



Perfil sociodemográfico y clínico de pacientes con cáncer que buscaron atención de emergencia en un hospital público general: un estudio descriptivo

Mayara Rodrigues Tavares Faria¹, Cristiane Decat Bergerot¹, Edvane Birelo Lopes De Domenico¹

¹ Universidad Federal de São Paulo, SP, Brasil

RESUMEN

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes con cáncer tratados en unidades de emergencia; identificar los síntomas presentes en las últimas 24 horas; Evaluar la correlación entre los datos sociodemográficos y clínicos con los síntomas presentados.

Método: Descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en el servicio de urgencias de un hospital público general del municipio de São Paulo. **Resultados:** Muestra no probabilística, con 44 pacientes. Los cánceres más prevalentes fueron genitourinarios (15.9%) y hematológicos (15.9%). Los signos y síntomas más incidentes fueron: dolor con un promedio de 6.6 (0-10; DP = 3.9) y alteración del apetito 6.6 (0-10; DP = 3.8). En cuanto a la intensidad de los síntomas, la prevalencia fue del ítem "preocupación" con una media de 7.1 (0-10; DP = 3.6). En cuanto a la capacidad del síntoma de interferir con la vida, el ítem más frecuente fue "actividades en general" con un promedio de 9.1 (0-10; DP=2.2). **Conclusión:** Características sociodemográficas y económicas correlacionadas con características clínicas.

Descriptores: Emergencias; Oncología; Neoplasias.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y en desarrollo, y representa el 21% de las muertes en todo el mundo. Las transiciones demográficas y epidemiológicas mundiales señalan un impacto creciente de la carga del cáncer en las próximas décadas⁽¹⁾. Sin embargo, con el desarrollo de nuevas estrategias de diagnóstico y tratamiento farmacológico, principalmente, hubo un aumento considerable en la supervivencia del paciente, manteniéndose en un régimen de atención ambulatoria para el tratamiento⁽²⁾. Sin embargo, parece que los pacientes con cáncer presentan al menos una emergencia durante el curso de su enfermedad⁽²⁾. La emergencia oncológica (EO) se define como "afección aguda causada por el cáncer o su tratamiento, que requiere una intervención rápida para prevenir la muerte o lesiones permanentes graves"⁽²⁾.

Un estudio de la última década muestra un aumento en el número de visitas a las unidades de emergencia debido a signos y/o síntomas resultantes del diagnóstico y/o tratamientos contra el cáncer⁽²⁾. Los pacientes con cáncer representan un desafío para el equipo de emergencia, ya que pueden tener síntomas agudos de malignidad no diagnosticada, síntomas relacionados con la enfermedad y/o complicaciones del tratamiento del cáncer. Aunque el cáncer es una enfermedad crónica, los signos y síntomas como dolor, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, leucopenia, vértigos, cambios en el nivel de conciencia, entre otros, pueden indicar

condiciones clínicas graves que requieren consulta de emergencia⁽³⁾.

La mayoría de las EO se pueden clasificar como metabólicas, incluyendo hipo/hipercalcemia, hipo/hipernatremia, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, síndrome de lisis tumoral; hematológicos, tales como trombocitosis, eritrocitosis, neutropenia, trombocitopenia; problemas estructurales, como compresión de la médula espinal, taponamiento cardíaco, síndrome de vena cava superior. Los departamentos de emergencias deben estar preparados para actuar de manera efectiva, haciendo diagnósticos precisos de la afección actual, previniendo complicaciones que pueden desarrollarse después del alta hospitalaria, y considerando el proceso de enfermarse de cáncer para evaluar constantemente la calidad de vida del paciente.

En vista de la complejidad del tratamiento de emergencia del paciente con cáncer, las preguntas del estudio se conformaron: ¿cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con cáncer tratados en las unidades de atención de emergencia y emergencia de un hospital universitario público? ¿Cuáles son las condiciones clínicas generales relacionadas con el tipo de cáncer, estadificación, tipo de tratamiento actual? ¿Cuáles son los síntomas presentes en las últimas 24 horas?

OBJETIVOS

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con cáncer tratados en salas de

emergencia (emergencias y primeros auxilios);

- Identificar los síntomas presentes en las últimas 24 horas en estos pacientes;
- Evaluar la correlación entre los datos sociodemográficos y clínicos con los síntomas presentados.

MÉTODO

Diseño del estudio, ubicación y población

Este es un estudio transversal, correlacional y cuantitativo realizado en la sala de emergencias del Hospital São Paulo, vinculado a la Universidad Federal de São Paulo, UNIFESP, ubicada en la ciudad de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

La muestra se compuso por conveniencia, con 44 pacientes que cumplieron con los criterios de elegibilidad y que fueron atendidos entre diciembre de 2015 y marzo de 2016, en días hábiles y durante el día. Criterios de inclusión: mayores de 18 años; pacientes en fase diagnóstica o terapéutica, que puede ser quirúrgica, quimioterapia antineoplásica, radioterapia o combinada. Criterios de exclusión: pacientes en estado actual o sin enfermedad; con cambios psíquicos y/o mentales que les impidieron responder a los instrumentos; ambas condiciones se describen en los registros médicos. Sin darse cuenta del diagnóstico de cáncer, una condición atestiguada por el médico o miembro de la familia.

Procedimientos para la recolección de datos

Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio mientras estaban en la sala de emergencias y en las unidades de emergencia del hospital. Los instrumentos fueron completados por el investigador principal, después de ser aceptados para participar en la investigación y firmar el Formulario de consentimiento libre e informado (TCLE). Investigación aprobada por CEP-UNIFESP número 0796/2015.

Los datos se obtuvieron de los pacientes y se complementaron con información de la historia clínica electrónica. Datos sociodemográficos: fecha de nacimiento, sexo, raza, estado civil, educación, religión, vivienda, ocupación y el número de veces que el paciente fue atendido en la sala de emergencias después del diagnóstico. Datos clínicos: tratamientos realizados (quirúrgicos, radioterapia o quimioterapia citotóxica), comorbilidades, artefactos clínicos (como sondas, catéteres, prótesis), MD Anderson Symptom Inventory (MDASI-core).

El MDASI-core fue desarrollado en los Estados Unidos, traducido y validado para el idioma portugués, presentando Alfa de Cronbach general, síntomas e interferencias, de 0.857, 0.794 y 0.794, respectivamente⁽⁴⁾. Sus objetivos son evaluar la intensidad de los síntomas y el impacto diario en los pacientes con cáncer en las últimas 24 horas antes de la investigación. Consta de 2 componentes:

intensidad de los síntomas (dolor, fatiga, náuseas y vómitos, problemas para dormir, preocupaciones, disnea, dificultad para recordar cosas, falta de apetito, somnolencia, boca seca, tristeza, vómitos, entumecimiento/ hormigueo); y síntomas que interfieren con la vida (actividad en general, estado de ánimo, trabajo, relaciones, caminar y placer en la vida). Todos en una escala de cero (sin síntomas) a 10 (tan fuerte como te puedas imaginar). Los datos de MDASI se recopilaron con pacientes, en forma autoadministrada o con la ayuda del investigador principal, siempre que se solicitó.

Procedimiento para el análisis de datos

El instrumento MDASI se corrigió según los criterios descritos en la literatura⁽⁴⁾. Para el puntaje del componente 1, se promedió el valor promedio obtenido en los 13 ítems. La puntuación proporcional total se obtuvo cuando el paciente obtuvo al menos siete de los 13 ítems, utilizando la fórmula: (suma de los ítems respondidos) X 13/ número de ítems respondidos⁽⁴⁾.

Se obtuvo el mismo puntaje promedio para el componente 2, que representa la angustia asociada con los síntomas generales. Este promedio se puede usar si se responde más del 50% (cuatro de seis ítems), en la fórmula: (suma de los ítems respondidos) X 6/número de ítems respondidos⁽⁴⁾.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para caracterizar la muestra en relación con variables sociodemográficas

(género, edad, estado civil, educación, raza, religión, clase económica, lugar de residencia, ocupación actual) y clínicas (año de diagnóstico, atención en el PS después del diagnóstico, estadificación, tumor primario, metástasis, sitio de metástasis, recurrencia, tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia, antecedentes familiares, comorbilidades, medicamentos, cirugía previa y artefactos clínicos). Este mismo análisis se realizó para analizar la puntuación obtenida en la escala MDASI, para evaluar la intensidad de los síntomas y los síntomas que interfieren con la vida. Para esto, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

Se utilizó una correlación lineal simple para evaluar la asociación entre las variables en la escala MDASI y los datos sociodemográficos y clínicos. El análisis estadístico se realizó con la ayuda del programa software Statistical Package for Social Science 22.0.

RESULTADOS

Participaron 44 pacientes con cáncer, que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Según los datos de la Tabla 1, la mayoría de los hombres (63,6%), de raza mixta (47,7%), edad media de 61,4 años (25-89; DE = 15,8), casados/Unión estable (59.1%), católica (65.9%), que solo había asistido a la escuela primaria (63.6%), perteneciente a la clase económica C (61.4%), residentes de la capital de São Paulo (63.6%) y quienes declaran no trabajar profesionalmente (95.5%).

Tabla 1 - Distribución de pacientes en fase diagnóstica o terapéutica atendidos en urgencias de un hospital público general de la ciudad de São Paulo, según características sociodemográficas/socioeconómicas

Características sociodemográficas/socioeconômicas	N	%
Género n(%)		
Masculino	28	63,6
Femenino	16	36,4
Edad M(DP)		
25 - 89	61,4	15,8
Estado Civil n(%)		
Casado/ Unión Estable	26	59,1
No casado	10	22,7
Separado/Divorciado	6	13,6
Viudo	2	4,5
Enseñanza n(%)		
Sin instrucción	5	11,4
Escuela Primaria	28	63,6
Escuela Secundaria	9	20,5
Enseñanza Superior	2	4,5
Raza n(%)		
Blanca	16	36,4
Negra	5	11,4
Mixta	21	47,7
Amarilla	2	4,5
Religión n(%)		
Católica	29	65,9
Evangélica	11	25
Atea	1	2,3
Otros	3	6,8
Criterio de clasificación económica de Brasil⁽⁹⁾ n(%)		
A	1	2,3
B	13	29,5
C	27	61,4
D	2	4,5
E	1	2,3
Lugar de residencia n(%)		
São Paulo Capital	28	63,6
Grande São Paulo	10	22,7
Grande ABC	4	9,1
Otros	2	4,5
Trabajo actual n(%)		
Si	2	4,5
No	42	95,5

Total	44	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Asociación Brasileña de Empresas de Investigación, 2012.

En cuanto a las variables clínicas, el período de diagnóstico de los pacientes se divide en 0 - 6 meses (45%), 7 - 12 meses (14%), 13 - 24 meses (9%), más de 2 años (25%), los pacientes que no conocían la fecha de diagnóstico correspondieron al 7%. Los cánceres más prevalentes fueron genitourinarios (15.9%) y hematológicos (15.9%), seguidos por cánceres de pulmón (13.6%) y gastrointestinales (13.6%). Alrededor de 23 (52,3%) pacientes tenían datos de estadificación tumoral ausentes de los registros médicos hasta el momento de la evaluación. Así, el 47.7% de aquellos con estadificación en la historia clínica correspondió al 57% etapa IV; 19% etapa III; 14% etapa II y 10% etapa I.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, el 45.5% se sometió a biopsia y el 29.5% a biopsia y cirugía curativa. La quimioterapia antineoplásica se realizó en el 54,5% de los pacientes. En cuanto a la radioterapia, el 29,5% de los pacientes se sometieron a esta modalidad de tratamiento. En cuanto a los antecedentes familiares, el 43.2% de los pacientes evaluados informaron tener un familiar con cáncer, siendo los hermanos más prevalentes (13.6%),

seguidos por el padre (9.1%) y la madre (6.8%).

De los pacientes entrevistados, el 88.6% tenía alguna condición agravante, como: fumar (63.6%), hipertensión arterial sistémica (56.8%), alcoholismo (47.7%), diabetes mellitus (29.5%), nefropatías (15.9%), enfermedades del corazón (11.4%) y trastornos pulmonares (9.1%). El uso continuo de medicamentos se informó en un 93.2%, con un promedio de 3.4 (0-5; DP= 1.8) medicamentos diarios. Del total, el 50% se había sometido a cirugía previa. En cuanto a los artefactos clínicos, el 68,2% de los pacientes lo tenían, el 13,6% con una sonda nasointestinal o nasogástrica (SNE/SNG), el 4,5% con gastrostomía o yeyunostomía, el 2,3% de colostomía o ileostomía, el 6,8% traqueotomía, 25% con sonda vesical retrasada (SVD), 9.1% con sonda venosa central (CVC), 13.6% herida quirúrgica y 4.5% herida oncológica.

El número promedio de visitas a la sala de emergencias después del diagnóstico fue de 2.7 visitas (0-5; DP = 1.7), como se describe en la Tabla 2.

Tabla 2 – Condiciones clínicas de pacientes en la fase diagnóstica o terapéutica tratados en un hospital público general en la ciudad de São Paulo

Condición Clínica	N	%
Periodo de diagnóstico n(%)		
0 - 6 meses	20	45
7 - 12 meses	6	14
13 - 24 meses	4	9

> de 2 años	11	25
No sabían	3	7
Diagnóstico n(%)		
Cabeza y cuello	4	9,1
Pulmón	6	13,6
Mama	4	9,1
Genitourinario	7	15,9
Ginecológico	4	9,1
Hematológico	7	15,9
Gastrointestinal	6	13,6
SNC	4	9,1
Otros	2	4,5
Asistencia no PS pos Dx M(DP)		
0 – 5	2,7	1,7
Tumor primario n(%)		
Si	44	100
Metástasis M(DP)		
1 – 3	1,9	0,6
Local n(%)		
No se aplica	38	86,4
Hueso	3	6,8
Hígado	1	2,3
Cérebro+Hueso	2	4,5
Reincidencia n(%)		
Si	4	9,1
No	40	90,9
Estadificación n(%)		
I	2	4,5
II	3	6,8
III	4	9,1
IV	12	27,3
Ausente	23	52,3
Tratamiento quirúrgico n(%)		
Si	33	75
Razón n(%)		
Biopsia	20	45,5
Bx+Curativa	13	29,5
Radioterapia n(%)		
No	31	70,5
Quimioterapia n(%)		
Si	24	54,5
Antecedente familiar n(%)		
No se aplica	25	56,8

Padre	4	9,1
Madre	3	6,8
Hermanos	6	13,6
Abuelos	2	4,5
Padres	1	2,3
Madres y Hermanos	2	4,5
Todos	1	2,3
Comorbilidades n(%)		
Si	39	88,6
Cirugía previa n(%)		
Si	22	50
Medicación n(%)		
Si	41	93,2
0 - 5 M(DP)	3,4	1,8
ArtefactosClínicos n(%)		
Si	30	68,2
Total	44	100

Fuente: Elaborado por los autores.

Con respecto al análisis del núcleo del Inventario de Signos y Síntomas de M.D. Anderson (MDASI)-core, se informaron varios problemas, como se describe en la Tabla 3. En el análisis descriptivo (media y desviación estándar) la intensidad promedio del ítem de preocupación fue 7.1 (0-10; DP= 3.6), estos pacientes aún informaron dolor con una intensidad

promedio de 6.6 (0-10; DP= 3.9), cambio promedio del apetito de 6.6 (0-10; DP= 3.8), fatiga promedio de 6.5 (0-10; DP= 3.9), tristeza promedio de 6.4 (0-10; DP= 3.9) e insomnio medio de 6.2 (0-10; DP= 4). La suma de los componentes representó un promedio de 69.2 (8-130; DP= 31.1).

Tabla 3 – Intensidad de los síntomas informados por pacientes con cáncer en la atención de emergencia, de acuerdo con el Inventario de Signos y Síntomas de M.D. Anderson (MDASI) - core

Intensidad de los síntomas	M	DP
Dolor		
0 – 10	6,6	3,9
Fatiga		
0 – 10	6,5	3,9
Náusea		
0 – 10	4,6	4,6
Insomnio		
0 – 10	6,2	4
Preocupaciones		

0 – 10	7,1	3,6
Falta de aire		
0 – 10	3,4	4
Memória		
0 – 10	3,4	4
Apetito		
0 – 10	6,6	3,8
Somnolencia		
0 – 10	5,7	4,4
Boca Seca		
0 – 10	5,7	3,9
Tristeza		
0 – 10	6,4	3,9
Vómitos		
0 – 10	3,4	4,5
Hormigueo/ Entumecimientos		
0 – 10	3,4	4,4
Suma dos componentes		
8 – 130	69,2	31,1

Fuente: Elaborado por los autores.

En cuanto a los datos sobre la intensidad de la interferencia de los síntomas en la vida del paciente, se observa en la Tabla 4 que el ítem con la puntuación más alta fue actividades en general con un promedio de 9.1 (0-10; DP= 2.2), seguido de para

caminar promedio de 8.2 (0-10; DP= 3) y estado de ánimo promedio de 6.8 (0-10; DP= 3.6). La suma de los componentes mostró un promedio de 43.9 (0-60; DP= 15).

Tabla 4 – Interferencia de los síntomas informados por pacientes oncológicos en atención de emergencia, de acuerdo con el Inventario de Signos y Síntomas de M.D. Anderson (MDASI) - core

Síntomas que interfieren con la na vida	M	DP
Actividades en general		
0 – 10	9,1	2,2
Humor		
0 – 10	6,8	3,6
Trabajo		
0 – 10	4,7	4,3
Relacionamientos		
0 – 10	4,7	4,3
Caminar		
0 – 10	8,2	3
Placer de vivir		

0 – 10	6,1	3,9
Suma de componentes		
0 – 60	43,9	15

Fuente: Elaborado por los autores.

En la correlación lineal simple, la correlación entre escolaridad y náuseas ($p = 0.03$) (Figura 1) indica que los pacientes

que no tenían educación tenían una mayor incidencia de náuseas, siendo la prevalencia femenina.

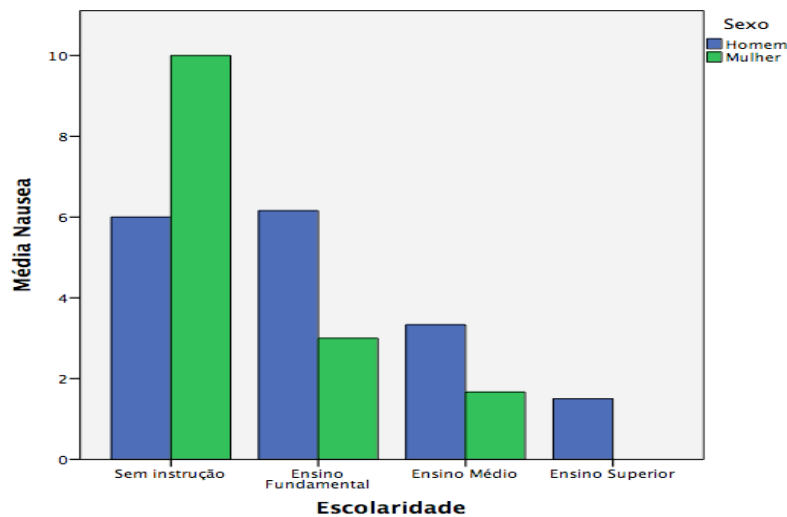


Figura 1 – Correlación significativa entre escolaridad y náuseas

Fuente: Elaborado por los autores.

En cuanto a la correlación entre la ubicación del tumor y la presencia de dolor ($p = 0.03$) (Figura 2), hubo una prevalencia de cáncer de mama en

mujeres, tumor de cabeza y cuello en hombres, tumores hematológicos en hombres, siendo el cáncer de pulmón el único prevalente en ambos sexos.

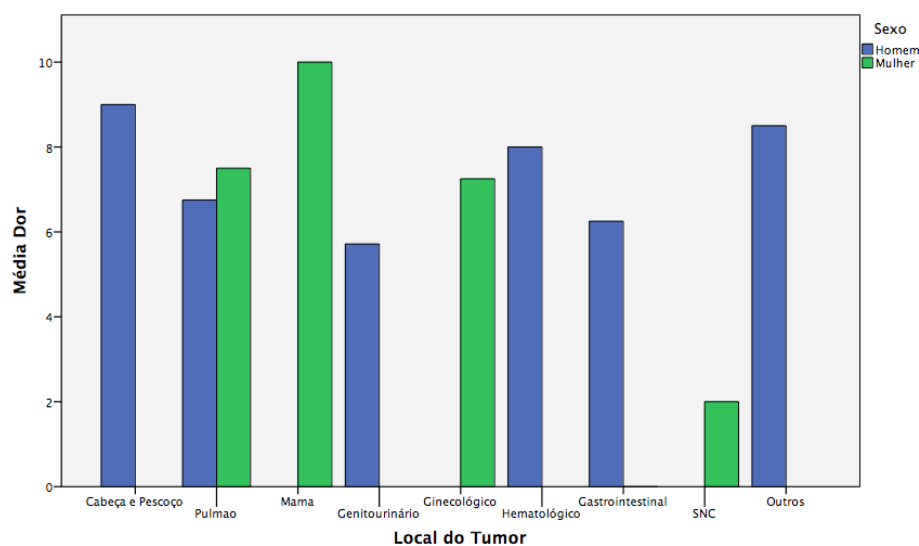


Figura 2 – Correlación significativa entre localización tumoral y dolor

Fuente: Elaborado por los autores.

El Figura 3 muestra la correlación entre la ubicación del tumor y los cambios en el apetito ($p = 0.01$). Los tumores más prevalentes fueron el cáncer de pulmón

para ambos sexos, el ginecológico para las mujeres y el hematológico para los hombres.

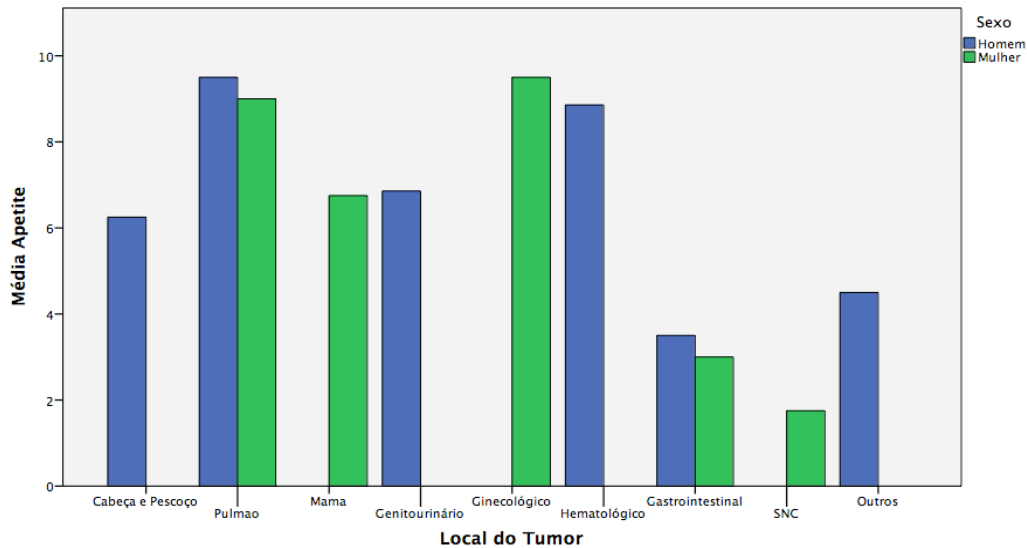


Figura 3 – Correlación significativa entre la ubicación del tumor y el cambio en el apetito

Fuente: Elaborado por los autores.

No hubo correlación significativa con respecto a la edad, estadificación, comorbilidades, tratamiento y tipo de tumor en relación con la intensidad de los síntomas y su interferencia en la vida diaria de los pacientes.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se verificó la prevalencia de cáncer de pulmón, gastrointestinal y genitourinario, lo que refuerza la incidencia de este grupo de tumores como el más recurrente según la estimación epidemiológica para Brasil en el bienio 2018/2019⁽¹⁾. Los tumores hematológicos representaron un número significativo en la muestra, en contraste con los datos epidemiológicos descritos en la literatura. Sin embargo, la mayor prevalencia de estos pacientes en una

situación de emergencia se justifica por la condición de mayor vulnerabilidad clínica al diagnóstico, sumado al intenso arsenal terapéutico de medicamentos, los efectos secundarios de la quimioterapia antineoplásica, los cambios hematológicos, como la neutropenia febril y la anemia; metabólico, como el síndrome de lisis tumoral; Además de las condiciones de dolor importantes causadas por metástasis óseas y la compresión de la médula espinal⁽⁶⁾.

Según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), el número de casos nuevos de cáncer apunta a la prevalencia de los hombres en la mayoría de los tumores, además de un ligero predominio tanto en la incidencia (53%) como en la mortalidad (57%)⁽¹⁾.

El cáncer es la principal causa de muerte

en mujeres y hombres de 60 a 79 años. Los estudios estiman que para 2030 aproximadamente el 70% de los cánceres serán diagnosticados en adultos de 65 años o más⁽⁷⁾.

El desarrollo de ciertas neoplasias asociadas con cambios fisiológicos, comorbilidades y la respuesta a los cambios de tratamiento según la edad, influyen en la tolerabilidad y el manejo de eventos adversos en este grupo de pacientes. La literatura muestra que los apoyos adecuados ayudan a la tolerancia y el rendimiento de estos pacientes durante la fase de tratamiento.

Las comorbilidades específicas han demostrado un impacto en el pronóstico y el resultado del tratamiento en pacientes con cáncer, lo que aumenta la cantidad de medicamentos que se administrarán. En el presente estudio, identificamos que el 88,6% de los pacientes tenían algún tipo de comorbilidad y el 93,2% usaban medicación continua.

En un estudio aleatorizado de quimioterapia adyuvante de 3759 pacientes con cáncer de colon en estadio II y III de alto riesgo, los pacientes con diabetes mellitus tuvieron una tasa significativamente mayor de mortalidad general y recurrencia del cáncer en comparación con los pacientes sin diabetes⁽⁷⁾.

El consumo de alcohol y el tabaquismo son factores de riesgo establecidos para el desarrollo de diferentes tipos de cáncer. En este estudio, se encontró que el 63.6% de los pacientes son fumadores y el 47.7% son alcohólicos. En 2012, se calculó que el

5.5% de todos los nuevos casos de cáncer y el 5.8% de todas las muertes por cáncer en todo el mundo se atribuyen al alcohol⁽⁸⁾. La mayoría de los estudios para evaluar los efectos directos del consumo de alcohol en el tratamiento del cáncer se han centrado en pacientes con cáncer del tracto digestivo superior, porque del 34% al 57% continúan bebiendo después del diagnóstico⁽⁸⁾.

El abuso de alcohol también complica los resultados del tratamiento entre los pacientes con cáncer, lo que contribuye a hospitalizaciones más prolongadas, mayores procedimientos quirúrgicos, recuperación prolongada, mayores costos de salud y mayor mortalidad. El uso de alcohol y fumar durante y después de la radioterapia se ha asociado con un mayor riesgo de osteorradionecrosis de la mandíbula en pacientes con cáncer oral y orofaríngeo⁽⁸⁾.

Seguir fumando después de un diagnóstico de cáncer aumenta el riesgo de un segundo tumor, la recurrencia del tumor primario y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Un estudio reciente realizado en un centro de oncología en los Estados Unidos mostró que la tasa de mortalidad general fue un 20% más alta en los fumadores en comparación con los pacientes que recientemente dejaron de fumar⁽⁹⁾.

Las hospitalizaciones por síntomas agudos representan el 48% del gasto total en cáncer. Los pacientes sometidos a tratamiento de quimioterapia tienen un promedio de 1 hospitalización y 2 visitas a servicios de urgencia y emergencia por

año, 40% a 50% como resultado de síntomas relacionados con el tratamiento⁽¹⁰⁾. En el presente estudio, el 54.5% de los pacientes se sometieron a quimioterapia y tuvieron un número promedio de visitas a la sala de emergencias después del diagnóstico de 2.7 visitas.

La prevalencia de enfermedades crónicas y las tasas de morbilidad revelan gradientes que tienden a tener los valores más altos en los segmentos económicamente desfavorecidos. La asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la morbilidad es consistente con la reportada en la literatura, siendo el nivel educativo uno de los indicadores más utilizados para el análisis de las desigualdades sociales en salud⁽¹¹⁾. Fue posible observar, en la muestra, el bajo nivel socioeconómico (clases C, D y E combinadas que alcanzan el 68,2%) y el nivel educativo (presencia de analfabetismo y, la mayoría de ellos, incluso la escuela primaria), lo que constituye un desafío para los servicios de salud y para el tratamiento del cáncer, ya que todo el proceso terapéutico puede fallar debido a la falta de condiciones sanitarias adecuadas, alimentos, transporte y, principalmente, la baja educación y la capacidad cognitiva influyen directamente en el manejo de los signos y síntomas derivados de cáncer y su tratamiento.

Las náuseas y los vómitos inducidos por la enfermedad y el tratamiento antineoplásico tienen un impacto directo en la calidad de vida de los pacientes, lo

que puede provocar otros eventos adversos, como pérdida de apetito, pérdida de peso y desequilibrio metabólico. Las pautas sobre terapia antiemética desarrolladas por varias sociedades de oncología muestran un amplio consenso sobre los objetivos principales, incluida la profilaxis debe ser el objetivo principal de la terapia antiemética y debe implementarse para grupos de pacientes con 10% o más de riesgo de náuseas inducidas por quimioterapia; Considerando que la duración de la profilaxis debe abarcar todo el período de riesgo; Considerando que las vías de administración oral e intravenosa son igualmente efectivas; y que el tratamiento antiemético más efectivo se determina en función de la emetogenicidad de la quimioterapia, la historia del paciente con náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia y factores adicionales relacionados con el paciente⁽¹²⁾.

El manejo de las náuseas y los vómitos es un desafío clínico común, especialmente en los países en desarrollo, debido al bajo nivel educativo y socioeconómico de la población, además de la dificultad de acceder a medicamentos antieméticos más efectivos, ya que el valor de estos medicamentos es mayor. y aumentar el costo total del tratamiento del paciente, lo que lleva a cambios en la planificación del tratamiento y la incidencia del uso de recursos de atención médica, incluidas las visitas a las unidades de urgencia y emergencia.

Los estudios muestran que más del 30% de los pacientes con cáncer tienen dolor

crónico, siendo una de las principales causas para buscar atención de emergencia⁽¹³⁾. El presente estudio señaló que los cánceres de mama, cabeza y cuello, hematológicos y pulmonares fueron los tipos más frecuentes en pacientes afectados por dolor, probablemente debido a las estructuras anatómicas involucradas, extensión tumoral, fisiopatología tumoral, presencia de metástasis, polifarmacia, quimioterapia, terapia antineoplásica y endocrina, cirugía y radioterapia. Frente a este escenario de causas relacionadas, uno debe considerar los aspectos emocionales caracterizados por la ansiedad y la depresión que pueden agravar la percepción y la tolerancia al dolor.

Otros factores agravantes son la subestimación del dolor por parte del equipo de atención médica en el curso del tratamiento del cáncer y el manejo inadecuado, en la perspectiva de la evaluación, invariablemente sin un instrumento validado y estructurado para proporcionar información más precisa sobre las condiciones del paciente, así como prescripción inadecuada de analgésicos⁽¹⁴⁾.

En los sectores de atención de emergencia, cuando los pacientes buscan estos lugares de atención, además de los obstáculos previamente informados, todavía hay una negligencia agravante debido a la falta de caracterización de la condición de vida y muerte del dolor⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Los cambios en el apetito y, en consecuencia, la pérdida de peso son problemas comunes en pacientes con cáncer. Múltiples factores pueden afectar

el apetito o los hábitos alimenticios, como la ubicación del tumor, los cambios en el gusto, el tratamiento antineoplásico, además de los aspectos psicológicos, como las preocupaciones y la tristeza.

El deterioro de la nutrición se asocia con hospitalización prolongada, un mayor grado de toxicidad relacionada con el tratamiento, peor calidad de vida y peor pronóstico⁽¹⁶⁾. Dependiendo de la etapa y el tipo de cáncer, la pérdida de peso involuntaria y la desnutrición ocurren en aproximadamente el 30% al 80% de los pacientes, con mayor frecuencia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, gastrointestinal y pulmonar, y aquellos con enfermedad avanzado⁽¹⁷⁾.

Además de las vulnerabilidades, el 68.2% de los pacientes usaron algún tipo de artefacto o condición clínica que requirió atención, como sondas (nasointestinales, gástricas o de vejiga), catéteres, estomas y heridas (quirúrgicas y/u oncológicas), las demandas de atención tienen especificidades que requieren un proceso de asistencia educativa para capacitar tanto al paciente como a su cuidador, promoviendo el autocontrol de la atención y reduciendo los reingresos.

El proceso de enfermarse de cáncer junto con las toxicidades resultantes del tratamiento antineoplásico afectan al paciente en su conjunto, lo que hace necesaria una atención multidisciplinaria, individualizada y centrada en el paciente.

La reducción de las funcionalidades físicas y psíquicas en general, sumada a las precarias condiciones socioeconómicas y el bajo nivel de educación, se reflejan en la

persistencia de un estado de preocupación. Un estudio realizado en el estado de São Paulo mostró que, entre los pacientes con cáncer sometidos a tratamiento, casi la mitad fueron retirados de las actividades diarias, la mayoría de ellos pagados, lo que contribuyó a un menor ingreso familiar y representó un mayor costo socioeconómico en el país⁽⁴⁾. En el presente estudio, el 95.5% de los pacientes no estaban trabajando, lo que confirma los hallazgos en la literatura. En general, los pacientes sobrevivientes de cáncer tienen dificultades para mantener sus actividades que requieren esfuerzo físico y cognitivo, ya que todavía tienen una sobrecarga de síntomas y, a veces, los cambios corporales y los síntomas depresivos dificultan el regreso a las actividades laborales⁽⁴⁾. Enfermarse de cáncer demuestra ser costoso a nivel emocional, social y financiero.

Es necesario reconocer que los factores relacionados con la salud son una medida importante del efecto de las desigualdades sociales en la morbilidad y la mortalidad. La reducción de estas desigualdades depende de la expansión de la cobertura y la calidad de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad, al carecer de aportes tecnológicos, diagnósticos y terapéuticos que no siempre son accesibles para la población menos favorecida, de un equipo con conocimiento teórico y práctico, además del desarrollo de habilidades que guían sus profesiones, proporcionando así una atención de calidad.

En relación con las limitaciones del

estudio, existen impedimentos para la generalización de los datos debido al tamaño restringido de la muestra, recolectada en una sola institución, con servicio de emergencia general, no especializada en Oncología.

La realización de esta investigación permitió evaluar el potencial de MDASI-core para generar datos relevantes para el diagnóstico situacional en emergencias y unidades de emergencia, favoreciendo el diseño de estudios de intervención que consideren las demandas de pacientes oncológicos en situaciones críticas.

CONCLUSIÓN

La mayor incidencia de pacientes entrevistados fue del sexo masculino. En promedio, consiste en personas mayores, casadas, con bajos ingresos y poca educación, diagnosticadas con enfermedades avanzadas, la presencia de comorbilidades, asociadas con la cantidad de medicamentos que se usan diariamente (polifarmacia) y la necesidad de usar artefactos clínicos, que pueden estar asociados con la intensidad signos y síntomas y cuánto interfieren en su vida diaria.

Se observó que las características sociodemográficas y económicas se correlacionan con las características clínicas encontradas, influyendo en la intensidad de los síntomas y su manejo, además de los aspectos psicológicos y financieros. El dolor de los síntomas se asoció con el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres, tumor de cabeza y cuello y tumor hematológico en hombres y

en ambos sexos, en el diagnóstico de cáncer de pulmón. Entre los trastornos alimentarios, las náuseas y los cambios en el apetito se asociaron con el analfabetismo y el género femenino, y la ubicación del tumor (pulmonar, ginecológico, hematológico).

El conocimiento de las características de los pacientes con cáncer en los servicios de urgencia y emergencia es importante para el manejo adecuado de sus signos y síntomas. El impacto de la demanda en estos servicios perjudica el proceso de comunicación y puede comprometer la seguridad de estos pacientes. El desarrollo y la implementación de los flujos de atención son alternativas para ayudar al equipo de atención a cuidar a estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional do Cancer. Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [cited 2019 jun 15]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
2. Sadik M, Ozlem K, Huseyin M, AliAyberk B, Ahmet S, Ozgur O. Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. *World J Emerg Med* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];5(2):85-90. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281025957_Attributes_of_cancer_patients_admitted_to_the_emergency_department_in_one_year. doi: <http://doi.org/10.584720/wjem.j.issn.1920-8642.2014.0220.001>
3. Borges G, Rovere RK, Maman KAS, Zabel MCJ, Dagnoni C, Corrêa CEG et al. Perfil dos pacientes oncológicos que procuraram o departamento de emergência de um hospital de Blumenau no período de 01 abril de 2011 a 31 de outubro de 2011. *Rev Bras Oncol Clín* [Internet]. 2013 [cited 2019 jun 15];9(34):130-4. Available from: <http://sboc.org.br/revistasboc/pdfs/34/artigo1.pdf>
4. Kolankiewicz ACB, De Domenico EBL, Lopes LFD, Magnago TSBS. Portuguese validation of the symptom inventory of the M.D. Anderson Cancer Center. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];48(6):998-1003. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000600999&script=sci_arttext. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700006>
5. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEC; 2012 [cited 2019 jun 15]. Available from: www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=07
6. Rabagliati R, Bertín P, Cerón I, Rojas H, Domínguez I, Vera A et al. Epidemiología de neutropenia febril en pacientes adultos con leucemia aguda y linfoma. Estudio de cohorte en hospitales público y privado de Santiago, Chile. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];31(6):721-728. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000600013&script=sci_arttext&tlng=en
7. Hurria A, Wildes T, Blair SL, Browner IS, Cohen HJ, Shazo M et al. Senior Adult Oncology Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];12(1):82-126. Available from: <https://jncn.org/view/journals/jncn/12/1/article-p82.xml?print&print&print&print>
8. LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg AJ. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017 [cited 2019 jun 15];36(1):83-93. Available from: <https://www.finut.org/wp-content/uploads/2017/11/jco.2017.76.1155.pdf>
9. Sitas F, Weber MF, Egger S, Yap S, Chiew M, O'Connell DL. Smoking Cessation After Cancer. *J Clin Oncol*

- [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];32(32):3593-3595. Available from: <http://researchpubs.cancerouncil.com.au/cancercounciljspui/handle/1/1900>. doi: <http://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.9666>
10. Daly B, Nicholas K, Gorenshteyn D, Sokolowski S, Gazit L, Adams Lynn. Misery Loves Company: Presenting Symptom Clusters to Urgent Care by Patients Receiving Antineoplastic Therapy. *J Oncol Pract* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 15];14(8):492-495. Available from: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JOP.18.00199>
11. Barros ABM, Francisco BSMP, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Col* [Internet]. 2011 [cited 2019 jun 15];16(9):3755-3768. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001000012&script=sci_arttext&lng=pt
12. Navari RM, Aapro M. Antiemetic Prophylaxis for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 [cited 2019 jun 15];374:1356-1367. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr1515442>
13. Swarm RA. The Management of Pain in Patients With Cancer. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2013 [cited 2019 jun 15];11(5.5):702-704. Available from: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/11/5S/article-p702.xml>
14. Money S, Garber B. Management of Cancer Pain. *Curr Emerg Hosp Med Rep* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 15];6:141-146. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40138-018-0170-9>
15. Won YH, Choi YJ, Ahn S, Lee JL, Park JY, Kim S et al. Improving the Quality of Cancer Pain Management in an Academic Medical Center Emergency Department. *Clin J Oncol Nursing* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 15];18(6):626-629. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/ef56/e702acb8d15338b1e13663c10e2c687d79f9.pdf>
16. Oh SY, Koh SJ, Baek JY, Kwon KA, Jeung HC, Lee KH et al. Validity and Reliability of Korean Version of Simplified Nutritional Appetite Questionnaire in Patients with Advanced Cancer: A Multicenter, Longitudinal Study. *Korean Cancer Association. Cancer Res Treat* [Internet]. 2019 [cited 2019 jun 15];51(4):1612-19. Available from: <https://www.e-crt.org/upload/pdf/crt-2018-505.pdf>
17. Platek ME, Johnson J, Woolf K, Makarem N, Ompad DC. Availability of Outpatient Clinical Nutrition Services for Patients With Cancer Undergoing Treatment at Comprehensive Cancer Centers. *J Oncol Pract* [Internet]. 2015 [cited 2019 jun 15];11(1):1-5. Available from: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/jop.2013.001134>

Enviado: 29/08/2019

Revisado: 15/05/2020

Aprobado: 15/05/2020

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.