por la persona, en este caso, por el individuo con neoplasia de cabeza y cuello.

Delante de esas consideraciones, se justifica la realización de este estudio, en el que se

delimitó como objetivo describir la presencia y la intensidad de múltiples síntomas en las personas con CCP y el impacto de esos síntomas en la vida diaria, mediante la aplicación de la escala *M.D. Anderson Symptom Inventory/Head and Neck Module* y compararla con el local anatómico de la neoplasia y el tipo de tratamiento.

## MÉTODO

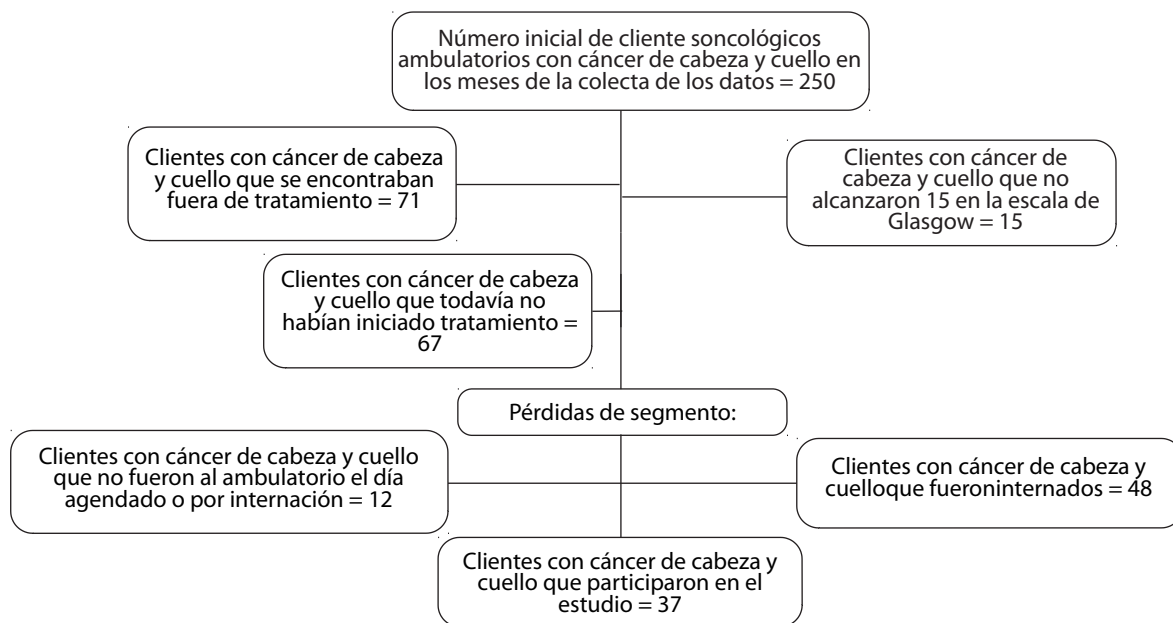
Se trata de un estudio prospectivo, transversal, correlativo, con abordaje cuantitativo, que utiliza los conceptos de la investigación cuantitativa propuestos por algunos autores como referencial metodológico<sup>(12-13)</sup>.

El estudio se realizó en un ambulatorio de cabeza y cuello de un hospital universitario del estado de Ceará. Con base en una muestra de conveniencia, se adoptó como criterios de inclusión: presentar neoplasia de cabeza y cuello en la cavidad oral, laringe, faringe o tiroides; estar consciente con puntuación igual a 15 en la escala de Glasgow; y estar en acompañamiento

ambulatorio durante el tratamiento clínico o post-quirúrgico. Totalizaron 37 participantes en el estudio, conforme descrito en la **Figura 1**.

Se utilizaron dos instrumentos para recolectar los datos: un formulario elaborado por las autoras del estudio para investigar los datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos, y otro para recolectar los datos referentes a la funcionalidad, el MDASI-H&N. Este es un formulario elaborado por el hospital MD Anderson en Texas, Estados Unidos, referencia en el área de Oncología, conteniendo 28 ítems, siendo nueve para evaluar los síntomas generales (derivados del cáncer o del tratamiento), seis para evaluar la interferencia de los síntomas en sus vidas y nueve ítems específicos para CCP. Los ítems son evaluados por una escala de 11 puntos (de cero a diez) y se refieren a las últimas 24 horas, siendo que cuanto mayor es el valor atribuido por el cliente, mayor es la intensidad del síntoma o su interferencia en las actividades de la vida. Se resalta que el instrumento fue traducido y validado para el idioma portugués en el año 2008<sup>(10)</sup>.

**Figura 1** - Diagrama de flujo de la constitución de la muestra del estudio. Fortaleza-CE, 2013.



Fuente: Elaboración de los autores, 2013.

La recolección de los datos fue realizada de febrero a mayo de 2013 tras la aprobación por el comité de ética de la Universidad Federal de Ceará con el parecer nº 253.959. Los datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos y de funcionalidad fueron almacenados en una planilla electrónica del programa Microsoft Excel® y analizados con el auxilio del SPSS® 13.0 for Windows®.

Se utilizó el análisis de variancia test ANOVA-F para valorar la existencia de diferentes puntuaciones de las sub-escalas de la MDASI-H&N, primero entre los cuatro grupos oncológicos valorados y después se realizó un nuevo análisis para comparar las medias de cada cuestión del instrumento con cada grupo de clientes oncológicos, con el objetivo de averiguar cuáles eran los síntomas generales y específicos que más influenciaron en la funcionalidad de los individuos con CCP por lugar anatómico.

Para hacer la correlación entre el tipo de tratamiento y las puntuaciones obtenidas en la MDASI-H&N también se realizó el test de variancia ANOVA-F. Se Consideraron tres grupos para el análisis: cirugía, cirugía+radioterapia y radioterapia+quimioterapia. Se retiró del análisis el grupo cirugía+radioterapia+quimioterapia por no contener el número de participantes mínimo requerido para el análisis de *Post Hoc* (teste de Bonferroni), también el apuntamiento del procedimiento Dunn, concretiza cada test en un nivel de significancia limitado para garantizar que la tasa falso/positiva relativa a la familia no exceda el valor especificado<sup>(10)</sup>. El nivel de significancia adoptado fue de 5%, o sea, p-valor < 0,05.

## RESULTADOS

Los participantes fueron 37 personas con CCP, en su mayoría mujeres (54,1%), con edad

que variaban entre 37 y 81 años (media de 62,49 años y desvío estándar de 1), del interior del estado (52,8%), con enseñanza fundamental incompleto (40,5%), y renta entre cero y un sueldo mínimo (53,6%).

Se encontraban distribuidos por región anatómica: cavidad oral (37,8%), tiroides (37,8%), laringe (16,2%), y faringe (8,1%); siendo sometidos a cuatro tipos diferentes de tratamiento: cirugía (43,2%), cirugía y radioterapia (40,5%), quimioterapia y radioterapia (13,5%), cirugía, quimioterapia y radioterapia (2,7%).

Las mayores medias para los *síntomas generales* recayeron sobre "su sensación de boca seca" (4,65), "sus preocupaciones" (3,57) y "su sensación de calambre u hormigueo" (3,32). Con relación a los *síntomas específicos*, las mayores medias se concentraron en "sus problemas con voz/ para hablar" (5,03) y "su dificultad para tragar/masticar" (4,14), conforme **Tabla 1**.

Para evaluar la existencia de los diferentes puntajes de las escalas de los síntomas generales, específicos y su interferencia en la vida del instrumento MDASI-H&N entre los cuatro grupos oncológicos valorados, se procedió a un análisis de variancia (test ANOVA-F), cuyos resultados pueden observarse en la **Tabla 2**.

Los puntajes en la escala los síntomas *generales y específicos* se presentaron significativamente diferentes (frecuencia de 4,99;  $p \leq 0,01$ ). Sin embargo, cuando fueron evaluados separadamente por medio del *Post Hoc*, las diferencias encontradas ocurrieron específicamente entre las personas con cáncer en la cavidad oral y el grupo de cáncer de tiroides, teniendo los participantes del primer grupo (*media*=2,61) presentado un puntaje medio superior a los del segundo (*media*=1,23). Este resultado indicó que los individuos analizados con cáncer en la cavidad oral tienen mayores niveles de intensidad de síntomas de que los que tienen neoplasia de tiroides.

**Tabla 1** - Estadísticas descriptivas para los scores de los síntomas generales, específicos e interferencia en la vida de la escala MDASI-H&N. Fortaleza, 2013.

| Item  | Media | Desvio estándar | 95% I.C.     | Amp*   | % ≥ 5** | % ≥ 7 † |
|---|-------|-----------------|--------------|--------|---------|---------|
| <b>Síntomas Generales</b>   |       |                 |              |        |         |         |
| 1. Su dolor en su peor estado   | 2,05  | 0,47            | 1,09 – 3,01  | 0 – 10 | 21,6    | 10,8    |
| 2. Su cansancio (fatiga) en su peor estado  | 2,05  | 0,49            | 1,06 – 3,04  | 0 – 10 | 24,3    | 13,5    |
| 3. Sus náuseas en su peor estado  | 0,57  | 0,25            | 0,06 – 1,07  | 0 – 6  | 5,4     | -       |
| 4. Sus problemas de sueño en su peor estado   | 2,76  | 0,59            | 1,57 – 3,95  | 0 – 10 | 37,8    | 21,6    |
| 5. Sus preocupaciones (molestias) en su peor estado   | 3,57  | 0,64            | 2,27 – 4,87  | 0 – 10 | 40,5    | 29,7    |
| 6. Su falta de aire en su peor estado   | 1,3   | 0,41            | 0,46 – 2,14  | 0 – 10 | 13,5    | 2,7     |
| 7. Su dificultad para recordar las cosas en su peor estado                                      | 2,51  | 0,76            | 1,51 – 3,52  | 0 – 10 | 32,4    | 10,8    |
| 8. Su falta de apetito en su peor estado  | 1,84  | 0,53            | 0,77 – 2,91  | 0 – 10 | 21,6    | 10,8    |
| 9. Su soñolencia en su peor estado  | 1,97  | 0,48            | 1,00 – 2,95  | 0 – 8  | 27      | 10,8    |
| 10. Su sensación de boca seca en su peor estado   | 4,65  | 0,62            | 3,40 – 5,90  | 0 – 10 | 59,5    | 37,8    |
| 11. Su sentimiento de tristeza en su peor estado  | 1,95  | 0,51            | 0,91 – 2,99  | 0 – 10 | 21,6    | 10,8    |
| 12. Sus vómitos en su peor estado   | 0,11  | 0,11            | -0,11 – 0,33 | 0 – 4  | -       | -       |
| 13. Su sensación de calambre u hormigueo en su peor estado                                      | 3,32  | 0,56            | 2,19 – 3,14  | 0 – 10 | 45,9    | 18,9    |
| 14. Sus problemas con catarro en la boca o garganta, en el peor estado                          | 2,14  | 0,52            | 1,08 – 3,19  | 0 – 10 | 21,6    | 13,5    |
| 15. Su dificultad para tragar/masticar en su peor estado  | 4,14  | 0,63            | 2,86 – 5,41  | 0 – 10 | 48,6    | 35,1    |
| 16. Sus problemas con asfixia (cuando comida/bebida bajan por vía equivocada) en su peor estado | 1,84  | 0,53            | 0,77 – 2,91  | 0 – 10 | 21,6    | 13,5    |
| 17. Sus problemas con voz/ para hablar en su peor estado  | 5,03  | 0,65            | 3,71 – 6,34  | 0 – 10 | 51,4    | 40,5    |
| 18. Sus problemas con dolor/ardor o irritación en su peor estado                                | 1,22  | 0,46            | 0,29 – 2,15  | 0 – 10 | 13,5    | 10,8    |
| 19. Su constipación en su peor estado   | 1,03  | 0,42            | 0,18 – 1,88  | 0 – 10 | 13,5    | 8,1     |
| 20. Su dificultad para sentir el gusto de la comida, en su peor estado                          | 2,38  | 0,62            | 1,12 – 3,64  | 0 – 10 | 24,3    | 18,9    |
| 21. Sus problemas con heridas en la boca/garganta en su peor estado                             | 0,27  | 0,16            | -0,06 – 0,60 | 0 – 5  | 2,7     | -       |
| 22. Sus problemas con sus dientes/encías en su peor estado                                      | 0,16  | 0,12            | -0,08 – 0,40 | 0 – 4  | -       | -       |
| 23. Actividades en general  | 0,65  | 0,36            | -0,07 – 1,37 | 0-10   | 5,4     | -       |
| 24. Humor   | 1,32  | 0,45            | 0,40 – 2,24  | 0-10   | 16,2    | -       |
| 25. Trabajo (incluyendo actividades domésticas)   | 1     | 0,39            | 0,20 – 1,80  | 0-10   | 10,8    | -       |
| 26. Relación con otras personas   | 0     | -               | -            | 0-0    | -       | -       |
| 27. Caminar   | 0,27  | 0,16            | -0,05 – 0,59 | 0-4    | -       | -       |
| 28. Pracer en vivir   | 0,57  | 0,25            | 0,07 – 1,07  | 0-5    | 8,1     | -       |

\*Amp = Amplitud

\*\*≥ 5 Moderado a Severo

† ≥ 7 Severo

Fuente: elaboración de los autores, 2013.

**Tabla 2** - Diferencia de las medias en la escala de síntomas generales, específicos e interferencia en la vida entre cuatro grupos oncológicos. Fortaleza, 2013.

| Escala                           | Grupo oncológico | N  | Media | Desvío estándar | Frecuencia | P*     |
|----------------------------------|------------------|----|-------|-----------------|------------|--------|
| Síntomas generales y específicos | Cavidad oral     | 14 | 2,61  | 0,98            | 4,99       | ≤ 0,01 |
|                                  | Laringe          | 6  | 2,7   | 0,59            |            |        |
|                                  | Faringe          | 3  | 2,9   | 2,02            |            |        |
|                                  | Tiroides         | 14 | 1,23  | 1,17            |            |        |
| Interferencia en la vida         | Cavidade oral    | 14 | 0,25  | 0,41            | 1,75       | >0,05  |
|                                  | Laringe          | 6  | 0,72  | 0,75            |            |        |
|                                  | Faringe          | 3  | 1,44  | 1,5             |            |        |
|                                  | Tiroides         | 14 | 0,81  | 1,2             |            |        |

\* *p-value* - ANOVA

Fuente: elaboración de los autores, 2013.

Para evaluar cuales son los *síntomas generales* y *específicos* que más influenciaron en la funcionalidad de los clientes con CCP por lugar anatómico, se procedió a la comparación de las medias de cada cuestión del instrumento con cada grupo de participantes oncológicos. En los ítems de los *síntomas generales* hubo una diferencia significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre el grupo cavidad oral (media=0,71) y laringe (media=4,50) en el ítem "falta de apetito" (ítem 8), y entre el grupo cavidad oral (media=7,00) y tiroides (media=1,93) en el ítem 10 de la escala ("Su sensación de boca seca"), con diferencia significativa ( $p \leq 0,001$ ).

Al analizarse el factor *síntomas específicos*, se puede observar que el grupo cavidad oral (media=1,86) presentó media estadísticamente ( $p \leq 0,05$ ) inferior al grupo con cáncer de laringe (media=5,50) en lo referente a los problemas con catarro en la boca o garganta (ítem 14).

Diferencias significativas también fueron observadas en los ítems 15 y 16 entre los grupos cavidad oral y tiroides, habiendo el segundo grupo obtenido puntajes estadísticamente inferiores ( $p \leq 0,001$ ).

Ya para el ítem 17 el grupo con cáncer de tiroides (media=1,71) se diferenció de los demás grupos, presentando puntajes inferiores a la de los grupos "cavidad oral" (media=6,43;  $p \leq 0,001$ ), "laringe" (media=8,17;  $p \leq 0,001$ ) y "farin-

ge" (media=7,67;  $p \leq 0,05$ ). Cuando se analizaron los ítems del factor Interferencia en la vida no fue posible observar una diferencia significativa entre el puntaje de los cuatro grupos.

En la **Tabla 3** se encuentran descritas las medias en la escala de síntomas generales y específicos e interferencia con la vida entre los tres tipos de tratamiento, o sea, cirugía, cirugía + quimioterapia y cirugía + radioterapia.

Los puntajes obtenidos en la escala *síntomas generales* y *específicos* también presentaron diferencias significativas cuando fueron evaluados en función del tipo de tratamiento adoptado (Frecuencia=5,05;  $p \leq 0,05$  - Tabla 3). Más específicamente, observando los resultados del *Post Hoc*, la diferencia ocurrió cuando se compararon los tratamientos cirugía (media=1,47) y cirugía+radioterapia (media=2,79). El segundo grupo presentó mayor percepción de la intensidad de síntomas. En la escala *Interferencia en la Vida* no fueron encontradas discrepancias significativas entre los tres tipos de tratamiento (frecuencia=0,21;  $p > 0,05$ ).

En lo que concierne a los ítems de los *síntomas generales*, hubo diferencia significativa entre los tratamientos analizados en el ítem 10 (frecuencia=8,69;  $p \leq 0,001$ ) entre el grupo cirugía (media=2,19) y cirugía+radioterapia (media=6,80), indicando que el segundo grupo presentó mayores niveles de la intensidad de

**Tabla 3.** Diferencia de las medias en la escala de síntomas generales y específicos y de interferencia en la vida entre los tres tipos de tratamiento. Fortaleza, 2013.

| Escala                                | Tipo de Tratamiento        | n  | Media | Desvío estandar | Frecuencia | P*      |
|---------------------------------------|----------------------------|----|-------|-----------------|------------|---------|
| Síntomas Generales y Específicos (SG) | Cirugía                    | 16 | 1,47  | 1,3             | 5,05       | ≤ 0,05* |
|                                       | Quimioterapia+Radioterapia | 5  | 2,34  | 1,18            |            |         |
|                                       | Cirugía+Radioterapia       | 15 | 2,79  | 0,99            |            |         |
| Escala                                | Tipo de Tratamiento        | n  | Media | Desvío estandar | Frecuencia | P*      |
| Interferencia en la Vida (IV)         | Cirugía                    | 16 | 0,76  | 1,14            | 0,21       | >0,05   |
|                                       | Quimioterapia+Radioterapia | 5  | 0,66  | 1,31            |            |         |
|                                       | Cirugía+Radioterapia       | 15 | 0,53  | 0,63            |            |         |

\* *p*-value - ANOVA

Fuente: Elaboración de los autores, 2013.

síntomas referentes a la sensación de boca seca (ítem 10).

En los *síntomas específicos*, se puede observar la existencia de diferencia significativa entre los diferentes tipos de tratamiento para los ítems 15, 16, 17 y 20. El grupo cirugía (*media*=1,79) presentó media estadísticamente inferior en estos cuatro ítems cuando comparado a los grupos quimioterapia+radioterapia y cirugía+radioterapia, indicando que el grupo tratado aisladamente con tratamiento quirúrgico presentó menor percepción de la sintomatología. Los síntomas fueron listados como “su dificultad para tragar/masticar”; “sus problemas con asfixia”; “sus problemas con voz/para hablar”; y “su dificultad para sentir el gusto de la comida”. Cuando se analizó el ítem de la *interferencia en la vida* con el tipo de tratamiento, no fue posible observar una diferencia significativa.

## DISCUSIÓN

Los participantes del estudio fueron, en su mayoría mujeres (divergiendo de los datos encontrados en la literatura). No obstante el gran número de mujeres se puede justificar por el alto índice de cáncer de tiroides en la población estudiada, es cual es más predominante en el género femenino<sup>(14)</sup>.

Los bajos niveles de escolaridad y renta encontrados son comprobadamente posibles obstáculos al acceso del diagnóstico, al entendimiento del tratamiento y el manejo de sus complicaciones. Estudios muestran que el diagnóstico se da más tardíamente en las camadas socioeconómicas más bajas<sup>(15-16)</sup>.

Cuanto al local anatómico del tumor, los más prevalentes fueron la cavidad oral (37,8%) y tiroides (37,8%), seguido por laringe (16,2%). Tal resultado está de acuerdo con el estudio que analizó la evolución de los tipos de cáncer de 2000 a 2008, y observó que las localizaciones primarias que presentaron mayor crecimiento fueron la cavidad oral y la laringe, respectivamente<sup>(16)</sup>, y al observar las estimativas para el cáncer en Brasil, podemos notar que el cáncer de tiroides ocupa la tercera posición entre los tipos de cáncer más incidentes estimados para 2014 en mujeres<sup>(2)</sup>.

El ítem *síntomas generales* con mayor media obtenida por medio de la escala MDASI-H&N en este estudio fue “su sensación de boca seca”. La xerostomía es el nombre dado a esa sensación, siendo una de las principales complicaciones orales asociadas a la radioterapia en personas con CCP. La pérdida de la función salivar también puede llevar a otras consecuencias adversas, incluyendo alteración/reducción en la función del paladar y dificultades de masticar y tragar<sup>(3,6)</sup>.

En los ítems de síntomas específicos, el ítem "su dificultad para tragar/masticar" obtuvo una de las medias más altas (*media*= 4,14). Un estudio realizado con 103 individuos con cáncer de cabeza y cuello en acompañamiento en el ambulatorio de otorrinolaringología del Hospital de las Clínicas de la UNICAMP demostró que los problemas más importantes relatados fueron la disminución de la saliva, problemas al masticar, tragar y hablar. Estos mismos síntomas obtuvieron mayores medias en este estudio, siendo que el ítem "sus problemas con voz/ para hablar" obtuvo la mayor media en síntomas específicos<sup>(17)</sup>.

El segundo ítem de *síntomas generales* con mayor media fue "sus preocupaciones (molestias)" (3,57). Esto puede acontecer por causa de la vida con cáncer, que desencadena una nueva reflexión. La principal fuente de preocupación incluye la incerteza, los resultados negativos y las consecuencias de la enfermedad<sup>(3)</sup>.

En este estudio, las personas analizadas con cáncer en la cavidad oral obtuvieron mayores niveles de la intensidad de los síntomas de los del grupo de cáncer de tiroides. En los casos de cáncer de cavidad oral, el tratamiento quirúrgico exige muchas veces grandes resecciones con reconstrucciones complejas que pueden acarrear, además de defectos estéticos, la pérdida de las funciones bucales básicas como contención de los alimentos, deficiencia del habla, masticación, deglución y respiración. El tratamiento quirúrgico puede aún ser asociado a la radioterapia que puede generar otros síntomas como mucositis, xerostomía y pérdida del paladar<sup>(3,18)</sup>.

En contrapartida, en el cáncer de tiroides, el tratamiento generalmente es la tiroidectomía, que puede realizarse con seguridad y baja incidencia de complicaciones permanentes. En casos raros pueden ocurrir problemas temporarios de alteración de la voz (que normalmente retroceden en algunas semanas), lesiones en las glándulas paratiroides y lesión del nervio

laríngeo recurrente. La dificultad para tragar/masticar puede ocurrir, esencialmente, en casos avanzados de la enfermedad, en la que hay compresión del esófago y otras estructuras relacionadas<sup>(19)</sup>.

En lo que se refiere a los problemas con catarro en la boca o garganta (ítem 14), el grupo con cáncer de cavidad oral (*media*=1,86) presentó media estadísticamente inferior al grupo con cáncer de laringe (*media*=5,50). El cáncer de laringe causa secreción debido a los procedimientos relacionados al tratamiento, como por ejemplo, la traqueotomía. El tubo de traqueotomía causa irritación en la mucosa de la tráquea, ocasionando aumento de la producción de secreción. Paralelamente, todos los laringectomizados acumulan más secreción por la cantidad mayor de partículas que inhalan debido a la falta del filtro natural, que es la mucosa de la cavidad nasal<sup>(20)</sup>.

Los cuatro grupos oncológicos obtuvieron mayores medias en los *síntomas específicos* en el ítem 17 ("sus problemas con voz/para hablar"), pero cuando se comparan a las medias entre ellos el grupo con cáncer de tiroides se diferencia de los demás, presentando puntajes inferiores (*media*=1,71). Las modalidades de tratamiento como cirugía, quimioterapia y radioterapia, comunes en el tratamiento del cáncer de la cavidad oral, laringe y faringe, pueden presentar efectos agudos y tardíos en el habla. Por outro lado, en el tratamiento del cáncer de tiroides la alteración del habla, como discutido anteriormente, es más sutil y temporaria<sup>(19)</sup>.

Cuando se evaluaron las medias de los *síntomas generales* y *específicos* en función del tipo de tratamiento, se encuentra una diferencia significativa entre el grupo cirugía (*media*=1,47) y cirugía+radioterapia (*media*=2,79). Y cuando se analizaron los ítems del factor "síntomas Generales", estos mismos grupos presentaron una diferencia significativa en el ítem 10, indicando



que el grupo cirugía asociado a la radioterapia presentó mayores niveles de intensidad de síntomas respecto a la sensación de boca seca (xerostomía).

En un estudio conducido con personas en tratamiento de radioterapia y quimioterapia atendidos en la clínica odontológica de la facultad de odontología de la Universidad Federal de Minas Gerais, la prevalencia de xerostomía fue de 75,5% e 96,4%, respectivamente, demostrando alta predominancia de esos síntomas<sup>(22)</sup>.

El tratamiento quimioterapéutico para CCP envuelve drogas que tienen gran potencial de mucositis y cuando asociado al tratamiento radioterápico, aumenta la incidencia, severidad y duración. La mucositis es una inflamación caracterizada por la muerte de las células epiteliales con formación de edema en la mucosa y la reducción del suministro sanguíneo. Esto explica por qué el grupo que se sometió solamente a la cirugía presenta media estadísticamente inferior cuando se le compara a los otros grupos en los ítems 15 ("su dificultad para tragar/masticar"), y en los ítems 16 ("sus problemas con asfixia"), 17 ("sus problemas con voz/ para hablar") y 20 ("su dificultad para sentir el gusto de la comida")<sup>(21)</sup>.

En una investigación realizada con 50 personas sometidas a la cirugía seguida de radioterapia y quimioterapia adyuvante y radioterapia y quimioterapia concomitante, en un hospital de enseñanza de la ciudad São Paulo, se observó que del total de participantes, 86% tuvieron el tratamiento interrumpido en algún momento, siendo que el 36% lo interrumpió por causa de la mucositis. Las principales quejas relatadas por los individuos después del inicio del tratamiento fueron la pérdida del paladar (41%) y la xerostomía (29%)<sup>(5)</sup>.

A partir de los datos encontrados, se nota que es primordial el papel del enfermero en el proceso ininterrumpido y dinámico del cuidado dado a las personas con **cáncer**, pues es el pro-

fesional que tiene mayor contacto con el cliente y por este pretexto, puede constituir con **él** un **vínculo** y un diálogo asertivo, para conquistar su confianza, rescatar su calidad de vida y darle apoyo y direccionamiento para que tome el mejor camino a ser seguido<sup>(23)</sup>, principalmente con los individuos con la funcionalidad comprometida.

A pesar de estar de acuerdo con los criterios estipulados en la metodología, una de las limitaciones del estudio fue la muestra ser pequeña, pues se constituyó por los individuos con cáncer de cabeza y cuello en acompañamiento ambulatorio durante el tratamiento clínico o post-quirúrgico. Los resultados fueron restringidos a un período de cuatro meses de colecta y realizado en un único hospital en Brasil. Estas desventajas limitan la generalización de los resultados para los portadores de neoplasia de cabeza y cuello. Sin embargo, no invalidan la investigación y responden de forma satisfactoria a las propuestas dadas. Los resultados estimulan la continuidad de este tipo de evaluación con un grupo mayor, por un tiempo más prolongado y con la mensuración más detallada de los criterios de adhesión, para una posible confirmación de nuestros resultados preliminares.

## CONCLUSIÓN

Los síntomas generales y específicos por local anatómico presentaron diferencias significativas entre el grupo de clientes con cáncer en la cavidad oral y laringe, y la cavidad oral y tiroides. Las personas con cáncer en la cavidad oral obtuvieron mayores niveles de intensidad de los síntomas de que el grupo de cáncer de tiroides; en relación a los *síntomas específicos* se observó que el grupo cavidad oral presentó media estadísticamente inferior al grupo con cáncer de laringe en lo que se refiere a los problemas con catarro en la boca o garganta.

Tratándose de la influencia del tratamiento, se obtuvieron en los síntomas generales y específicos diferencias estadísticas significativas entre el grupo sometido a cirugía y el del grupo de cirugía asociada a la radioterapia.

Son escasas las pesquisas nacionales que traten de la evaluación de la funcionalidad con este tipo de participantes. Se señala la importancia de desarrollar más estudios sobre el tema ampliando el tamaño de la muestra.

No obstante, se espera que los resultados obtenidos auxilien en la organización de un registro de datos funcionales en los servicios ambulatorios que atiendan este tipo de clientela, con el objetivo principal de determinar en quiénes intervenir, haciendo que el cuidado dado al individuo con cáncer, sea más eficiente e integral, pues el conocimiento de las implicaciones en la funcionalidad de las personas con neoplasias de cabeza y cuello, servirá como un subsidio a la práctica del enfermero en el planeamiento de una asistencia enfocada en los principales síntomas y necesidades de las personas y dará medios que posibiliten la mejoría de los síntomas y consecutivamente un menor impacto en la calidad de vida.

## CITAS

1. Stewart B, Wild CP. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Estimativas 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014. [cited 2014 sept 03 ] Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>
3. Rossi VC, Fernandes FL, Ferreira MA, Bento LR, Pereira PS, Chone CT. Larynx cancer: quality of life and voice after treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2014;80(5):403-8.
4. Sharma S, Chaukar DA, Kapre N, Deshmukh A, D'Cruz AK. Factors affecting pharyngocutaneous fistula and role of pectoralis major myofascial flap in salvage total laryngectomy. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014:S314.
5. Santos RCS, Dias RS, Giordani AJ, Segreto RA, Segreto HRC. Mucosite em pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço submetidos à radioquimioterapia. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45 (6):1338-344.
6. Sharma A, Madan R, Kumar R, Sagar P, Kamal VK, Thakar A, et al. Compliance to therapy-elderly head and neck carcinoma patients. *Can Geriatr J.* 2014 Sep 5;17(3):83-7.
7. Carraro JL, Schwartz R, Behling EB. Comparação do estado nutricional obtido por meio de antropometria e bioimpedância em crianças e adolescentes submetidos a tratamento quimioterápico em um hospital no Sul do Brasil. *Revista HCPA.* 2012; 32(1): 35-41.
8. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21 (3): 600-07.
9. Gunn GB, Koukourakis MI, Mendoza TR, Cleeland CS, Rosenthal DI. Linguistic validation of the Greek M. D. Anderson Symptom Inventory - Head and Neck Module. *Forum of Clinical Oncology.* 2012; 3(1): 17-19.
10. Ferreira KASL, William Júnior WN, Mendonza TR, Kimura M, Kowalski LP, Rosenthal DI, et al. Tradução para a língua portuguesa do M.D. Anderson Symptom Inventory – head and neck module (MDASI-H&N). *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2008; 37(2):109-13.
11. Freire MEM, Sawada NO, França ISX, Costa SFG, Oliveira CDB. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(2):357-67.
12. Richardson RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Athas, 2010.
13. May T. Social Research: Issues, Methods and Research. 4 ed. London: British Library, 2011.
14. Cramer JD, Fu P, Harth KC, Margevicius S, Wilhelm SM. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the surveillance, epidemiology and

- end results national cancer data registry. *Surgery* 2010; 148 (6): 1147- 153.
15. Harris JR, Lau H, Surgeoner BV, Chua N, Dobrovolsky W, Dort JC, et al. Health care delivery for head-and-neck cancer patients in Alberta: a practice guideline. *Curr Oncol.* 2014 Oct;21(5):e704-14.
  16. Casati MFM, Vasconcelos JA, Vergnhanini GS, Contreiro PF, Graça TB, Kanda JL, et al. Epidemiologia do câncer de cabeça e pescoço no Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2012; 41 (4): 186-91.
  17. Sommerfeld CE, Andrade MGG, Santiago SM, Chone, CT, Carvalho GM, Aquino Y, et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço.* 2012; 41 (4): 172-77.
  18. Gandhi AK, Roy S, Thakar A, Sharma A, Mohanti BK. Symptom Burden and Quality of Life in Advanced Head and Neck Cancer Patients: AIIMS Study of 100 Patients. *Indian J Palliat Care.* 2014 Sep;20(3):189-93.
  19. Accetta P, Accetta I, Accetta AC, Araújo MS, Accetta R, Campos KB. Tireoidectomia total nas doenças benignas da tireóide. *Rev Col Bras Cir.* 2011; 38(4): 223-26.
  20. Fahsl S, Keszte J, Boehm A, Vogel HJ, Völkel W, Meister EF, et al. Clinical relevance of quality-of-life data in laryngectomized patients. *Laringoscópio.* 2012; 122 (7): 1532-8.
  21. Yarom N, Ariyawardana A, Hovan A, Barasch A, Jarvis V, Jensen SB, et al. Systematic review of natural agents for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2013 Nov; 21(11):3209-21.
  22. Bueno AC, Magalhães CS, Moreira NA. Associações entre fatores de risco e complicações bucais em pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia associada ou não à quimioterapia. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2012; 12 (2): 187-93.
  23. Alves PC, Santos MCL, Fernandes AFC. Estresse e coping em mulheres com câncer de mama: um estudo transversal. *Online Braz J Nurs.* [Internet]. 2012 [cited 2013 Dec 12] 11(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3714/pdf>

---

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

**Recibido:** 4/11/2014

**Revisado:** 1/12/2014

**Aprobado:** 1/12/2014