






EVALUACIÓN DE LA TOXICIDAD FINANCIERA (FACIT-COST) DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN EL SUR DE BRASIL

Luciana de Alcantara Nogueira¹ 
Cristiano de Oliveira Ribeiro² 
Maria de Fátima Mantovani¹ 
Paulo Ricardo Bittencourt Guimarães¹ 
Luciana Puchalski Kalinke¹ 

ABSTRACT

Objective: to assess financial toxicity and associate the total score with the sociodemographic and clinical profile of cancer patients assisted in public and private institutions. Method: descriptive cross-sectional research conducted from September 2018 to January 2020 with 126 patients undergoing chemotherapy in the state of Paraná, Brazil. A sociodemographic and clinical instrument and the COmprehensive Score for financial Toxicity were used; Student's t-test and Scoring Guidelines were used for analysis. Results: the mean score of financial toxicity in the public institution sample was 16.33, in the private one 24.02. Combining the samples, the average score was 18.95. In the correlation analysis, statistical significance was found with the income in the public institution (p-value=0.002); in the private institution, having comorbidity (p-value=0.003) and use of medication (p-value=0.042). Conclusion: recognizing financial toxicity as an adverse event will help professionals to develop a care plan according to the patient's conditions.

DESCRIPTORS: Financial Toxicity; Neoplasms; Financial Resources in Health; Health-Related Quality of Life; Quality of Life.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Nogueira L de A, Reis BK dos, Ribeiro C de O, Guimarães PRB, Kalinke LP. Assessment of financial toxicity (FACIT-COST) of patients with cancer in Southern Brazil. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [accessed "insert day, month and year"]; 27. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.79533>.

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

²Hospital Nossa Senhora das Graças. Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUCCIÓN

La presencia de estrés financiero en los pacientes con neoplasia/cáncer puede estar originada por los elevados costes que la enfermedad ocasiona, desde el diagnóstico y el follow up, lo que repercute en sus vidas y en las de sus familias. Se ha conceptualizado como una de las consecuencias que experimentan los pacientes que no pueden o tienen dificultades para pagar el tratamiento. A menudo utilizan sus ahorros, cambian su estilo de vida, obtienen préstamos y, muchas veces, se declaran en quiebra⁽¹⁾.

Los impactos originados por el estrés financiero pueden comenzar desde el diagnóstico y continuar durante meses o años después del final del tratamiento. Esto ocurre porque incluye gastos con medicamentos, consultas, exámenes y hospitalizaciones, viajes y gastos relacionados con posibles cambios en el bienestar, causados por cambios en la vida y el aumento de los gastos. Debido a estas repercusiones, se ha considerado un nuevo evento adverso del tratamiento oncológico⁽²⁾.

La medición de este evento adverso ha sido realizada por varios autores⁽³⁻⁵⁾ y contextos. Su impacto puede ir más allá de los problemas financieros, provocando trastornos psicológicos, como el aumento de la ansiedad y la depresión, así como cambios en el curso clínico de la enfermedad, como el empeoramiento de esta debido a la falta de adherencia al tratamiento propuesto.

Los estudios⁽⁶⁻⁹⁾ han asociado el estrés financiera con una peor calidad de vida relacionada con la salud (QVRS). Las repercusiones son amplias y pueden abarcar los dominios que componen el concepto de calidad de vida, como el bienestar físico y psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, entre otros⁽¹⁰⁾, provocando un empeoramiento de la enfermedad o complicaciones.

Las consecuencias de la toxicidad financiera merecen la atención de los gestores y de los equipos sanitarios, para dirigir las intervenciones que minimicen el sufrimiento del paciente. Según algunos autores⁽¹¹⁾, puede ser más crítico que el sufrimiento físico, emocional, social o familiar. Está presente en poblaciones atendidas por los sistemas sanitarios públicos⁽⁴⁾ y privados⁽¹²⁾. La identificación de los pacientes que sufren su presencia es el primer paso para la aplicación de medidas destinadas a reducir sus efectos.

En Brasil, existen tres formas de atención sanitaria para la población. El primero es el acceso a través del sistema público, llamado Sistema Unico de Salud (SUS), en el que todo ciudadano brasileño, según la constitución vigente, tiene derecho a los servicios de salud, y el Estado tiene la obligación de proporcionárselos. Ningún paciente atendido por la SU gasta dinero. La segunda forma es el acceso a través de planes de salud privados contratados por los pacientes o las empresas; éstos pueden tener coparticipación, que es un porcentaje que se añade a la factura a medida que se utilizan los servicios. La tercera vía es la opción de pago por tratamiento, en la que el paciente paga sus gastos en el momento de la atención.

En un intento de cuantificar la experiencia de los pacientes con cáncer relacionada con las dificultades financieras, en 2014, el grupo norteamericano Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) desarrolló el cuestionario COmprehensive Score for financial Toxicity - COST, que mide la toxicidad financiera de los pacientes con cáncer⁽¹³⁾. Este cuestionario fue validado para la cultura norteamericana en 2017⁽⁹⁾ y se ha utilizado en diversas culturas y modelos de atención sanitaria. El COST fue traducido, adaptado a la cultura y validado en Brasil en 2020⁽¹⁴⁾.

Aunque el COST ha sido validado para la cultura brasileña, las investigaciones en el país que miden la toxicidad financiera de los pacientes con cáncer son escasas. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar la toxicidad financiera y correlacionar la puntuación total con las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con

cáncer asistidos en instituciones públicas y privadas del sur de Brasil.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado con 126 pacientes con cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia antineoplásica. La recogida de datos se realizó en dos instituciones, una pública (n=83) y otra privada (n=43) de una capital del sur de Brasil.

La institución pública proporciona asistencia financiada en su totalidad por el SUS. La atención incluye el tratamiento de quimioterapia, las transfusiones de sangre, los procedimientos menores y las interferencias relacionadas con el tratamiento. Los pacientes son derivados por profesionales de Atención Primaria o de Urgencias de la ciudad y, en menor medida, de otras localidades. La segunda institución es privada y ofrece atención a los pacientes con planes de seguro médico privados o a cargo del paciente.

Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron: haber sido diagnosticado de cáncer durante seis meses o más, estar en tratamiento de quimioterapia, tener 18 años o más. Se excluyeron los pacientes sometidos a quimioterapia por una enfermedad distinta del cáncer. Los pacientes de ambas instituciones fueron abordados individualmente, en un entorno privado, mientras se sometían a quimioterapia. El tiempo de respuesta osciló entre cinco y diez minutos.

La recolección de datos se realizó de septiembre de 2018 a enero de 2020, con dos instrumentos: 1) sociodemográfico y clínico, elaborado por los investigadores, con preguntas relacionadas con la edad, el género, la profesión, la educación e información sobre la presencia de comorbilidades, el uso de medicamentos y los hábitos de vida; 2) COST, con preguntas relacionadas con las cuestiones financieras del paciente con cáncer, incluyendo preguntas sobre las preocupaciones financieras en el futuro, la frustración por no contribuir con ingresos como antes de la enfermedad, la satisfacción con la situación financiera actual, entre otras. Las respuestas del COST se presentan en una escala Likert de cinco puntos que va de cero (nada) a cuatro (muchísimo).

Los datos fueron introducidos por duplicado en Microsoft Excel versión 2010, y se analizaron mediante el software SPSS, y se presentaron en tablas y gráficos con valores de media y desviación estándar (SD). Para la puntuación del COST se utilizó la Scoring Guidelines del cuestionario, cuya puntuación oscila entre cero y 44: cuanto más alta, mayor es el bienestar financiero, es decir, menor es la toxicidad financiera. La pregunta número 12 no se tuvo en cuenta por ser un ítem de resumen y se invirtieron las preguntas número dos, tres, cuatro, cinco, ocho, nueve y 10. Los resultados se presentaron como media y desviación estándar (DP).

Para evaluar el impacto de la toxicidad financiera, optamos por adoptar la división realizada por el estudio japonés⁽¹⁵⁾, que clasificó la puntuación COST en cuatro grados indicativos de mayor o menor toxicidad financiera: puntuación de grado cero por encima de 26 (sin impacto); puntuación de grado uno entre 14-25 (impacto leve); puntuación de grado dos entre uno-13 (impacto moderado); puntuación de grado tres cero (el impacto es alto). Así, los pacientes con grado dos o tres presentan estrés financiero.

Las comparaciones realizadas fueron de la puntuación total de toxicidad financiera con los datos sociodemográficos y clínicos de la muestra de la institución privada, la institución pública y la muestra total, utilizando la prueba t de Student. La hipótesis de normalidad se verificó mediante la prueba de Shapiro Wilk. Para evaluar la puntuación del estrés financiero, el análisis se realizó por separado.

Esta investigación fue revisada por el Comité de Ética en Investigación con Seres

Humanos de la Universidad Federal de Paraná, para ambas instituciones, y aprobada con el dictamen número 3.969.798. Para la utilización del COST, se contó con la autorización del grupo FACIT.

RESULTADOS

Se contactó con 162 pacientes, de los cuales 36 se negaron a participar en la investigación. La muestra estaba formada por 126 pacientes en tratamiento oncológico. De ellos, 75 (59,52%) eran mujeres, 67 (53,17%) tenían entre 31 y 59 años, 76 (60,32%) estaban casados o declaraban una unión estable; la ocupación principal era la de "retirado" para 44 (35,48%). Los ingresos familiares de 194,59 a 583,79 dólares, equivalentes a entre uno y tres salarios mínimos brasileños, fueron los más frecuentes para 54 participantes (43,20%) (Tabla 1).

En cuanto a los datos clínicos y los hábitos de vida de los pacientes de la muestra total (n=126), la tabla 1 muestra que 59 (47,58%) pacientes no tenían comorbilidad; sin embargo, 76 (60,32%) utilizaban medicación con frecuencia. En cuanto al tipo de tumor, 79 (62,70%) pacientes trataban con tumores sólidos. En cuanto a los hábitos de vida, 88 (69,84%) no practicaban una actividad física regular, 121 (96,03%) no consumían frecuentemente alcohol y 119 (94,44%) no fumaban.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, clínica e hábitos de vida das amostras da pesquisa. Curitiba, PR, Brasil, 2021 (continua)

	Institución privada		Institución pública		Muestra total	
	n=43	%	n=83	%	n=126	%
Género						
Hombre	18	41,86	33	39,76	51	40,48
Mujer	25	58,14	50	60,24	75	59,52
Edad						
18 a 30 años	0	0	4	4,82	4	3,17
De 31 a 59 años	23	53,49	44	53,01	67	53,17
Más de 60 años	20	46,51	35	42,17	55	43,65
Estado civil						
Casado	27	62,79	44	53,01	71	56,35
Solo	5	11,63	14	16,87	19	15,08
Divorciado	3	6,98	12	14,46	15	11,9
Unión estable	2	4,65	3	3,61	5	3,97
Viudo	6	13,95	10	12,05	16	12,7
Ocupación						
Empleo formal	11	25,58	16	19,75	27	21,77
Autónomos	12	27,91	13	16,05	25	20,16
Desempleado	0	0	10	12,35	10	8,06

Trabajador doméstico	5	11,63	13	16,05	18	14,52
Retirado	15	34,88	29	35,8	44	35,48
Ingresos familiares						
No hay ingresos	0	0	5	6,02	5	4
Hasta 1 SM*	1	2,38	16	19,28	17	13,6
De 1 a 3 MW	3	7,14	51	61,45	54	43,2
De 4 a 10 MW	23	54,76	11	13,25	34	27,2
10 a 20 SM	8	19,05	0	0	8	6,4
Más de 20 MW	7	16,67	0	0	7	5,6
Prestación del Gobierno						
No	13	30,23	22	26,51	35	27,78
Sí	30	69,77	61	73,49	91	72,22
Tipo de prestación recibida**						
Prestación por enfermedad	10	33,33	27	44,26	37	40,66
Jubilación	20	66,67	32	52,46	52	57,14
Otros	0	0	5	8,2	5	5,49
Comorbilidades						
No	22	51,16	37	45,68	59	47,58
Hipertensión	16	37,21	24	29,63	40	32,26
Diabetes	5	11,63	11	13,58	16	12,9
Otros	9	20,93	22	27,16	31	25
Medicamentos						
No	9	20,93	15	18,07	24	19,05
Analgésicos	6	13,95	20	24,1	26	20,63
Antiinflamatorio	0	0	9	10,84	9	7,14
Antibiótico	4	9,3	3	3,61	7	5,56
Otros	26	60,47	50	60,24	76	60,32
Fumar						
Sí	1	2,33	6	7,23	7	5,56
No	42	97,77	77	92,77	119	94,44
Actividad física regular						
Sí	15	34,88	23	27,71	38	30,16
No	28	65,12	60	72,29	88	69,84

*SM - Salario mínimo; **Son prestaciones ofrecidas por el gobierno, destinadas a personas sin recursos o que han cotizado a la seguridad social.

Fuente: Autores (2021).

En la muestra de la institución pública, la puntuación media del COST fue de 16,33 (desviación estándar =6,57), y en la institución privada, la puntuación media fue de 24,02 (desviación estándar =9,48), lo que indica que las respuestas de esta muestra estaban

más diversificadas. Uniendo las dos muestras ($n=126$), la puntuación media fue de 18,95 (desviación estándar =8,48). La Desviación Estándar (DP) fue mayor en la muestra de la institución privada debido a la variabilidad de las respuestas en cuanto a los ingresos. Los pacientes de la institución privada llenaron todas las categorías de la variable de ingresos, mientras que los de la institución pública se concentraron en las tres categorías más bajas.

La figura 1 presenta la puntuación COST de las dos muestras y revela la diferencia entre ellas y la variabilidad de la desviación estándar de cada una. La puntuación media de la institución privada fue superior a la de la muestra de instituciones públicas, lo que indica un mayor bienestar financiero. Hubo significación cuando se compararon las puntuaciones de las muestras ($p=0,000$).

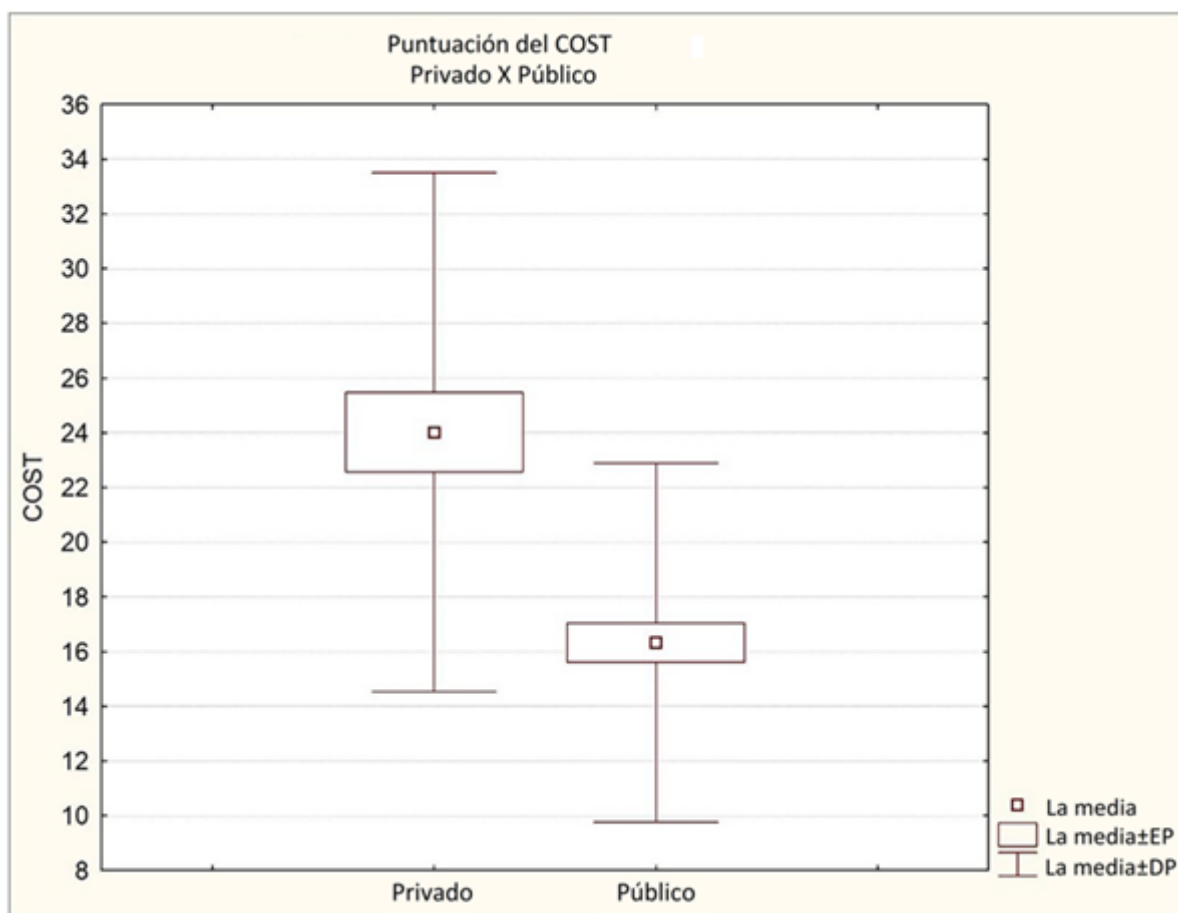


Figura 1 - Puntuación media del COST y desviación estándar de la muestra de instituciones públicas y privadas. Curitiba, PR, Brasil, 2021
Fuente: Autores (2021).

Cuando se realizó la relación entre el COST y los datos sociodemográficos de las muestras por separado (Tabla 2), se pudo observar significación entre COST x ingresos en la institución pública, COST x presencia de comorbilidad en la institución privada, y COST x uso de medicación en la institución privada.

Tabla 2 - Relación entre el COST y las variables sociodemográficas y clínicas. Curitiba, PR, Brasil, 2021 (continua)

	Puntuación media	n	DP	Mínimo	Máximo	p-valor
Género						
Institución privada	24,02	43	9,48	8	44	
Hombre	23,67	18	10,11	10	44	0,72
Mujer	24,28	25	9,21	8	40	
Institución pública	16,33	83	6,57	1	32	
Hombre	16,06	33	7,2	1	32	0,9
Mujer	16,5	50	6,19	4	30	
Muestra total	18,95	126	8,48	1	44	
Estado civil						
Institución privada	24,02	43	9,48	8	44	
Casado	22,48	27	8,87	8	40	0
Solo	21	5	12,12	10	40	
Separado	23	3	10,44	16	35	
Unión estable	24	2	4,24	21	27	
Viudo	34	6	6,29	26	44	
Institución pública	16,33	83	6,57	1	32	
Casado	17,82	44	5,55	4	32	0,02
Solo	13	14	8,95	1	30	
Separado	15,5	12	7,5	3	30	
Unión estable	16,33	3	5,51	11	22	
Viudo	15,4	10	4,95	8	24	
Muestra total	18,95	126	8,48	1	44	
Ocupación						
Institución privada	24,02	43	9,48	8	44	
Empleado firmado	21,82	11	8,67	10	40	0,77
Autónomos	25,25	12	7,35	10	35	
Desempleados		0				
Hogar	22,8	5	11,08	9	36	
Retirado	25,07	15	11,48	8	44	
Institución pública	16,48	81	6,53	1	32	
Empleado firmado	19,13	16	7,44	1	32	0,38
Autónomos	14,69	13	5,62	5	22	
Desempleados	15,6	10	6,95	4	27	
Hogar	15,77	13	6,26	4	24	
Retirado	16,45	29	6,34	3	30	
Muestra total	19,1	124	8,45	1	44	

Ingresos familiares						
Institución privada	24,38	42*	9,3	8	44	
No hay ingresos	0	0	0	0	0	0,33
Hasta 1 SM*	30	1	0	30	30	
De 1 a 3 MW	21	3	7,21	15	29	
De 4 a 10 MW	24,39	23	9,15	8	40	
10 a 20 SM	20,88	8	8,46	10	34	
Más de 20 MW	29	7	11,43	12	44	
Institución pública	16,33	83	6,57	1	32	
No hay ingresos	18,6	5	3,78	13	23	
Hasta 1 SM*	11,63	16	5,73	1	22	0
De 1 a 3 MW	16,67	51	6,59	3	30	
De 4 a 10 MW	20,55	11	4,87	14	32	
10 a 20 MW	0	0	0	0	0	
Más de 20 MW	0	0	0	0	0	
Muestra total	19,03	125	8,47	1	44	
Tipo de ayuda recibida						
Institución privada	23	30	9,56	8	44	
Ayuda por enfermedad	18,7	10	7,13	9	29	0,07
Jubilación	25,15	20	10,04	8	44	
Otros		0				
Institución pública	15,34	61	6,49	1	30	
Asistencia sanitaria	14,42	27	6,78	1	26	0,53
Retiro	16,37	32	6,33	3	30	
Otros	13,25	5	6,18	8	22	
Muestra total	17,95	91	8,45	1	44	
Presencia de comorbilidades						
Institución privada	24,02	43	9,48	8	44	
No	20,23	22	8,8	8	44	
Sí	28	21	8,67	14	40	0,003
Institución pública	16,3	81	6,62	1	32	
No	16,7	37	7,74	1	32	0,58
Sí	15,95	44	5,59	3	27	
Muestra total	18,98	124	8,54	1	44	
Uso de medicamentos						
Institución privada	24,02	43	9,48	8	44	
No	18,56	9	8,32	8	29	
Sí	25,47	34	9,35	9	44	0,042
Institución pública	16,33	83	6,57	1	32	
No	16,73	15	7,85	4	30	0,78

Sí	16,24	68	6,32	1	32
Muestra total	18,95	126	8,48	1	44

*Un paciente no informó de los ingresos. **Dos pacientes no respondieron.

Fuente: Autores (2021).

En la institución pública, la puntuación media de los ingresos familiares de hasta un salario mínimo (194,59 dólares) fue significativamente inferior a la de entre uno y tres salarios mínimos (entre 194,59 y 583,79 dólares) y de entre cuatro y diez salarios mínimos (entre 778,39 y 1.946 dólares).

En la institución privada, la puntuación media de la presencia de comorbilidades fue significativamente mayor que la puntuación "sin comorbilidades", lo que indica una relación entre las enfermedades preexistentes y el estrés financiero. En esta misma muestra, el uso de medicamentos fue significativamente mayor que el de quienes no usan medicamentos a diario, lo que sugiere que el coste de los medicamentos interfiere en los gastos y, con ello, en la presencia de estrés financiero (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Entre los participantes del estudio, había un predominio de mujeres y de individuos con un compañero, por matrimonio o unión estable. La hegemonía de la mujer es capaz de afectar al núcleo familiar en diferentes ámbitos, ya que la mujer puede ser la proveedora del hogar y la principal responsable de las obligaciones domésticas y familiares. El tratamiento del cáncer puede limitar los recursos y dificultar la ejecución de las tareas diarias. Tener un compañero que pueda colaborar o asumir las obligaciones y los gastos puede aportar tranquilidad. En un estudio realizado en Canadá⁽⁴⁾, que verificó los factores asociados al estrés financiero en pacientes con cáncer de pulmón, el 56% de la muestra era de sexo femenino, con predominio de individuos casados, corroborando los resultados de este estudio.

Con respecto al rango de edad de los pacientes, los resultados de esta investigación son similares a la realizada en Australia⁽¹⁶⁾, que determinó el alcance y los factores que influyen en el estrés financiero en pacientes con tumores neuroendocrinos. Sin embargo, difiere del estudio desarrollado en California⁽¹⁷⁾, Estados Unidos de América (EE. UU.), que observó una edad media de 63 años y de otro estudio⁽¹⁸⁾ igualmente realizado en EE. UU., que evaluó el impacto financiero de los pacientes con cáncer recientemente diagnosticado, y obtuvo una edad media de 68 años.

La prevalencia de pacientes de 31 a 59 años es una condición que puede agravar el estrés financiero, ya que este grupo de edad se considera económicamente activo con ingresos que pueden ayudar y/o mantener a la familia. De este modo, el diagnóstico de cáncer puede causar impactos que incluyen, además de cuestiones físicas y psicológicas, problemas económicos derivados de la disminución de la productividad y las ausencias, y puede comprometer el presupuesto.

Al igual que hay privaciones individuales causadas por el aumento de los gastos y la disminución de los recursos, las pérdidas económicas causadas por el cáncer también suponen un daño para la sociedad. La estimación realizada por el grupo económico BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), con datos de 2012, calculó la pérdida de productividad debida a las muertes de individuos en edad productiva; la pérdida ascendió a 46.300 millones de dólares al año⁽¹⁹⁾.

En cuanto a la presencia de otras enfermedades, se pudo observar el predominio de pacientes con comorbilidades, siendo la principal la hipertensión arterial sistémica (HAS). Este resultado es similar al encontrado por un estudio⁽¹⁸⁾ que, al investigar el impacto financiero del cáncer entre los pacientes recién diagnosticados en los Estados Unidos, encontró que la hipertensión era el principal problema de salud.

Al observar el valor de la puntuación COST de las dos muestras, se pudo observar una puntuación más alta en la muestra de la institución privada, lo que puede ser un indicio de mayor bienestar financiero entre quienes tienen un plan de salud privado o pagan el tratamiento. Este resultado revela que, en la población con mayor poder adquisitivo, el impacto de los nuevos costes tiende a ser menor.

Aunque los resultados de la muestra de instituciones privadas mostraron un menor estrés financiero, es importante evaluar su presencia, porque puede mostrar signos de preocupación financiera. Según la categorización realizada por los investigadores japoneses⁽¹⁵⁾, las dos muestras de este estudio presentan estrés financiero con impacto leve. Este resultado refuerza que, aunque con diferente poder adquisitivo, ambas muestras sufren los efectos del estrés financiero. Los autores que han utilizado el COST en diferentes muestras han encontrado resultados similares a los de este estudio. Los estudios^(4,12) realizados en Canadá y en Estados Unidos, encontraron un impacto leve (grado uno) con una puntuación media de 21 y 24 respectivamente, al evaluar el estrés financiero de sus muestras.

Con respecto a los diferentes grados de toxicidad financiera, la cuestión de tener o no un plan de salud puede influir considerablemente en el sufrimiento financiero experimentado por el paciente. Los que tienen un plan privado pueden sufrir tanto o más que los que dependen exclusivamente del sistema público. Dependiendo de la terapia adoptada, los costes con la medicación y los exámenes son elevados y los valores suelen repercutirse en la parte contratante del plan mediante la coparticipación. A este respecto, un estudio⁽¹⁶⁾ realizado en Australia descubrió que tener un seguro médico privado era el principal factor determinante de los mayores costes directos.

Al hacer la relación entre el COST y los datos sociodemográficos, se pudo observar que, en la institución pública, los pacientes con menores ingresos familiares mostraban una puntuación significativamente menor que los que tenían mayores ingresos. Este resultado señala que la parte de la muestra con poder adquisitivo de hasta un salario mínimo presentó una puntuación COST más baja, es decir, una mayor toxicidad financiera. Esta condición es esperable, teniendo en cuenta que incluso en los sistemas sanitarios públicos, en los que el paciente no tiene gastos con el tratamiento, el presupuesto familiar puede seguir viéndose comprometido con los costes indirectos, como los gastos de viaje y alimentación. Para las personas con menos ingresos, un pequeño cambio en el presupuesto puede provocar o empeorar la toxicidad financiera, una situación ya descrita por algunos autores⁽²⁰⁻²¹⁾.

En la institución privada, las variables “presencia de comorbilidades” y “uso de medicamentos frecuentes” influyeron en la puntuación COST. Los pacientes de esta muestra, que tienen enfermedades subyacentes y/o utilizan medicamentos con frecuencia, se ven afectados por los costes derivados de estas condiciones, lo que agrava el estrés financiero. Esta asociación puede provocar la falta de adherencia a la medicación prescrita como forma de ahorrar dinero⁽²²⁾. El hecho de que la “presencia de comorbilidades” y el “uso de medicamentos” repercutan en el nivel de estrés financiero de la muestra de instituciones privadas refuerza el concepto de que el estrés financiero puede encontrarse en muestras de diferentes condiciones socioeconómicas, anulando la posibilidad de que esté asociada a la pobreza.

Las principales limitaciones del estudio son la no utilización de otros cuestionarios, que permitirían establecer la relación entre la toxicidad financiera y otros constructos, como la QVRS. Además, la muestra compuesta por pacientes con diversos tipos de cáncer no expresa el estrés financiero de grupos específicos.

CONCLUSIÓN

Los resultados de las puntuaciones COST de todas las muestras revelan la existencia de toxicidad financiera en los pacientes encuestados en diferentes grados/niveles. Independientemente de los ingresos, ambas muestras presentan un grado considerable de toxicidad financiera, siendo mayor en los participantes de la institución pública. Las personas con menos ingresos presentan un mayor sufrimiento económico relacionado con el tratamiento del cáncer.

Aunque ambas muestras presentan un grado leve de estrés financiero, fue posible observar una cuestión divergente. En la institución privada, el estrés financiero se asoció con la presencia de comorbilidad y el uso de medicamentos, mientras que, en la institución pública, la toxicidad financiera existe sin esta asociación.

Se cree que este estudio aporta contribuciones a la práctica, por revelar la presencia de toxicidad financiera entre los pacientes de cáncer en dos importantes instituciones de tratamiento de cáncer en el sur de Brasil. Se sugiere realizar más investigaciones utilizando el COST asociado a otros cuestionarios para verificar la relación de la toxicidad financiera con la calidad de vida y los tipos de cáncer en la población brasileña.

REFERENCIAS

1. Collado L, Brownell I. The crippling financial toxicity of cancer in the United States. *Cancer Biol Ther*. [Internet]. 2019[accessed 22 fev 2021]; 20(10). Available from: <http://doi.org/10.1080/15384047.2019.1632132>.
2. Boubberhan S, Shea M, Kennedy A, Erlinger A, Stack-Dunbier H, Buss MK, et al. Financial toxicity in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol*. [Internet]. 2019[accessed 22 fev 2021]; 154(1). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.04.003>.
3. Casilla-Lennon MM, Choi SK, Deal AM, Bensen JT, Narang G, Filippou P, et al. Financial toxicity among patients with bladder cancer: reasons for delay in care and effect on quality of life. *J Urol*. [Internet]. 2018[accessed 22 fev 2021]; 199(5). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.049>.
4. Ezeife DA, Morganstein BJ, Lau S, Law JH, Le LW, Bredle J, et al. Financial burden among patients with lung cancer in a publically funded health care system. *Clin Lung Cancer*. [Internet]. 2019[accessed 22 fev 2021]; 20(4). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.clc.2018.12.010>.
5. Fischer KA, Walling A, Wenger N, Glaspy J. Cost health literacy as a physician skill-set: the relationship between oncologist reported knowledge and engagement with patients on financial toxicity. *Support Care Cancer*. [Internet]. 2020[accessed 22 fev 2021]; 28(12). Available from: <http://doi.org/10.1007/s00520-020-05406-z>.
6. Lentz R, Benson AB, Kircher S. Financial toxicity in cancer care: prevalence, causes, consequences, and reduction strategies. *J Surg Oncol*. [Internet]. 2019 [accessed 22 jun 2021]; 120(1). Available from: <http://doi.org/10.1002/jso.25374>.
7. Zafar SY. Financial toxicity of cancer care: it's time to intervene. *J Natl Cancer Inst*. [Internet]. 2015 [accessed 22 fev 2021]; 108(5). Available from: <http://doi.org/10.1093/jnci/djv370>.
8. Lathan CS, Cronin A, Tucker-Seeley R, Zafar SY, Ayanian JZ, Schrag D. Association of financial strain with symptom burden and quality of life for patients with lung or colorectal cancer. *J Clin Oncol*. [Internet]. 2016[accessed 22 fev 2021]; 34(15). Available from: <http://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.2232>.
9. Souza JA de, Yap BJ, Wroblewski K, Blinder V, Araújo FS, Hlubocky FJ, et al. Measuring financial

- toxicity as a clinically relevant patient-reported outcome: the validation of the Comprehensive Score for financial Toxicity (COST). *Cancer*. [Internet]. 2017 [accessed 22 fev 2021]; 123(3). Available from: <http://doi.org/10.1002/cncr.30369>.
10. World Health Organization (WHO). WHOQOL Measuring quality of life. Geneva, 1997. Available from: <https://goo.gl/O7V71>.
11. Zafar SY, Peppercorn JM, Schrag D, Taylor DH, Goetzinger AM, Zhong X, et al. The financial toxicity of cancer treatment: a pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. *Oncologist*. [Internet]. 2013 [accessed 22 fev 2021]; 18(4). Available from: <http://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0279>.
12. Hazell SZ, Fu W, Hu C, Voong KR, Lee B, Peterson V, et al. Financial toxicity in lung cancer: an assessment of magnitude, perception, and impact on quality of life. *Ann Oncol*. [Internet] 2020 [accessed 22 fev 2021]; 31(1). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.annonc.2019.10.006>.
13. Souza JA de, Yap BJ, Hlubocky FJ, Wroblewski K, Ratain MJ, Cella D, et al. The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. *Cancer*. [Internet]. 2014 [accessed 22 fev 2021]; 120(20). Available from: <http://doi.org/10.1002/cncr.28814>.
14. Nogueira L de A, Koller FJ, Marcondes L, Mantovani M de F, Marcon SS, Guimarães PRB, et al. Validation of the comprehensive score for financial toxicity for Brazilian culture. *Ecancermedicalscience*. [Internet]. 2020 [accessed 22 fev 2021]. Available from: <http://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1158>.
15. Honda K, Gyawali B, Ando M, Kumanishi R, Kato K, Sugiyama K, et al. Prospective survey of financial toxicity measured by the comprehensive score for financial toxicity in Japanese patients with cancer. *J Glob Oncol*. [Internet]. 2019 [accessed 22 fev 2021]. Available from: <http://doi.org/10.1200/JGO.19.00003>.
16. Gordon LG, Elliott TM, Wakelin K, Leyden S, Leyden J, Michael M, et al. The economic impact on Australian patients with neuroendocrine tumours. *Patient*. [Internet] 2020 [accessed 22 fev 2021]; 13(3). Available from: <http://doi.org/10.1007/s40271-020-00412-z>.
17. LaRocca CJ, Li A, Lafaro K, Clark K, Loscalzo M, Melstrom LG, et al. The impact of financial toxicity in gastrointestinal cancer patients. *Surgery*. [Internet] 2020 [accessed 22 fev 2021]; 168(1). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.surg.2020.02.006>.
18. Gilligan AM, Alberts DS, Roe DJ, Skrepnek GH. Death or Debt? National estimates of financial toxicity in persons with newly-diagnosed cancer. *Am J Med*. [Internet] 2018 [accessed 22 fev 2021]; 131(10). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.05.020>.
19. Pearce A, Tomalin B, Kaambwa B, Horevoorts N, Duijts S, Mols F, et al. Financial toxicity is more than costs of care: the relationship between employment and financial toxicity in long-term cancer survivors. *J Cancer Surviv*. [Internet]. 2019 [accessed 22 fev 2021]; 13(1). Available from: <http://doi.org/10.1007/s11764-018-0723-7>.
20. O'Connor JM, Kircher SM, Souza JA de. Financial toxicity in cancer care. *Journal of Community and Supportive Oncology*. [Internet] 2016 [accessed 22 fev 2021]; 14(3). Available from: <https://doi.org/10.12788/jcso.0239>.
21. Hazell SZ, Fu W, Hu C, Voong KR, Lee B, Peterson V, et al. Financial toxicity in lung cancer: an assessment of magnitude, perception, and impact on quality of life. *Ann Oncol*. [Internet] 2020 [accessed 22 jun 2021]; 31(1). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.annonc.2019.10.006>.
22. Delgado-Guay M, Ferrer J, Rieber AG, Rhondali W, Tayjasanant S, Ochoa J, et al. Financial distress and its associations with physical and emotional symptoms and quality of life among advanced cancer patients. *Oncologist*. [Internet] 2015 [accessed 22 fev 2021]; 20(9). Available from: <http://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0026>.

*Artículo extraído de la tesis doctoral "Traducción, adaptación transcultural y validación del cuestionario COmprehensive Score for Financial Toxicity (COST) para la cultura brasileña". Universidade Federal do Paraná, 2021.

Recibido en: 22/02/2021

Aprobado en: 24/07/2021

Editor asociado: Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic

Autor correspondiente:

Luciana de Alcantara Nogueira

Universidade Federal do Paraná – Curitiba, PR, Brasil

E-mail: luciana.nogueira@ufpr.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Nogueira L de A, Reis BK dos, Ribeiro C de O, Guimarães PRB, Kalinke LP; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Nogueira L de A, Reis BK dos, Ribeiro C de O, Guimarães PRB, Kalinke LP. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).