

Uso de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud en Pacientes con Cáncer Avanzado en Cuidados Paliativos

doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n3.4016>

Utilization of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Patients with Advanced Cancer Under Palliative Care

Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Pacientes com Câncer Avançado em Cuidados Paliativos

Andreza Marques Carvalho¹; Nahâmi Cruz de Lucena²; Catharina Machado Portela³

RESUMEN

Introducción: Los principios y directrices que rigen los cuidados paliativos establecen que es fundamental una valoración integral del paciente y que, además, es importante percibir al individuo en todas sus dimensiones. Corroborando los principios de los cuidados paliativos, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) es un instrumento que posibilita un enfoque biopsicosocial. **Objetivo:** Evaluar la funcionalidad, los síntomas y los aspectos sociales y ambientales de pacientes con cáncer en cuidados paliativos mediante una lista de verificación basada en la CIF. **Método:** Estudio cuantitativo, observacional y transversal. La lista de verificación basada en la CIF con 14 categorías fue desarrollada previamente por los investigadores teniendo como referencia a los principales instrumentos de evaluación comúnmente utilizados en cuidados paliativos. Los pacientes ingresados en una sala de cuidados paliativos, diagnosticados de cáncer y con puntajes PPS (*Palliative Performance Scale*) mayores o iguales al 30% fueron sometidos a una evaluación según la lista de verificación basada en la CIF. **Resultados:** Participaron en el estudio 21 pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer. Más del 50% de los pacientes reportaron dificultad leve, moderada, severa o completa en siete categorías del componente de actividad y participación. En el componente de funciones corporales, más del 50% de los pacientes reportaron deficiencia leve, moderada, severa o completa en dos categorías. **Conclusión:** La lista de verificación basada en la CIF puede proporcionar una evaluación que considere las diferentes dimensiones de la salud, desde un punto de vista físico, biológico y psicosocial.

Palabras clave: cuidados paliativos; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; neoplasias.

ABSTRACT

Introduction: The principles and guidelines that govern palliative care state that a comprehensive assessment of the patient is essential and that, in addition, it is important to perceive the individual in all its dimensions. Corroborating the principles of palliative care, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is an instrument that enables a biopsychosocial approach. **Objective:** To evaluate the functionality, symptoms and social and environmental aspects of cancer patients under palliative care utilizing an ICF-based checklist. **Method:** Quantitative, observational and cross-sectional study. The 14 categories ICF-based checklist was previously developed by the investigators having as reference the main assessment instruments commonly adopted in palliative care. Patients admitted to a palliative care ward, diagnosed with cancer and with PPS (*Palliative Performance Scale*) scores greater than or equal to 30% were submitted to an assessment based on the aforementioned checklist. **Results:** There were 21 patients with different cancer diagnoses that participated in the study. More than 50% of the patients reported mild, moderate, severe, or total disability in seven categories of the components activity and participation. For two categories of the body function component, more than 50% of the patients reported mild, moderate, severe or complete disability. **Conclusion:** The ICF-based checklist can provide an assessment that considers the different dimensions of health, from a physical, biological and psychosocial perspective.

Key words: palliative care; International Classification of Functioning, Disability and Health; neoplasms.

RESUMO

Introdução: Os princípios e diretrizes que regem os cuidados paliativos afirmam que é imprescindível a avaliação abrangente do paciente e que, além disso, é importante perceber o indivíduo em todas as suas dimensões. Corroborando esses princípios, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é um instrumento que possibilita uma abordagem biopsicosocial. **Objetivo:** Avaliar a funcionalidade, os sintomas e os aspectos sociais e ambientais de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos a partir de um *checklist* baseado na CIF. **Método:** Estudo quantitativo, observacional e transversal. Um *checklist* baseado na CIF com 14 categorias foi desenvolvido pelos pesquisadores previamente tendo como referência os principais instrumentos de avaliação comumente utilizados em cuidados paliativos. Pacientes internados em uma enfermaria de cuidados paliativos, diagnosticados com câncer e com escores de PPS (*Palliative Performance Scale*) igual ou superior a 30% foram submetidos à avaliação a partir do *checklist* baseado na CIF. **Resultados:** Participaram do estudo 21 pacientes com diferentes diagnósticos de câncer. Mais de 50% dos pacientes relataram dificuldade ligeira, moderada, grave ou completa em sete categorias do componente atividade e participação. No componente funções do corpo, mais de 50% dos pacientes relataram deficiência ligeira, moderada, grave ou completa em duas categorias. **Conclusão:** O *checklist* baseado na CIF pode proporcionar uma avaliação que considera as diferentes dimensões de saúde, sob um olhar físico, biológico e psicosocial.

Palavras-chave: cuidados paliativos; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; neoplasias.

¹Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Recife (PE), Brasil. E-mail: andreza_carvalho@hotmail.com.

Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-4045-8740>

^{2,3}Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Recife (PE), Brasil. E-mails: nacluc@hotmail.com; cathmp@hotmail.com.

Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-3540-3278>; Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-2774-9869>

Dirección para correspondencia: Andreza Marques Carvalho. Rua Quintino Bocaiuva, 235 - Ponta da Terra. Maceió (AL), Brasil. CEP 57030-570. E-mail: andreza_carvalho@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos son una modalidad de cuidados cuya finalidad es prevenir y aliviar el sufrimiento mediante el reconocimiento precoz, y la evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas de carácter físico, psicosocial y espiritual. Su objetivo final es mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan problemas relacionados a enfermedades potencialmente fatales, así como la de sus familiares¹. En el campo de la oncología, el cuidado paliativo tiene un papel importante en la administración de los síntomas totales del paciente y en proporcionar calidad de vida².

Los principios y guías para los cuidados paliativos de calidad incluyen la evaluación exhaustiva que enfatiza el involucramiento del paciente y de la familia, la comunicación, la administración y la continuidad de los cuidados³. Es importante también considerar la percepción del individuo en toda su completitud, incluyendo el bienestar físico, funcional y los aspectos psicosociales y espirituales en su cuidado. Para eso, es imprescindible un equipo interdisciplinario⁴.

El acompañamiento de la evolución de la enfermedad es considerado un factor importante para los cuidados paliativos, permitiendo la toma de decisiones, la visualización del pronóstico y la prevención de los efectos adversos asociados al declive funcional. De esa forma, la evaluación funcional es una herramienta esencial para orientar el cuidado⁵. Los instrumentos comúnmente utilizados en cuidados paliativos para evaluar el grado de capacidad y dependencia funcional son la *Karnofsky Performance Scale* (KPS) o la *Palliative Performance Scale* (PPS)⁶.

En esa perspectiva, la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Incapacidad y Salud (CIF) es un instrumento que busca evaluar la influencia de la situación de salud sobre el funcionamiento, el ambiente, el trabajo, la familia y la vida social comunitaria⁷. Y, semejante a lo que está previsto en los principios de los cuidados paliativos, la CIF propone un enfoque biopsicosocial que incluye en la salud los niveles físico y social, superando el modelo biomédico exclusivo, evolucionando hacia una atención tridimensional: biomédica, psicológica y social⁸.

La CIF refleja el concepto de que los problemas de salud afectan muchas áreas de la vida de un individuo y describe el nivel de necesidad dentro de los dominios de deficiencia, actividad y participación; incluye también el impacto del medio ambiente y denota una perspectiva social e individual, pudiendo suministrar una estructura adecuada para explorar las dificultades funcionales vividas por personas con cáncer incurable⁹.

La CIF está constituida por dos partes, cada una con dos componentes: la primera se refiere al funcionamiento

e incapacidad y tiene como componentes las funciones, las estructuras del cuerpo y la actividad y participación; y la segunda se relaciona a los factores contextuales e incluye factores ambientales y personales. Cada componente puede ser descrito en términos positivos o negativos¹⁰. Las funciones del cuerpo hacen referencia a los aspectos fisiológicos de los sistemas orgánicos; las estructuras del cuerpo abordan las regiones anatómicas del cuerpo; la actividad es la realización de una tarea por un individuo; la participación es el involucramiento en una situación de vida; ya los factores contextuales señalan los antecedentes y el estilo de vida del individuo, mientras los ambientales incluyen el ambiente físico y social en el cual viven las personas¹¹.

A cada categoría de la CIF se le debe atribuir un calificador que exprese la influencia de la condición de salud sobre aquel factor específico, de acuerdo con la normativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La escala de calificadores varía de 0 a 4, considerando la gravedad del compromiso¹².

La CIF es un instrumento complejo que contempla un gran número de aspectos, de esta forma, la OMS recomienda la utilización de *core sets* o listas de verificación de la CIF que reúnen las categorías que representan el funcionamiento de personas con condiciones de salud específicas, es decir, se debe dar atención solo para aquellas categorías que son típicas y significativas para determinada enfermedad en vez de evaluarse los 1454 aspectos de la CIF¹³.

Un estudio realizado por Giardini *et al.*¹⁴ con pacientes internados en una unidad de cuidados paliativos concluyó que la estructura de la CIF puede extenderse hacia los cuidados paliativos, porque permite, al integrar la evaluación funcional estándar, identificar dos niveles de intervención: uno que afecta directamente la actividad y la participación del paciente, y otro relacionado a barreras y facilitadores, es decir, cuidadores y factores ambientales.

Frente a lo expuesto, surgió el cuestionamiento de una investigación sobre el funcionamiento por los niveles de actividad y participación, síntomas de acuerdo con las funciones del cuerpo y factores sociales y ambientales de pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos a partir del uso de una lista de verificación basada en la CIF.

Aunque el uso de la CIF como instrumento de evaluación en pacientes con cáncer bajo cuidados paliativos ya había sido tratado en algunos estudios, pocos integraron las funciones del cuerpo y los aspectos sociales y ambientales al funcionamiento de estos pacientes, razón por la cual se justificó la realización de este estudio y el uso de la CIF para proporcionar una clasificación más detallada y exhaustiva sobre los estados de salud.

De esta forma, esta investigación tuvo como finalidad evaluar el funcionamiento, los síntomas y los aspectos

sociales y ambientales de pacientes oncológicos bajo cuidados paliativos a partir del uso de una lista de verificación basada en la CIF.

MÉTODO

Estudio cuantitativo, observacional y transversal realizado en una unidad de cuidados paliativos.

El estudio incluyó a pacientes con cáncer avanzado internados en una sala de cuidados paliativos, independientemente del tipo y de la localización del cáncer, sin propuesta de tratamiento modificador de la enfermedad, que fueron sometidos o no a tratamientos oncológicos anteriores y con puntaje del PPS superior o igual al 30%. No participaron del estudio pacientes con menos de 18 años, con alteraciones cognitivas y/o trastornos psiquiátricos, no contactables o con enfermedades neuromusculares progresivas.

Inicialmente, las historias clínicas de los pacientes internados en la sala de cuidados paliativos fueron analizadas para evaluar la inclusión de los participantes en el estudio. Posteriormente, los pacientes seleccionados fueron evaluados a partir del PPS, un instrumento que fue desarrollado en 1996 por el *Victoria Hospice*, en el Canadá, con el objetivo de realizar la evaluación funcional del paciente y comprender la evolución de la enfermedad. La escala tiene 11 niveles, de 0 a 100, divididos en intervalos de diez; en el 100%, el paciente tiene su funcionamiento preservado, 0% significa muerte¹⁵. A los pacientes con puntajes del PPS superior al 30% y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión se les presentó el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). Después de la lectura y suscripción al término, se realizó el análisis de informaciones de los participantes para la caracterización de la muestra y evaluación del funcionamiento, síntomas y aspectos sociales y ambientales a partir de una lista de verificación basada en la CIF.

Las informaciones para la caracterización de la muestra fueron obtenidas previa lectura de las historias clínicas. La evaluación a partir de la lista de verificación basada en la CIF fue realizada por una entrevista estructurada en la unidad de cuidados paliativos, hecha por el mismo investigador, y de forma individualizada. En el componente actividad y participación y funciones del cuerpo, cada categoría fue transformada en una pregunta en la cual el paciente informaba la ausencia o la presencia de leve, moderada, grave o completa dificultad y deficiencia. En el componente factores ambientales, se preguntó si la familia y las actitudes individuales de los miembros de la familia facilitaban o actuaban como un obstáculo en el cuidado.

La lista de verificación basada en la CIF fue desarrollada por los investigadores de este estudio previamente, teniendo

como referencia los principales instrumentos de evaluación comúnmente utilizados en cuidados paliativos. Después del análisis e investigación bibliográfica, se evidenciaron los siguientes instrumentos: KPS¹⁶, Índice de Katz¹⁷, Índice de Lawton & Brody⁵, *Rapid Disability Rating Scale* (RDRS)¹⁸, *Health Assessment Questionnaire* (HAQ)¹⁹, Medida de Independencia Funcional (MIF)⁵; Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)²⁰; *European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30)¹⁹ y *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-BREF)²¹. A partir del análisis de estos instrumentos, se observó que los aspectos más evaluados en cuidados paliativos con relación al funcionamiento fueron deambulación, transferencias posturales, autocuidado y actividades instrumentales de vida diaria (AIVD). En el asunto señales y síntomas, se vieron presencia de dolor, náuseas, depresión, ansiedad y falta de aire. Y, con referencia a los aspectos sociales y ambientales, fueron consideradas la vida social y espiritual. Después de la obtención de esos datos, estos aspectos fueron investigados dentro de los componentes de la CIF, creándose una ficha de evaluación.

El muestreo fue por conveniencia, siendo analizadas las historias clínicas de los pacientes internados en el período de agosto a noviembre de 2021. Estos también fueron revisados diariamente para evaluar la posibilidad de la inclusión de un nuevo participante en el estudio.

Los datos fueron almacenados y organizados en una hoja de cálculo usando el programa *Microsoft Excel 2016* y, posteriormente, se realizó el análisis descriptivo de las características de la muestra y de los resultados obtenidos, utilizándose la media, mediana y frecuencias absoluta y relativa.

Este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) bajo el n.º del parecer 4846565 (CAAE: 49236821.8.0000.5201), en cumplimiento con la Resolución n.º 466/12²² del Consejo Nacional de Salud para investigaciones con seres humanos.

RESULTADOS

Fueron incluidos en el estudio 21 pacientes diagnosticados con cáncer y en cuidados paliativos. El promedio de edad de los participantes fue de 59 años (variación de 42 a 84 años), siendo 52,38% de sexo femenino y 47,62% de sexo masculino. Con relación a los puntajes del PPS, el valor máximo encontrado entre los pacientes fue del 60% y el menor del 30%, con una mediana del 30%.

La Tabla 1 describe el diagnóstico principal de los participantes del estudio. Las demás características como localización de las metástasis, complicaciones asociadas al

cáncer, otras comorbilidades y tratamientos anteriores se muestran en la Tabla 2. En las Tablas 3, 4 y 5 se listan los resultados encontrados en los componentes actividad y participación, funciones del cuerpo y factores ambientales, respectivamente.

Tabla 1. Diagnóstico clínico de los participantes del estudio

Diagnósticos	n	%
Cáncer de canal anal	1	4,76
Cáncer de cuello uterino	3	14,29
Cáncer de endometrio	2	9,52
Cáncer de páncreas y bazo	1	4,76
Cáncer de próstata	4	19,05
Cáncer de pulmón	4	19,05
Cáncer de recto alto	2	9,52
Cáncer gástrico	3	14,29
Tumor abdominal irresecable, liposarcoma y schwannoma	1	4,76

Tabla 2. Características de los participantes del estudio

Características	n	%
Localización de las metástasis		
Hígado	2	7,41
Hueso	4	14,81
Peritoneo	4	14,81
Pulmón	3	11,11
Adrenal	1	3,70
Recto inferior	1	3,70
Sistema nervioso central	2	7,41
Vejiga	1	3,70
Sin informaciones en la historia clínica	9	33,33
Complicaciones asociadas al cáncer		
Fístula entero-cutánea	1	4,76
Obstrucción intestinal	2	9,52
Parálisis de las cuerdas vocales	1	4,76
Parálisis, anemia, melena e incontinencia fecal	1	4,76
Síndrome de compresión medular	1	4,76
Síndrome pilórica y dehiscencia parcial	1	4,76
Sin complicaciones	14	66,67
Tratamientos del tumor primario		
Quirúrgico	3	12,50
Quimioterapia	8	33,33
Radioterapia	2	8,33
Hormonoterapia	1	4,17
Sin informaciones en la historia clínica	10	41,67

Tabla 3. Resultados obtenidos a partir del componente actividad y participación

Categorías	n	%
d4500 Andar distancias cortas		
ninguna dificultad	2	9,52
dificultad leve o moderada	9	42,86
dificultad grave o completa	10	47,62
d4103 Sentarse		
ninguna dificultad	4	19,05
dificultad leve o moderada	6	28,57
dificultad grave o completa	11	52,38
d104 Ponerse de pie		
ninguna dificultad	5	23,81
dificultad leve o moderada	4	19,05
dificultad grave o completa	12	57,14
d540 Vestirse		
ninguna dificultad	2	9,52
dificultad leve o moderada	6	28,57
dificultad grave o completa	13	61,91
d510 Lavarse		
ninguna dificultad	2	9,52
dificultad leve o moderada	4	19,05
dificultad grave o completa	15	71,43
d760 Relaciones familiares		
ninguna dificultad	14	66,67
dificultad leve o moderada	4	19,05
dificultad grave o completa	3	14,28
d770 Relaciones íntimas		
dificultad completa	21	100
d930 Religión y vida espiritual		
ninguna dificultad	9	42,85
dificultad leve o moderada	7	33,34
dificultad grave o completa	5	23,81

DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado con la finalidad de investigar el funcionamiento, los síntomas y los aspectos psicosociales de pacientes con cáncer en cuidados paliativos. La lista de verificación utilizada consistió en un *checklist* basado en la CIF. Proporcionando una evaluación más diversificada, la CIF mantiene algunos aspectos de la vida diaria, valoriza la dignidad personal y el papel familiar. El uso integrado de ese instrumento puede posibilitar una evaluación global, evidenciar dificultades y confirmar la importancia de un enfoque interdisciplinario en pacientes al final de la vida¹. Es importante considerar que los cuidados paliativos

Tabla 4. Resultados obtenidos a partir del componente funciones del cuerpo

Categorías	n	%
b280 Sensación de dolor		
ninguna deficiencia	6	28,57
deficiencia leve o moderada	5	23,81
deficiencia grave o completa	10	47,62
b5350 Sensación de náusea		
ninguna deficiencia	11	52,38
deficiencia leve o moderada	4	19,05
deficiencia grave o completa	6	28,57
b460 Sensaciones asociadas a las funciones cardiovasculares y respiratorias		
ninguna deficiencia	13	61,90
deficiencia leve o moderada	5	23,81
deficiencia grave o completa	3	14,29
b152 Funciones emocionales		
ninguna deficiencia	9	42,86
deficiencia leve o moderada	6	28,57
deficiencia grave o completa	5	23,81
no especificado	1	4,76

Tabla 5. Resultados obtenidos a partir del componente factores ambientales

Categorías	n	%
e310 Familia cercana		
ningún facilitador	3	14,29
ningún obstáculo	18	85,71
e410 Actitudes individuales de los miembros de la familia		
ningún facilitador	2	9,52
ningún obstáculo	19	90,48

presentan como premisa una concepción del cuidado que apoye el entendimiento multidimensional de la salud, con atención a las dimensiones física, emocional, social, al dolor y al sufrimiento².

Aunque la CIF presente una propuesta de evaluación semejante a lo que proponen los principios de los cuidados paliativos, pocos estudios fueron encontrados que utilizaran la CIF en pacientes oncológicos bajo cuidados paliativos. La revisión integral realizada por Sanvezzo *et al.*⁵, que tuvo como objetivo identificar herramientas de evaluación del funcionamiento de adultos mayores en cuidados paliativos, citó instrumentos como KPS, PPS, Índice de Katz y la MIF.

En este estudio, en el componente actividad y participación, los pacientes presentaron el calificador dificultad grave o completa en mayor frecuencia en las siguientes categorías: andar distancias cortas (47,62%), sentarse (52,38%), ponerse de pie (57,14%), vestirse (61,91%) y lavarse (71,43%). El estudio transversal realizado por Giardini *et al.*²³ evaluó a 32 pacientes con cáncer en cuidados paliativos que se encontraban internados y observó que el 50% de los pacientes presentaron calificador levemente perjudicado en el componente actividad y participación, aunque no especificó en cuáles categorías.

La reducción de la capacidad funcional en pacientes con cáncer se atribuye a la debilidad muscular, una consecuencia del aumento de la tasa de gasto energético y del proceso de degradación de proteínas, además de la disminución de la síntesis proteica y aumento de la lipólisis²⁴. La pérdida del funcionamiento es una de las principales señales usadas en el pronóstico en cuidados paliativos⁶.

El estudio de Monaco *et al.*²⁵, que tuvo como objetivo explorar las necesidades internas de pacientes en cuidados paliativos que vivían en un *hospice*, verificó que las relaciones humanas representaron ser una clave fundamental al final de la vida de los pacientes, especialmente las relaciones familiares. Aunque los pacientes tuviesen todo en el *hospice*, sus principales pensamientos estaban siempre orientados hacia las relaciones humanas²⁵. En el presente estudio, la mayoría de los pacientes no informó dificultad en la categoría relaciones familiares (66,67%).

En este estudio, el 100% de los pacientes reportó dificultad completa en la categoría relaciones íntimas. La presencia de la enfermedad puede afectar la intimidad del paciente en una amplia variedad de formas, inclusive por síntomas físicos pesados, niveles avasalladores de estrés y tensión, tratamientos que complican la intimidad física y capacidad funcional perjudicada²⁶. Kelemen *et al.*²⁷ comprobaron las preocupaciones del paciente hospitalizado en cuidados paliativos con relación a las relaciones íntimas y evidenciaron que las relaciones se fortalecían durante el curso de la enfermedad, mientras la actividad sexual era afectada negativamente.

En la categoría religión y vida espiritual, más del 50% de los pacientes informó dificultad leve o moderada (33,34%) y dificultad grave o completa (23,81%). El cuidado espiritual es un componente intrínseco esencial de los cuidados paliativos, habiendo evidencias crecientes de que el cuidado espiritual al final de la vida es importante para los pacientes y que estos desean que los profesionales de salud le presten atención a ese aspecto²⁸.

En este estudio, en el componente funciones del cuerpo, se comprobó que los pacientes informaron

deficiencia grave o completa (47,62%) y deficiencia leve o moderada (23,81%) en la categoría sensación de dolor, y ninguna deficiencia en las categorías sensación de náusea (52,38%) y sensaciones asociadas a las funciones cardiovasculares y respiratorias (61,90%). El tratamiento del dolor puede ser difícil porque es dinámico, complejo y multidimensional. El dolor en el cáncer puede estar asociado a otros síntomas como fatiga, insomnio, inactividad, humor y relaciones interpersonales²⁹. El buen manejo de los síntomas en oncología está asociado a la mejoría de la calidad de vida del paciente y de la familia, y puede ofrecer ventajas con relación a la supervivencia³⁰. Li *et al.*³¹ investigaron la gravedad de los síntomas de 386 pacientes con cáncer avanzado utilizando la ESAS y la Medida de Calidad de Vida al Final de la Vida (QUAL-E), observándose que el cansancio, el sueño, y el apetito fueron frecuentemente clasificados como más graves, mientras que el dolor y el cansancio fueron señalados como los más incómodos.

Cicely Saunders, considerada pionera en los cuidados paliativos, proporcionó reflexiones en cuanto a la multidimensionalidad de los síntomas, abarcando no solo los síntomas físicos, sino también el sufrimiento mental, el contexto social y biográfico del paciente y sus dificultades emocionales³². En este estudio, los pacientes informaron deficiencia leve o moderada (28,57%) y deficiencia grave o completa (23,81%) en la categoría funciones emocionales.

Giardini *et al.*¹⁴ comprobaron el papel del cuidador como un modulador de la deficiencia en pacientes con cáncer avanzado. En este estudio, 50 pacientes internados en una unidad de cuidados paliativos elaboraron un autorrelato sobre calidad y fueron evaluados con una lista de verificación de la CIF. Esta investigación concluyó que aun los pacientes confinados en cama y bajo dependencia de otros tuvieron deficiencia reducida gracias al papel del cuidador¹⁴. Los cuidadores familiares desempeñan un papel íntegro en el cuidado y apoyo a pacientes con cáncer. Ellos pueden asumir diversas responsabilidades durante el transcurso de la enfermedad del paciente proporcionando beneficios físicos, emocionales, sociales, espirituales y de soporte³³. En este estudio, el 85,71% y 90,48% de los pacientes informaron ningún obstáculo de los familiares y de las actitudes individuales de esos familiares en el proceso de cuidado, respectivamente.

A partir de un contexto biopsicosocial, la CIF hizo posible una evaluación multimodal de las principales deficiencias y dificultades de pacientes en cuidados paliativos. Sin embargo, este estudio presentó como limitación el pequeño número de participantes debido a la baja rotación de pacientes en la unidad donde se realizó la investigación. De esta manera, es necesario realizar

estudios adicionales con el fin de evaluar la aplicabilidad de la CIF en pacientes bajo cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN

Pacientes oncológicos en cuidados paliativos presentaron dificultad leve, moderada, grave o completa en el componente actividad y participación en las categorías andar distancias cortas, sentarse, ponerse de pie, vestirse, lavarse, religión y vida espiritual, y relaciones íntimas; y deficiencia leve, moderada, grave o completa en la categoría sensación de dolor y funciones emocionales del componente funciones del cuerpo. La CIF puede ser una herramienta versátil de evaluación multidimensional en pacientes con cáncer en cuidados paliativos.

APORTES

Todas las autoras contribuyeron substancialmente en la concepción y/o en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; c2023. Palliative care; 2020 Aug 5 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Finn L, Green AR, Malhotra S. Oncology and palliative medicine: providing comprehensive care for patients with cancer. *Ochsner J* [Internet]. 2017 [cited 2021 May 11];17(4):393-7. Available from: <https://www.ochsnerjournal.org/content/ochjnl/17/4/393.full.pdf>
3. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care [Internet]. 4th ed. Richmond (VA): National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018 [cited 2022 May 29]. Available from: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf
4. D'Alessandro MPS, Pires CT, Forte DN, coordenadores. Manual de cuidados paliativos [Internet]. São Paulo

- (SP): Hospital Sírio Libanês; 2020 [acesso 2022 maio 29]. Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>
5. Sanvezzo VMS, Montandon DM, Esteves LSF. Instrumentos de avaliação de funcionalidade de idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(5):627-38. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180033>
 6. Marcucci FCI, Martins VM, Barros EML, et al. Capacidade funcional de pacientes com indicação de cuidados paliativos na atenção primária. *Geriatr Gerontol Aging.* 2018;12(3):159-63. doi: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800026>
 7. Bernardes JM, Pereira Júnior AA. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e suas contribuições para a fisioterapia. *Fisioter Bras.* 2010;11(6):58-64. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v12i1.602>
 8. Andrade LEL, Oliveira NPD, Ruaro JA, et al. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde Debate.* 2017;41(114):812-23. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711411>
 9. Loughran K, Rice S, Robinson L. Living with incurable cancer: what are the rehabilitation needs in a palliative setting? *Disabil Rehabil.* 2017;41(7):770-8. doi: <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1408709>
 10. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Internet]. São Paulo (SP): Edusp; 2008 [acesso em 2022 nov 24]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111
 11. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):93-187. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>
 12. Ribeiro M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(5):938-46. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>
 13. Biz MCP, Chun RYS. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um centro especializado em reabilitação. *CoDAS.* 2020;32(2):1-15. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>
 14. Giardini A, Ferrari P, Negri EM, et al. The positive role of caregivers in terminal cancer patients' abilities: usefulness of the ICF framework. *Eur J Phys Rehabil Med [Internet].* 2016 [cited 2021 July 20];52(2):214-22. Available from: <https://www.minervamedica.it/en/freedownload.php?cod=R33Y2016N02A0214>
 15. Gayoso MV, Avila MAG, Silva TA, et al. Avaliação do nível de conforto de cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2018;26:e3029. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>
 16. Mehta A, Chai E, Berglund K, et al. Using admission Karnofsky performance status as a guide for palliative care discharge needs. *J Palliat Med.* 2021;24(6):913-0. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0543>
 17. Lima ABA, Souza EMS, Trezza MCSF, et al. Características da pessoa idosa com necessidade de cuidados paliativos da atenção básica. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2020;92(30):69-3. doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.604>
 18. Rabow MW, Schanche K, Petersen J, et al. Patient perceptions of an outpatient palliative care intervention: "It had been on my mind before, but I did not know how to start talking about death...". *J Pain Symptom Manage.* 2003;26(5):1010-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.03.002>
 19. Kokkonen K, Saarto T, Mäkinen T, et al. The functional capacity and quality of life of women with advanced breast cancer. *Breast Cancer.* 2017;24(1):128-36. doi: <https://doi.org/10.1007/s12282-016-0687-2>
 20. Wong A, Tayjasanant S, Rodriguez-Nunez A, et al. Edmonton symptom assessment scale time duration of self-completion versus assisted completion in patients with advanced cancer: a randomized comparison. *Oncologist.* 2021;26(2):165-71. doi: <https://doi.org/10.1002/onco.13619>
 21. Huyen BT, Van Anh PT, Duong LD, et al. Quality of life among advanced cancer patients in Vietnam: a multicenter cross-sectional study. *Support Care Cancer.* 2021;29(8):4791-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06012-3>
 22. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF.* 2013 jun 13; Seção 1:59.
 23. Giardini A, Ferrari P, Majani P, et al. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and quality of life in cancer patients in a terminal condition. *G Ital Med Lav Ergon.* 2010;32(3 Suppl B):B29-36. Italy. Cited in: PubMed; PMID: 21302522.
 24. Duarte ACF, Silva BA, Avelino PR, et al. Grip strength, functional capacity, and quality of life of individuals with cancer. *Fisioter Pesqui.* 2020;27(4):362-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19039127042020>
 25. Monaco ML, Bocchio RM, Natoli G, et al. Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Intern Emerg Med.* 2020;15(6):975-80. doi: <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6>

26. Kelemen A, Cagle J, Chung J, et al. Assessing the impact of serious illness on patient intimacy and sexuality in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2019;58(2):282-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.015>
27. Kelemen A, Van Gerven C, Mullins K, et al. Sexuality and intimacy needs within a hospitalized palliative care population: results from a qualitative study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2022;39(4):433-7. doi: <https://doi.org/10.1177/10499091211036928>
28. Gijssberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, et al. Spiritual care in palliative care: a systematic review of the recent European literature. *Med Sci (Basel).* 2019;7(2):25. doi: <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
29. Brooks JV, Poague C, Formagini T, et al. Palliative care's role managing cancer pain during the opioid crisis: a qualitative study of patients, caregivers, and clinicians. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(6):1127-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.039>
30. Henson LA, Maddocks M, Evans C, et al. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol.* 2020;38(9):905-14. doi: <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00470>
31. Li B, Mah K, Swami N, et al. Symptom assessment in patients with advanced cancer: are the most severe symptoms the most bothersome?. *J Palliat Med.* 2019;22(10):1252-9. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0622>
32. Castro MCF, Fuly PSC, Santos MLSC, et al. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200311. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>
33. Chua GP, Pang GSY, Yee ACP, et al. Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: what are their palliative care needs? *BMC Cancer.* 2020;20(1):768. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07239-9>

Recebido em 12/5/2023
Aprovado em 28/6/2023