

Prevalencia de Dolor Neuropático en Pacientes Oncológicos Atendidos en una Unidad de Alta Complejidad: Análisis Basado en Escalas Validadas de Evaluación del Dolor

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5525ES>

Prevalência de Dor Neuropática em Pacientes Oncológicos Atendidos em Unidade de Alta Complexidade: Análise Baseada em Escalas Validadas de Avaliação da Dor

Prevalence of Neuropathic Pain in Cancer Patients Treated at a High-Complexity Unit: Analysis Based on Validated Pain Assessment Scales

Flávia Adrianne de Castro Grello¹; Saul Rassy Carneiro²

RESUMEN

Introducción: El cáncer se configura como una condición crónico-degenerativa caracterizada por el crecimiento celular desordenado, pudiendo ocasionar metástasis y provocar intensas molestias físicas y emocionales. Entre los efectos adversos de los tratamientos oncológicos, como la quimioterapia y la radioterapia, se destaca el dolor neuropático, frecuentemente subdiagnosticado y subtratado, que interfiere de manera significativa en la calidad de vida y en la funcionalidad del paciente. **Objetivo:** Investigar la prevalencia de dolor neuropático en pacientes oncológicos en tratamiento ambulatorio en el Hospital Ophir Loyola, en Belém-PA. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo y observacional, desarrollado entre junio y diciembre de 2024. Se incluyeron 80 participantes adultos con diagnóstico confirmado de cáncer y sometidos a quimioterapia y/o radioterapia. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos validados: painDETECT, DN-4 y ESAS-r. El análisis estadístico se basó en pruebas de asociación y regresión logística, considerando un nivel de significación de $p < 0,05$. **Resultados:** El 80% de los participantes refirió dolor, de los cuales el 32,8% presentó puntuaciones indicativas de dolor neuropático según el painDETECT, y el 43,8% fue clasificado con dolor neuropático por el DN-4. La escala ESAS-r fue el único instrumento que mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de dolor neuropático ($p < 0,05$), evidenciando su potencial como herramienta sensible para el tamizaje de esta condición. **Conclusión:** El dolor neuropático está presente en una proporción significativa de los pacientes oncológicos, y su identificación eficaz depende del uso de instrumentos estandarizados. Además, se resalta la necesidad de protocolos clínicos estructurados para la evaluación del dolor y de la funcionalidad, con el fin de orientar una atención oncológica integral y humanizada. **Palabras clave:** Dolor por cáncer/tratamiento farmacológico; Neoplasias/tratamiento farmacológico; Quimioterapia de inducción/efectos adversos.

RESUMO

Introdução: O câncer configura-se como uma condição crônico-degenerativa marcada pelo crescimento celular desordenado, podendo ocasionar metástases e provocar intensos desconfortos físicos e emocionais. Entre os efeitos adversos dos tratamentos oncológicos, como quimioterapia e radioterapia, destaca-se a dor neuropática, frequentemente subdiagnosticada e subtratada, e que interfere de forma significativa na qualidade de vida e na funcionalidade do paciente. **Objetivo:** Investigar a prevalência de dor neuropática em pacientes oncológicos em tratamento ambulatorial no Hospital Ophir Loyola, em Belém-PA. **Método:** Estudo transversal, quantitativo e observacional, desenvolvido entre junho e dezembro de 2024. Foram incluídos 80 participantes, adultos, com diagnóstico confirmado de câncer e submetidos à quimioterapia e/ou radioterapia. Para a coleta de dados, utilizaram-se os instrumentos validados: painDETECT, DN-4 e ESAS-r. A análise estatística baseou-se em testes de associação e regressão logística, considerando nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** A dor foi relatada por 80% dos participantes, dos quais 32,8% apresentaram escores indicativos de dor neuropática pelo painDETECT e 43,8% foram classificados com dor neuropática pelo DN-4. A escala ESAS-r foi o único instrumento que demonstrou associação estatisticamente significativa com a presença de dor neuropática ($p < 0,05$), evidenciando seu potencial como ferramenta sensível para triagem dessa condição. **Conclusão:** A dor neuropática está presente em parcela expressiva dos pacientes oncológicos, sua identificação eficaz depende do uso de instrumentos padronizados. Além disso, destaca-se a necessidade de protocolos clínicos estruturados para avaliação da dor e da funcionalidade, a fim de orientar o cuidado oncológico integral e humanizado.

Palavras-chave: Dor do Câncer/tratamento farmacológico; Neoplasias/tratamento farmacológico; Quimioterapia de Indução/efeitos adversos.

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a chronic-degenerative condition characterized by disordered cell growth, which may lead to metastasis and cause significant physical and emotional distress. Among the adverse effects of oncological treatments, such as chemotherapy and radiotherapy, neuropathic pain stands out, as it is often underdiagnosed and undertreated, substantially impairing patients' quality of life and functionality. **Objective:** Investigate the prevalence of neuropathic pain in cancer patients undergoing outpatient treatment at Hospital Ophir Loyola, in Belém, Brazil. **Method:** A cross-sectional, quantitative, and observational study was conducted between June and December 2024, including 80 adult participants with confirmed cancer diagnosis undergoing chemotherapy and/or radiotherapy. Data collection employed validated instruments: painDETECT, DN-4, and ESAS-r. Statistical analysis included association tests and logistic regression, with significance set at $p < 0.05$. **Results:** Pain was reported by 80% of participants. Neuropathic pain was identified in 32.8% of patients through painDETECT scores, and in 43.8% using DN-4. ESAS-r was the only instrument that showed a statistically significant association with neuropathic pain ($p < 0.05$), highlighting its potential as a sensitive screening tool for this condition. **Conclusion:** Neuropathic pain affects a considerable proportion of cancer patients, and its effective identification relies on the use of standardized instruments. Furthermore, structured clinical protocols for pain and functionality assessment are essential to guide comprehensive and humanized oncological care.

Key words: Cancer Pain/drug therapy; Neoplasms/drug therapy; Induction Chemotherapy/adverse effects.

^{1,2}Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém (PA), Brasil.

¹E-mail: flaviaadrianne@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-3031-6682>

²E-mail: saul@ufpa.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-6825-0239>

Dirección para correspondencia: Flávia Adrianne de Castro Grello. Rua Cinco, 492 – Maracangalha. Belém (PA), Brasil. CEP 66110-047. E-mail: flaviaadrianne@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El cáncer es una condición crónico-degenerativa caracterizada por el crecimiento desordenado de células con multiplicación acelerada, que lleva a la formación de tumores capaces de invadir tejidos y órganos adyacentes, diseminándose directamente o por medio de las vías linfáticas y sanguíneas y provocando metástasis¹.

La quimioterapia y la radioterapia constituyen modalidades terapéuticas ampliamente empleadas en el tratamiento oncológico. No obstante, sus usos pueden estar asociados a la ocurrencia de efectos adversos de significativa relevancia clínica, tales como fatiga, náuseas, vómitos, diarrea, alteraciones cutáneas, caquexia, neuropatía periférica y dolor neuropático². Entre estos efectos, la neuropatía periférica y el dolor neuropático se destacan por el impacto funcional y por la dificultad diagnóstica en el contexto clínico oncológico.

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos anticancerígenos para destruir las células tumorales y actúa de forma sistémica, llegando a las células cancerígenas en cualquier región del cuerpo. El tratamiento también puede acarrear neuropatía periférica por alteraciones metabólicas, estructurales y autoinmunes, que causan lesión axonal en los nervios periféricos, principalmente los más distales^{3,4}.

Con relación a la radioterapia, que tiene acción restringida a la región en que se aplica, esta estimula la lesión neuronal como consecuencia de procesos inflamatorios y fibrogénicos, además de alteraciones vasculares que favorecen la isquemia. Además, el dolor neuropático puede resultar de la invasión directa en las fibras nerviosas por parte del tumor^{3,4}.

Entre los múltiples síntomas presentados por individuos con cáncer, el dolor representa uno de los más relevantes, por estar asociado a un elevado grado de sufrimiento, incapacidad funcional y compromiso de la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al dolor relacionado con el cáncer como una emergencia médica global, debido a su alta prevalencia e intensidad en los pacientes oncológicos. En estadios avanzados de la enfermedad, su ocurrencia se estima entre el 50% y el 75% de los casos⁵.

Considerando que el dolor constituye una experiencia subjetiva e individual, su evaluación se vuelve compleja, requiriendo de los profesionales de salud un conocimiento especializado y el uso de instrumentos validados que hagan posible una comprensión más exacta de este fenómeno⁵. En este contexto, la identificación específica del dolor neuropático representa un desafío adicional, dado que frecuentemente coexiste con otros tipos de dolor oncológico.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el dolor oncológico puede ser clasificado en nociceptivo,

neuropático o mixto. El dolor nociceptivo surge de la estimulación de nociceptores en tejidos distantes del sistema nervioso, mientras que el dolor neuropático resulta de lesión o disfunción del sistema somatosensorial. El dolor mixto combina componentes nociceptivos y neuropáticos, siendo frecuentemente observado en pacientes oncológicos^{6,7}.

En lo que se refiere al dolor neuropático, este resulta de trauma o disfunción nerviosa en cualquier punto de las vías de transmisión neuronal, pudiendo ser determinado por isquemia, infección, lesión química, invasión tumoral, radioterapia o quimioterapia. Clínicamente, se manifiesta mediante síntomas como quemazón, hormigueo, choques eléctricos y adormecimiento, siendo esencial su adecuada identificación durante la evaluación clínica⁸.

El dolor neuropático se asocia a daños adicionales, como insomnio, reducción de la movilidad, compromiso de las actividades cotidianas y menoscabo de la calidad de vida, impactando no solo en el paciente, sino también en sus familiares y cuidadores⁵.

A pesar de la amplia utilización de instrumentos para la evaluación del dolor en oncología, se observa que gran parte de los estudios se concentra en la estimación de prevalencia del dolor neuropático, habiendo escasez de investigaciones que comparen sistemáticamente el desempeño de diferentes instrumentos específicos en la identificación de este tipo de dolor en pacientes oncológicos. Así, el presente estudio tiene como objetivo llenar este vacío, al comparar instrumentos validados para la evaluación del dolor neuropático en el contexto oncológico, contribuyendo para la mejoría de la práctica clínica y de la toma de decisión terapéutica.

MÉTODO

Estudio transversal, observacional y cuantitativo, realizado con 80 pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer, en tratamiento ambulatorio con quimioterapia y/o radioterapia en el Hospital Ophir Loyola (Belém-PA), entre junio y diciembre de 2024. Fueron incluidos individuos con 18 años o más de edad, con informe de dolor asociado al tratamiento oncológico y capacidad cognitiva preservada. Fueron excluidos pacientes que no consintieron en participar del estudio o que presentaban limitaciones cognitivas que impidiesen la comprensión de los instrumentos aplicados.

La población de este estudio estuvo compuesta por pacientes con diferentes tipos de cáncer, incluyendo neoplasias sólidas y hematológicas, en diversos estadios de la enfermedad (inicial, localmente avanzado y avanzado/metastásico) y sometidos a distintas líneas de tratamiento oncológico, como primera línea, líneas subsiguientes y terapias de carácter paliativo.

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton – versión revisada (ESAS-r)⁹, painDETECT¹⁰ y *Douleur Neuropathique* en 4 preguntas (DN-4)¹¹. La recolección de datos se dio en tres etapas secuenciales: identificación y reclutamiento de los pacientes elegibles, obtención del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE) y aplicación de los instrumentos validados. Todas las evaluaciones fueron realizadas por un único evaluador previamente capacitado. En los casos de bajo nivel educativo, los instrumentos autoadministrados fueron leídos por el evaluador, que registró las respuestas proporcionadas por los participantes.

Los datos obtenidos fueron codificados y almacenados en hojas de cálculo de *Microsoft Excel*® (versión 16.99.2) y posteriormente analizados en el *software* JAMOV¹² (versión 2.3.21.0). Se realizaron análisis descriptivos para caracterización de la muestra y de las variables clínicas. La asociación entre variables categóricas fue evaluada mediante la prueba ji al cuadrado (χ^2)¹³. Se adoptó un nivel de significación estadística de $p < 0,05$ para todos los análisis.

Para la evaluación del desempeño diagnóstico de los instrumentos painDETECT y DN-4, fueron construidas curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC)¹⁴. Adicionalmente, se empleó regresión logística binomial para estimar *odds ratio* (OR)¹⁵ y los respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Las variables incluidas en el modelo multivariado fueron seleccionadas con base en criterios clínicos y en los resultados de los análisis univariados, considerándose la viabilidad estadística en función del tamaño muestral. Debido al número limitado de participantes y al potencial riesgo de sobreajuste del modelo, los resultados de la regresión logística fueron analizados de forma exploratoria, sin pretensión predictiva.

La investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Pesquisa (CEP) del Hospital Universitario João de Barros Barreto (CAAE: 74118523.9.0000.5634) y del Hospital Ophir Loyola (CAAE: 74118523.9.3002.5550), con los números de los pareceres 6915725 y 7078487, respectivamente. Todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE), conforme con las directrices éticas establecidas por la Resolución n.º 466, del 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud¹⁶.

RESULTADOS

Fueron incluidos en este estudio 80 participantes que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Entre estos, 19 (23,8%) eran de sexo femenino y 61 (76,2%) de

sexo masculino. El promedio de edad se concentró predominantemente en el grupo etario inferior a 60 años, totalizando 48 individuos (60%).

Con relación a los hábitos de vida, 58 participantes (72,5%) declararon no hacer uso de productos derivados del tabaco, mientras que 22 (27,5%) informaron hábito tabaquista. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, 41 individuos (51,2%) afirmaron no consumir alcohol y 39 (48,8%) informaron sí hacerlo.

Al analizar las variables relacionadas con la presencia de dolor, se observó que 16 participantes (20%) informaron ausencia de dolor, mientras que 64 (80%) informaron sentir algún tipo de dolor. En relación con el uso de medicación analgésica, 20 individuos (25%) declararon no utilizar medicamentos para control del dolor, mientras que 60 (75%) informaron usar fármacos con dicha finalidad.

En lo que se refiere a los antecedentes quirúrgicos en el contexto del tratamiento oncológico, 38 participantes indicaron ya haber sido sometidos a algún procedimiento quirúrgico. Entre estos, la histerectomía total fue el más prevalente, correspondiendo a 13 participantes (34,2%), seguido de la mastectomía total, con 7 participantes (18,4%).

En el análisis de los resultados obtenidos por medio de los instrumentos aplicados, se observó que, en la escala painDETECT, 16 participantes informaron no sentir dolor, presentando, por lo tanto, resultado negativo para dolor neuropático. Entre los 64 participantes que informaron presencia de dolor, 8 (12,5%) obtuvieron puntuación indicadora de diagnóstico indefinido, 35 (54,7%) presentaron diagnóstico negativo para dolor neuropático, y 21 (32,8%) obtuvieron resultado positivo, sugiriendo presencia de dolor de origen neuropático.

La aplicación del cuestionario DN4, utilizado para diferenciar dolor neuropático de nociceptivo, reveló que los 16 participantes que inicialmente afirmaron no sentir dolor (y que, por lo tanto, obtuvieron puntuación mínima en el painDETECT), presentaron perfil compatible con dolor nociceptivo en el DN4. Ya entre los participantes que informaron dolor en la escala painDETECT, 28 (43,8%) fueron clasificados con diagnóstico positivo para dolor neuropático en el DN4, mientras que 36 (56,2%) fueron clasificados con dolor nociceptivo.

Los resultados obtenidos mediante la escala ESAS-r, considerando exclusivamente los dominios dolor y fatiga, están presentados en la Tabla 1. Todos los 80 participantes se encontraban en tratamiento quimioterápico al momento de la obtención de datos. Solo 6 individuos habían realizado sesiones de radioterapia, lo que se justifica por el hecho de que, durante el período de recolección, el servicio de radioterapia del Hospital Ophir Loyola se encontraba en obras y, por lo tanto, temporalmente indisponible.



En la realización de las pruebas de correlación parcial, se usó la prueba ji al cuadrado (χ^2) asociada al cálculo del p , siendo considerada como variable principal el dominio “siente dolor”. Los resultados indicaron que solo un subconjunto de variables presentó correlación estadísticamente significativa, definida por $p < 0,05$. Las variables que denotaron tal asociación fueron: tipo de neoplasia, antecedentes de realización de cirugía oncológica, uso de fármacos analgésicos, puntuación obtenida en la escala painDETECT y el diagnóstico clínico de dolor. Estos hallazgos se encuentran resumidos en la Tabla 2, resaltando la potencial relevancia clínica y estadística de estos factores en el contexto evaluado.

En el presente análisis, se observó que los puntajes superiores a 2 en el dominio de dolor de la ESAS-r estuvieron más frecuentemente asociados a una mayor puntuación en la escala DN4, sugiriendo una posible correlación entre intensidad del dolor autodeclarado y características neuropáticas. Considerando el punto de corte establecido para el DN4, los valores inferiores a 3 indican baja probabilidad de dolor neuropático, mientras que las puntuaciones iguales o superiores a 4 sugieren fuerte probabilidad de este tipo de dolor.

Cuando se analizan aisladamente, ni el DN4 ni el painDETECT demostraron asociación estadísticamente

significativa consistente con la presencia de dolor neuropático en todos los análisis realizados (Tabla 3), evidenciando la complejidad de la evaluación de este tipo de dolor en el contexto oncológico.

El análisis por regresión logística presentó métricas de desempeño satisfactorias en la muestra estudiada, con valores de precisión, sensibilidad, especificidad y área bajo la curva *Receiver Operative Characteristic* (ROC) descritos en la Figura 1.

De esta forma, los principales hallazgos del estudio se concentran en la descripción de la frecuencia de características neuropáticas del dolor y en el análisis asociativo entre los instrumentos utilizados, reforzando la importancia de un enfoque evaluador combinado, en vez del uso aislado de un único instrumento.

DISCUSIÓN

El dolor neuropático permanece como un síntoma poco explorado y, frecuentemente, subvaluado en el contexto oncológico, sobre todo debido a la multiplicidad de intervenciones terapéuticas y a las especificidades inherentes a cada tipo de neoplasia. Estas particularidades contribuyen para la heterogeneidad de la presentación clínica, dificultando su adecuada clasificación y, en especial,

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables de quimioterapia, radioterapia, escala DN4 y ESAS-r

	n	Promedio	Inferior (IC)	Superior (IC)	Mediana
Total de sesiones de QT	80	17,77	15,10	20,45	16,00
Total de sesiones de RT	6	5,00	5,00	5,00	5,00
Dolor ESAS-r	80	4,05	3,50	4,60	4,00
Fatiga ESAS-r	80	3,31	2,83	3,79	3,00
Puntaje final DN4	80	3,01	2,57	3,46	2,50

Leyenda: IC = intervalo de confianza; QT = quimioterapia; RT = radioterapia; ESAS-r = Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton – versión revisada; y DN4 = Douleur Neuropathique en 4 preguntas.

Tabla 2. Asociación entre presencia de dolor y variables clínicas y sociodemográficas

Variable	χ^2	gl	p	Significación estadística
Sexo	0,276	1	0,599	No significativa
Grupo etario (<60 / ≥60 años)	2,200	1	0,138	No significativa
Comorbilidades (0, 1 o 2)	0,121	2	0,941	No significativa
Tabaquismo	0,768	1	0,381	No significativa
Alcoholismo	0,013	1	0,911	No significativa
Tipo de cáncer	15,000	5	0,010	Significativa
Antecedentes de cirugía oncológica	6,630	1	0,010	Significativa
Uso de medicación para dolor	60,000	1	<0,001	Altamente significativa
Resultado de la escala PainDETECT	11,400	2	0,003	Significativa
Diagnóstico (dolor neuropático/nociceptivo)	10,800	1	0,001	Significativa

Leyenda: χ^2 = prueba ji al cuadrado; gl = grado de libertad.

Tabla 3. Regresión logística binomial con los coeficientes del modelo – Siente dolor

Predictor	Intervalo de confianza 95%					
	Estimaciones	Error estándar	p	Odds ratio	Límite inferior	Límite superior
Dolor ESAS-r ≤ 3	3,946	1,26	0,002	52,654	4,4731	619,80
Resultado painDETECT	15,174	2.214,91	0,995	3,89e+6	0,0000	Inferior
Presencia de dolor						
Puntaje final DN4 ≤ 4	1,796	1,28	0,160	6,027	0,4924	73,76
Tipo de cáncer						
Hematopoyético						
Cáncer de mama	-1,060	1,71	0,535	0,346	0,0121	9,89
Ginecológico						
Cáncer de mama	1,733	1,62	0,284	5,655	0,2380	134,41
Otros						
Cáncer de mama	0,787	1,38	0,569	2,196	0,1465	32,91

Leyenda: ESAS-r = Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton – versión revisada; DN4 = Douleur Neuropathique en 4 preguntas.

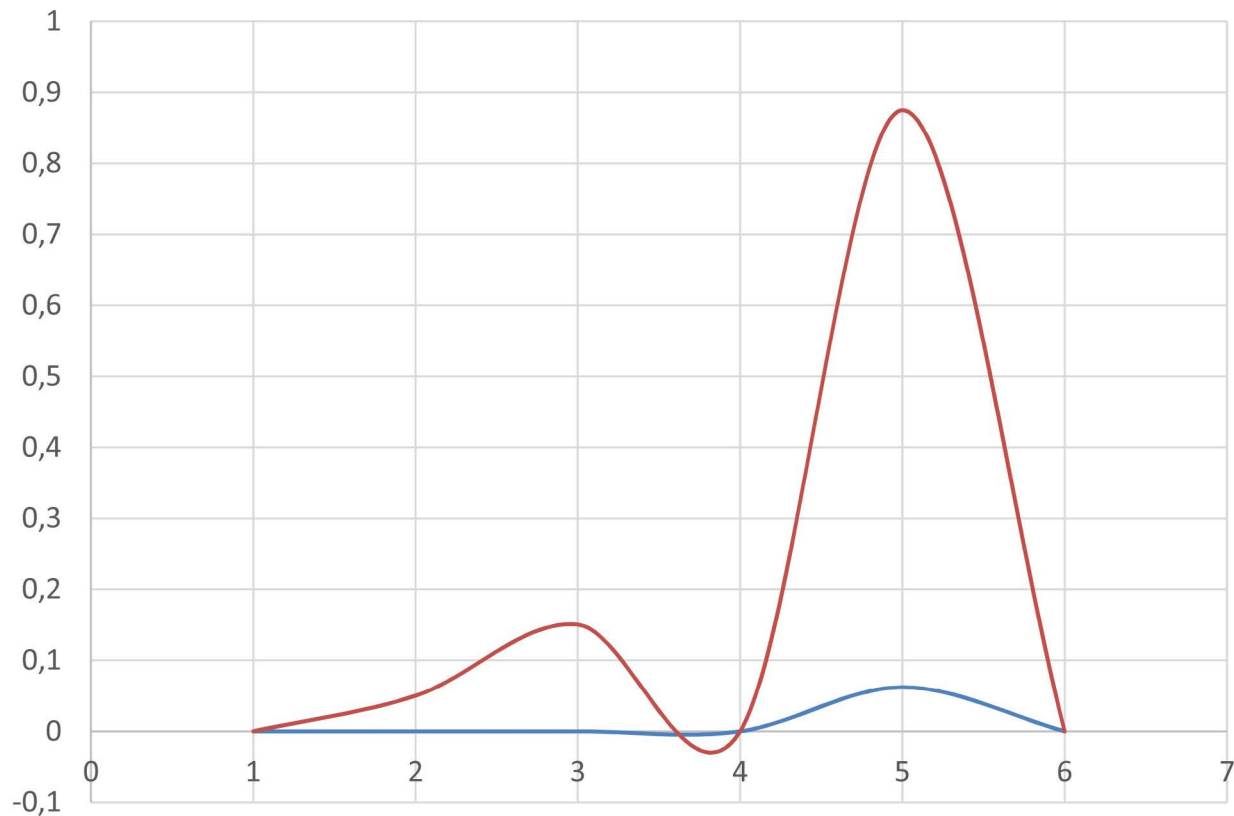


Figura 1. Curva de Receiver Operating Characteristic (ROC)

Nota: Medidas Predictivas (precisión de 0,887, sensibilidad de 0,875, especificidad de 0,938 y Area Under Curve – AUC – de 0,906).

la delimitación de los criterios diagnósticos del dolor de característica neuropática. En este escenario, la presente investigación se propone investigar una temática todavía poco dilucidada en las ciencias de la salud, con énfasis en la oncología, buscando contribuir para la profundización de la comprensión sobre los factores involucrados en la manifestación de este tipo específico de dolor.

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse de forma cautelosa, considerando las limitaciones metodológicas inherentes al delineamiento adoptado y a las características de la muestra analizada. Aunque el dominio de dolor de la ESAS-r haya presentado asociación estadísticamente significativa con la presencia de características neuropáticas, este resultado no permite

afirmar superioridad o especificidad del instrumento para triaje o diagnóstico de dolor neuropático, puesto que la ESAS-r es una herramienta multidimensional, destinada a la evaluación global de síntomas. Se resalta que la ESAS-r fue analizada exclusivamente como instrumento multidimensional de evaluación de síntomas, no específico para identificación de dolor neuropático.

Aunque diversos estudios hayan caracterizado al dolor como uno de los principales síntomas en personas sometidas al tratamiento oncológico, el dolor de característica neuropática se confunde en un sinnúmero de complicaciones y efectos adversos, siendo, de esta forma, extremadamente difícil de contextualizarlo. Hay investigaciones que han demostrado que el dolor neuropático se da en aproximadamente del 19% al 39% de los pacientes con cáncer, considerando dolor puro y mixto^{17,18}. En poblaciones oncológicas de la India, la prevalencia llegó al 54%¹⁹.

Cuando se analiza pacientes con tipos específicos de cáncer, esta incidencia varía: en sobrevivientes de cáncer de cabeza y cuello, el 13,7% presentó síntomas neuropáticos²⁰; en mujeres sometidas a la mastectomía, se estima entre el 25% y el 60%²¹; en pacientes sometidos a la quimioterapia, del 30% al 40% desarrolla neuropatía periférica dolorosa²¹. Ya en estudio multicéntrico con pacientes con cáncer colorrectal, el 25,8% informó dolor neuropático moderado a severo, comparado al 17,1% en otras neoplasias²². Tales datos evidencian no solo la alta frecuencia de este tipo de dolor, sino también su variabilidad en función del tipo de cáncer, tratamiento y estadio de la enfermedad.

Esta investigación analizó a 80 pacientes en tratamiento oncológico y observó una prevalencia del 32,8% con resultado positivo sugiriendo presencia de dolor de origen neuropática en la escala painDETECT, mientras que en la aplicación del cuestionario DN4, el 43,8% fue clasificado con diagnóstico positivo para dolor neuropático y la mayoría de los pacientes presentaba tumores sólidos; no obstante, la especificidad del tipo de tumor fue mayor en aquellos exclusivos de mujeres (ginecológicos).

Se observó que los puntajes más elevados en el dominio dolor de la ESAS-r estuvieron asociados a mayores puntuaciones en el DN4, sugiriendo relación entre mayor intensidad de dolor autodeclarado y características neuropáticas. Sin embargo, esta asociación debe interpretarse con cautela, dado que la ESAS-r no es un instrumento específico para triaje o diagnóstico de dolor neuropático, y sí una escala multidimensional de evaluación global de síntomas.

Hay estudios que demuestran que diferentes modalidades de tratamiento oncológico están fuertemente asociadas al dolor neuropático. La quimioterapia

neurotóxica, como agentes a base de platinos, taxanos, alcaloides de vinca e inhibidores de proteasoma, causa neuropatía periférica dolorosa en aproximadamente el 30–60% de los pacientes, pudiendo llegar hasta el 70% en el primer mes²³. La radioterapia también es significativa, especialmente en tumores mamarios ($\approx$ 2%) y de cabeza y cuello (hasta 15%), con prevalencia de dolor neuropático del 31,1% entre pacientes acompañados en unidades de radioterapia^{24,25}.

En un estudio que combinó modalidades, se observó incidencia del 35% al 56 % en pacientes sometidos a quimioterapia, radioterapia y/o cirugía¹⁹. Esto muestra cómo la terapia oncológica, aislada o combinada, contribuye para la instalación del dolor neuropático, demandando mayor atención clínica.

Estudios recientes^{26,27} refuerzan la utilidad del Edmonton Symptom Assessment System – Revised (ESAS-r) en la evaluación de síntomas en pacientes con cáncer avanzado. Yannitsos et al. evaluaron longitudinalmente la intensidad y la complejidad de los síntomas en pacientes oncológicos acompañados en un centro de referencia, demostrando que el ESAS-r permite monitorear de forma consistente dolor, fatiga, náusea y otros síntomas a lo largo del tratamiento²⁶. De forma semejante, Lelond et al.²⁷, en estudio observacional con pacientes con cáncer pancreático avanzado, utilizaron el ESAS-r para caracterizar la carga sintomática, evidenciando su capacidad de captar múltiples síntomas simultáneamente y apoyar la evaluación clínica en diferentes estadios de la enfermedad². Estos hallazgos corroboran que el ESAS-r es un instrumento eficaz para el monitoreo sistemático del dolor y de otros síntomas en pacientes con cáncer avanzado.

Los resultados de la presente investigación demostraron que este instrumento fue el único que se asoció significativamente a la ocurrencia de dolor neuropático. Investigaciones anteriores ya habían señalado la limitación de otros instrumentos ampliamente utilizados, como el DN4, Escala de Dolor de Leeds para Evaluación de Síntomas y Señales Neuropáticos (LANSS)²⁸ y painDETECT, para detectar dolor neuropático en pacientes con cáncer.

En una revisión sistemática realizada, existe el informe de que la principal dificultad reside en la heterogeneidad clínica de estos pacientes, marcada por la sobreposición de dolor nociceptivo y neuropático, presencia de déficits sensoriales y también por manifestaciones menos típicas, como dolor profundo y mal localizado, sensación de presión o ajuste, predominio de síntomas negativos (hipoestesia o anestesia) en vez de síntomas positivos, además de distribución no clásica o irregular del dolor, dificultando su identificación mediante los instrumentos de rastreo^{29,30}.

Mediante un estudio clínico, se constató que la presentación heterogénea del dolor neuropático oncológico puede llevar a la subnotificación incluso en pacientes que cumplen con los criterios clínicos para este diagnóstico, además de caracterizar perfiles sintomáticos distintos y señalar fallas de los instrumentos en detectar síntomas negativos, como hiposensibilidad³¹.

Adicionalmente, la heterogeneidad de los tratamientos oncológicos observada en la muestra puede haber influido tanto en la experiencia dolorosa informada por los pacientes como en el desempeño de los instrumentos evaluadores. Síntomas frecuentes en el cáncer, como fatiga, náuseas, vómitos y alteraciones emocionales, pueden actuar como factores de confusión, interfiriendo en la percepción del dolor y dificultando su caracterización específica.

En este contexto, el dominio del dolor de la ESAS-r debe ser comprendido como parte de una evaluación sintomática amplia, capaz de captar la intensidad del sufrimiento, pero no como un instrumento específico para la identificación de dolor neuropático. Los resultados refuerzan la necesidad de enfoques evaluadores integrados, que combinen instrumentos específicos con juicio clínico especializado, especialmente en poblaciones oncológicas complejas.

Este estudio presenta limitaciones que deben ser explícitamente consideradas en la interpretación de los resultados. En primer lugar, el reducido tamaño muestral limita el poder estadístico de los análisis, especialmente aquellos de carácter multivariado, y aumenta la probabilidad de estimaciones imprecisas e intervalos de confianza amplios. El delineamiento transversal impide el establecimiento de relaciones temporales o causales entre las variables analizadas, restringiendo las conclusiones a la identificación de asociaciones.

El carácter unicéntrico del estudio, realizado en un único hospital de referencia, puede limitar la generalización de los hallazgos para otras poblaciones y contextos asistenciales. Además, la muestra estuvo compuesta por pacientes con diferentes tipos de cáncer, estadios de la enfermedad y líneas de tratamiento, lo que, aunque refleje la práctica clínica real, introduce elevada heterogeneidad clínica, influenciando potencialmente la manifestación del dolor y el desempeño de los instrumentos utilizados.

Otra limitación relevante se refiere al uso de instrumentos autorreportados para evaluación del dolor y de los síntomas, los cuales están sujetos a sesgos de información, como sesgo de memoria, comprensión limitada de los ítems e influencia del estado emocional al momento de la respuesta.

Finalmente, la ausencia de protocolos institucionales estandarizados para la evaluación sistemática del dolor

en el servicio estudiado puede haber impactado en la uniformidad de las informaciones clínicas disponibles. Estas limitaciones refuerzan la necesidad de estudios futuros con muestras mayores, delineamientos longitudinales y estrategias evaluadoras más estandarizadas, capaces de profundizar en la comprensión del dolor neuropático en el contexto oncológico.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio exploratorio sugieren que, en la muestra evaluada, la presencia de características neuropáticas del dolor estuvo asociada a los puntajes del dominio dolor de la ESAS-r, entre las variables clínicas e instrumentos analizados. No obstante, estos hallazgos deben ser interpretados con cautela, considerando que la ESAS-r es un instrumento multidimensional y no específico para la identificación de dolor neuropático.

Aunque se utilicen ampliamente en la práctica clínica instrumentos específicos, como painDETECT y DN4, los resultados obtenidos indican que su aplicación aislada puede presentar limitaciones en la captación de la complejidad del dolor en pacientes oncológicos, especialmente en contextos marcados por heterogeneidad clínica, múltiples tratamientos y superposición de mecanismos dolorosos. Así, los hallazgos refuerzan la importancia de enfoques evaluadores combinados e integrados, sin que se pueda establecer superioridad de un instrumento sobre otro.

El modelo estadístico utilizado presentó un desempeño satisfactorio en la muestra estudiada. No obstante, tales resultados deben comprenderse como exploratorios, no permitiendo inferencias predictivas robustas o generalizables para otras poblaciones. El tamaño muestral reducido y el delineamiento transversal limitan la extrapolación de los hallazgos.

De esta forma, este estudio contribuye de manera preliminar para la comprensión de la evaluación del dolor neuropático en el contexto oncológico, al evidenciar desafíos metodológicos y clínicos relacionados con el uso de instrumentos de evaluación. Estudios futuros, con muestras mayores, delineamientos longitudinales y estrategias de evaluación estandarizadas, son necesarios para confirmar los hallazgos y profundizar el entendimiento sobre la identificación y el manejo del dolor neuropático en pacientes con cáncer.

APORTES

Flávia Adrianne de Castro Grello contribuyó en la concepción y en el delineamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la



redacción y revisión del manuscrito. Saul Rassy Carneiro contribuyó en el análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica. Ambos autores aprobaron la versión final del manuscrito.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

- Pereira DTS, Andrade LL, Agra GA, et al. Condutas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2015;7(1):1883-90. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1883-1890>
- Pereira NML, Lemos TMAM, Martins RR, et al. Manejo e prevenção de reações adversas da quimioterapia antineoplásica com platinas em pacientes com cânceres esofágico e gástrico: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Cancerol*. 2021;67(4):e091347. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n4.1347>
- Van den Beuken-van Everdingen MH, Hochstenbach LM, Joosten EA, et al. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(6):1070-90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.340>
- Couceiro TCM, Lima LC, Vasconcelos RM, et al. Prevalence of neuropathic pain in patients with cancer. *Braz J Pain*. 2018;1(3):231-5. doi: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180045>
- Faller JH, Zilly A, Moura CB, et al. Escala Multidimensional na avaliação da dor e sintomas de idosos em cuidados paliativos. *Cogitare Enferm*. 2016;21(2):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.45734>
- Baldini DS, Salles MT, Santana SM. A atuação do fisioterapeuta no controle da dor oncológica: uma revisão de literatura [monografia na Internet]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2010 [acesso 2023 abr 2]. Disponível em: http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/482/1/_TCC.pdf
- Deng Y, Luo L, Hu Y, et al. Clinical practice guidelines for the management of neuropathic pain: a systematic review. *BMC Anesthesiol*. 2016;16:12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12871-015-0150-5>
- Mendes C, Machado D, Linartevichi V. Índice de dor neuropática em pacientes oncológicos e conduta farmacológica. *FAG J Health*. 2020;2(4):424-8. doi: <https://doi.org/10.35984/fjh.v2i4.264>
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991;7(2):6-9. doi: <https://doi.org/10.1177/082585979100700202>
- Freyenhagen R, Baron R, Gockel U, et al. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(10):1911-20. doi: <https://doi.org/10.1185/030079906x132488>
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.010>
- Jamovi [Internet]. Versão 2.3.21.0. Sydney: projeto Jamovi; 2024. [acesso 2024 jan 23]. Disponível em: <https://www.jamovi.org/>
- Agresti A. An introduction to categorical data analysis. 2. ed. New York: Wiley; 2007.
- Çorbacıoğlu ŞK, Aksel G. Receiver operating characteristic curve analysis in diagnostic accuracy studies: a guide to interpreting the area under the curve value. *Turk J Emerg Med*. 2023;23(4):195-8. doi: https://doi.org/10.4103/tjem.tjem_182_23
- Glas AS, Lijmer JG, Prins MH, et al. The diagnostic odds ratio: a single indicator of test performance discute o diagnostic odds ratio. *J Clin Epidemiol*. 2023;56(11):1129-35. doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(03\)00177-X](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(03)00177-X)
- Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção 1:59.
- Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, et al. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain*. 2012;153(2):359-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.028>
- Edwards HL, Mulvey MR, Bennett MI. Cancer-related neuropathic pain. *Cancers (Basel)*. 2019;11(3):373. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers11030373>

19. Satija A, Joad AK, Rana SPS, et al. The burden of cancer-related neuropathic pain: a multi-centric cross-sectional observational study from North India. *Indian J Palliat Care*. 2023;29(2):104-8. doi: https://doi.org/10.4103/ijpc.ijpc_277_20
20. Fallon MT. Neuropathic pain in cancer. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):105-11. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aet208>
21. Mulvey MR, Boland EG, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain in cancer: systematic review, performance of screening tools and analysis of symptom profiles. *Br J Anaesth*. 2017;119(4):765-74. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aex175>
22. Ikander T, Raunkjær M, Voetmann C V, et al. Cancer-related pain experienced in daily life is difficult to communicate and to manage - for patients and for professionals. *Scand J Pain*. 2024;24(1):eCollection. doi: <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0107>
23. Molinares D, Kurtevski S, Zhu Y. Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: diagnosis, agents, general clinical presentation, and treatments. *Curr Oncol Rep*. 2023;25(11):1227-35. doi: <https://doi.org/10.1007/s11912-023-01449-7>
24. Yoon SY, Oh J. Neuropathic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. *Korean J Intern Med*. 2018;33(6):1058-69. doi: <https://doi.org/10.3904/kjim.2018.162>
25. Rayment C, Hjermstad MJ, Aass N, et al. European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). Neuropathic cancer pain: prevalence, severity, analgesics and impact from the European Palliative Care Research Collaborative-Computerised Symptom Assessment study. *Palliat Med*. 2013;27(8):714-21. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216312464408>
26. Yannitsos D, Qi S, Davies O, et al. Trends in symptom severity and complexity in patients undergoing radiation therapy. *BMC Cancer*. 2025;25(390):1-8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12885-025-13587-1>
27. Lelond S, Ward J, Lambert PJ, et al. Symptom burden of patients with advanced pancreas cancer (APC): a provincial cancer institute observational study. *Curr Oncol*. 2021;28(4):2789-800. doi: <https://doi.org/10.3390/curroncol28040244>
28. Sarkar SR, Tauhid MS, Khanam SA, et al. Validation of the bengali version of the Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs (LANSS) pain scale: a tool for differentiating neuropathic and nociceptive pain. *Medicine (Baltimore)*. 2025;104(46):e45982. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000045982>
29. Mathieson S, Maher CG, Terwee CB, et al. Neuropathic pain screening questionnaires have limited measurement properties in cancer patients: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(8):957-66. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.03.010>
30. Mulvey MR, Boland EG, Bouhassira D, et al. Neuropathic pain in cancer: systematic review, performance of screening tools, and analysis of symptom profiles. *Br J Anaesth*. 2017;119(4):765-74. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aex223>
31. Davis MP. Dor neuropática relacionada ao câncer: revisão e tópicos selecionados. *Hematol Oncol Clin North Am*. 2018;32(3):417-431. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2018.01.005>

Recebido em 15/10/2025
Aprovado em 29/12/2025

