



**La calidad de vida en los pacientes colombianos con neoplasias malignas  
cutáneas, estudio observacional.**

Natalia Giraldo López

Trabajo de grado presentado para optar al título de Especialista en Dermatología

Asesor

Gloria Sanclemente Mesa

Universidad de Antioquia  
Facultad de Medicina  
Especialización en Dermatología  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2021

<b>Cita</b>	Giraldo López y Sanclemente Mesa (1)
<b>Referencia</b>	(1) Giraldo López y Sanclemente Mesa. La calidad de vida en los pacientes colombianos con neoplasias malignas cutáneas, estudio observacional. [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2021.
<b>Estilo Vancouver/ICMJE (2018)</b>	



Biblioteca Médica

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Resumen.**

**Introducción:** La valoración de la calidad de vida como medida de resultado ha venido adquiriendo tanta relevancia como los desenlaces de mortalidad y morbilidad en cáncer. En Colombia y en general en el ámbito latinoamericano no se han encontrado estudios que evalúen el impacto en la calidad de vida de las neoplasias malignas cutáneas.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida en una muestra de pacientes colombianos con neoplasias malignas cutáneas.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó pacientes mayores de 16 años recolectados de manera prospectiva y retrospectiva. Se recogió información sociodemográfica y clínica. Para la evaluación de la calidad de vida se usó la versión validada en Colombia del Skindex-29 y la versión en español del DLQI.

**Resultados:** la muestra prospectiva incluyó 126 pacientes con edad media de 66,3 años. La muestra retrospectiva incluyó 111 pacientes con edad media de 58,6 años. Los principales diagnósticos en ambos grupos fueron: carcinoma basocelular, carcinoma escamocelular, melanoma y micosis fungoide. Los puntajes globales del Skindex-29 correspondieron a medianas de 12,9 (RIC: 16,8) y 17,2 (RIC: 20,6) para el grupo prospectivo y retrospectivo, con puntajes mayores en el dominio emocional. Se observaron puntajes mayores en las mujeres en comparación con los hombres. Según el tipo de tumor se encontraron puntajes globales mayores en melanoma y micosis fungoide en el grupo prospectivo y en carcinoma escamocelular y micosis fungoide en el grupo retrospectivo, pero el dominio emocional se afectó de manera importante en todos los tumores. Se encontró una alta correlación entre los puntajes globales del Skindex-29 y del DLQI.

**Conclusión:** En este estudio se confirmó que el cáncer de piel impacta principalmente el dominio emocional de la calidad de vida relacionada con la salud, siendo las mujeres las mayormente afectadas. Se hace relevante identificar cualquier alteración en la CVRS preferiblemente por medio del Skindex-29 en aquellos pacientes con cáncer de piel.

**Palabras claves:** Calidad de vida, Skindex-29, DLQI, cáncer de piel.

## **Introducción.**

Las neoplasias malignas cutáneas son un grupo heterogéneo de lesiones derivadas de células constituyentes de la epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y anexos cutáneos. Estas neoplasias se pueden dividir en: cáncer de piel tipo melanoma y cáncer de piel tipo no melanoma (CNM) encontrándose en este último grupo el carcinoma basocelular, el carcinoma espinocelular y otros tipos de tumores cutáneos que representan menos del 1%, entre los que se destacan el carcinoma de células de Merkel, los linfomas cutáneos, los sarcomas y los tumores de anexos (1).

La frecuencia del cáncer de piel se ha incrementado en las últimas décadas, reportándose para el año 2020 una incidencia mundial de 1.198.000 casos de cáncer de piel no melanoma (2). En el ámbito colombiano un estudio del Instituto nacional de cancerología reportó que para el año 2010 el cáncer de piel fue el tipo de tumor más frecuente en esta institución, observándose también un aumento de su prevalencia e incidencia a través de los últimos años (3).

En 1996 la Food and Drug Administration (FDA) y la Sociedad Americana de cancerología recomendaron incluir dentro de los desenlaces primarios de los ensayos clínicos en cáncer, la valoración de la calidad de vida adquiriendo tanta relevancia como los desenlaces de mortalidad y morbilidad (4). Hasta la fecha existen múltiples instrumentos diseñados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), algunos de ellos denominados “genéricos”, y otros específicos de área o de tipos de enfermedad tales como el Dermatology Life Quality Index (DLQI) y el Skindex-29 para el ámbito dermatológico (5).

Aunque en general este tipo de cánceres tienen un buen pronóstico a excepción del melanoma, todos se asocian con una gran morbilidad presentándose en los pacientes una afectación de su calidad de vida en los dominios emocionales, sintomáticos, cosméticos y físicos que cobran relevancia (6). Estudios como el de Steinbauer et al (7) en 2011 que incluyó 54 pacientes con cáncer de piel no melanoma, a quienes se les aplicó el DLQI reportó puntajes bajos en la afectación global de la CVRS, sin embargo, hasta un 31% de los pacientes manifestaron un compromiso importante de dicho constructo. Por otra parte, se ha encontrado que el sexo, el tratamiento y el tipo de neoplasia pueden mostrar diferentes afectaciones en diferentes dominios según los puntajes de CVRS (8) (9). El estudio de Sampogna et al (10) encontró que los pacientes con melanoma tuvieron una mayor afectación del dominio psicológico comparado con los pacientes con cáncer no melanoma cuyos puntajes fueron mayores en el dominio sintomático. De igual manera, en

relación a la micosis fungoide diferentes estudios demuestran un gran impacto en la calidad de vida en el dominio emocional, social, sintomático y funcional desde los estadios tempranos (11)(12).

En Colombia y en general en el ámbito latinoamericano no se han encontrado estudios que evalúen la calidad de vida de las neoplasias malignas cutáneas. Por lo anterior, y ante la incertidumbre reinante en el tema, el objeto de este estudio fue el de evaluar la calidad de vida de los pacientes colombianos que tienen este tipo de tumores en una muestra prospectiva y retrospectiva a través del uso de la versión colombiana validada del instrumento Skindex-29 y de la versión no validada del DLQI en español. Además describimos las características sociodemográficas de ambas poblaciones y se realizó una correlación de los resultados totales del Skindex-29 con los del DLQI como análisis exploratorio.

## **Materiales y métodos.**

### **Diseño:**

Estudio descriptivo de corte transversal con recolección de información prospectiva y retrospectiva.

### **Población:**

Personas colombianas, mayores de 16 años con diagnóstico comprobado por biopsia de alguna neoplasia maligna cutánea, que aceptaron participar en el estudio y que diligenciaron el formato de consentimiento o asentimiento informado. Se excluyeron los pacientes iletrados o con analfabetismo e individuos con discapacidad mental transitoria o definitiva.

Para la información recolectada de manera prospectiva se identificaron los pacientes en 2 centros de referencia tales como el Hospital Universitario San Vicente Fundación y de la IPS Universitaria de la ciudad de Medellín, Colombia que consultaron entre octubre de 2020 y enero de 2022, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.

Para la información recolectada de manera retrospectiva se identificaron pacientes que asistieron a la consulta externa en las principales ciudades colombianas en el marco de un estudio multicéntrico nacional de calidad de vida realizado en 7 regiones del país, y de quienes se tenía información sociodemográfica recolectada a través de un formato similar al de la fase prospectiva.

### **Recolección de la información:**

A los pacientes incluidos en la muestra prospectiva se les realizó una encuesta que contenía datos sociodemográficos tales como: edad, fecha de nacimiento, género, lugar de residencia, estrato socioeconómico (Basado en las condiciones de vivienda y entorno determinado por el DANE (13), en la que el estrato 1 corresponde al Bajobajo; el estrato 2 al Bajo; el estrato 3 al medio-bajo; el, estrato 4 al medio; el estrato 5 al medio–alto y el estrato 6 al alto). Adicionalmente se incluyó información en relación al número de años de estudio (0,  $\leq$  5 la educación básica primaria, 6-11 educación básica secundaria, 12-20 educación superior y  $\geq$  21 educación especializada), la ocupación, el estado civil, el tipo de seguridad social (según aseguramiento en salud en Colombia: régimen contributivo, subsidiado, particular, régimen especial, SISBEN o ninguno (14). Por otra parte se incluyeron datos clínicos tales como el tipo de tumor, el tiempo de evolución de la enfermedad, el inicio previo de tratamiento, la severidad del tumor valorado según la experiencia del dermatólogo tratante de acuerdo a la clasificación del TNM de muy leve, leve, moderado, severo o muy severo.

Esta encuesta también incluyó la versión validada en Colombia del Skindex-29©(15). Dicho índice consta de 29 preguntas en el cual se evalúan tres dominios: el funcional (12 ítems), el emocional (10 ítems) y el sintomático (7 ítems), y ha demostrado ser consistente, reproducible, tener validez de constructo, de contenido y buena sensibilidad al cambio tanto en España como en Colombia (15)(16). Los niveles de afectación de la CVRS se interpretaron de acuerdo a lo descrito por Prinsen et al (17), quienes han clasificado la afectación global y de los diferentes aspectos en leve, moderado y grave considerando los siguientes puntos de corte:  $\geq$  20,  $\geq$  30 y  $\geq$  40 respectivamente, con excepción del dominio sintomático donde es  $\geq$  39 leve,  $\geq$  42 moderado y  $\geq$  52 grave. Otro instrumento de CVRS utilizado en la fase prospectiva de este estudio fue la versión traducida al español del DLQI cuya interpretación se basó en lo reportado por Hongbo et al (18) así: 0-1: no afecta en nada la vida del paciente; 2-5: pequeño efecto en la vida del paciente; 6-10: moderado efecto en la vida del paciente; 11-20: gran efecto en la vida del paciente; 21-30: extremadamente gran efecto en la vida del paciente(19).

Los datos retrospectivos se extrajeron de una base de datos de un estudio de calidad de vida realizado en 7 regiones de Colombia en la que previamente se había recolectado datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes tales como la edad, sexo, estrato socioeconómico, número de años de estudio, tipo de seguridad social, tipo de neoplasia maligna, uso de tratamiento previo, además de datos de afectación de la CVRS medidos a través de la versión validada en Colombia del Skindex-29 (37).

**Tamaño de muestra:**

Para el cálculo del tamaño de muestra y debido a la falta de información previa con respecto a los puntajes de CVRS en pacientes con tumores cutáneos se usó un tipo de muestreo no probabilístico y por conveniencia, basándonos en una frecuencia de cáncer de piel en la población colombiana del 9% según un estudio anterior (20), con una confianza del 95% una población finita mayor de 1.000.000 con un efecto del diseño (para encuestas en grupo-EDFF) de 1, de acuerdo con la siguiente fórmula (<https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>):

$$n = \frac{EDFF \cdot Np(1-p)}{[(d/2Z_{1-\alpha/2}^2(N-1) + p(1-p))]} \quad n = 126 \text{ pacientes.}$$

**Análisis de datos:**

Los datos obtenidos de manera prospectiva se organizaron y se digitalizaron en la aplicación Web REDCap alojada en la red de la IPS Universitaria (21).

La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Inicialmente se realizó un análisis univariado de las variables para conocer sus frecuencias. Para el análisis de las variables de tipo cualitativo ordinales y nominales se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y proporciones. Los valores de los puntajes del skindex-29 tanto globales como por dominios, al no tener una distribución normal se reportaron con sus respectivas medidas de tendencia central como la mediana con su respectivo rango intercuartil (RIC) y las de distribución normal con la media y su desviación estándar. Para identificar si había correlación entre el puntaje global de skindex-29 y el DLQI en los pacientes de la muestra prospectiva se calculó el coeficiente de correlación de Spearman con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). La interpretación de los coeficientes de correlación de Spearman se basó en lo reportado por Mukaka et al (22) así: 0,00-0,10 (correlación insignificante) 0,10-0,39 (correlación débil) 0,40-0,69 (correlación moderada) 0,70-0,89 (correlación fuerte) 0,90-1,00 (correlación muy fuerte). La significancia estadística se estableció en una  $p < 0.05$ . Para el análisis de datos se usó el software SPSS, (IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 27.0. Armonk, NY: IBM Corp).

**Consideraciones éticas:**

El estudio fue enmarcado dentro de las normas de investigación en seres humanos estipuladas en la resolución N° 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y en la Declaración de Helsinki de 2013 y se sometió a aprobación por parte del comité de ética de la IPS Universitaria, del Hospital Universitario San Vicente Fundación y del Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés económico personal o que involucre a terceros en la realización de esta investigación.

## Resultados.

En la muestra recogida de manera prospectiva se incluyeron 126 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 66,3 años (rango 17-97 años), el 50% correspondieron al sexo masculino, mientras que el 65,8% presentaron fototipos III y IV de Fitzpatrick. Por otra parte, el 88,2% de los pacientes pertenecían a los estratos económicos más bajos (I, II y III), un 40,5% eran casados y un 54,7% residía en zona urbana. Únicamente el 21,4% de los pacientes tenía algún grado de educación superior y el 47,7% tenían un régimen de seguridad social subsidiado. El diagnóstico principal encontrado fue el cáncer de piel no melanoma, correspondiente al carcinoma basocelular y al carcinoma escamocelular (44,4% y 15,1% respectivamente). Por otra parte, el melanoma correspondió al 11,9% y la micosis fungoide al 14,2%. Otros tipos de cáncer de piel menos frecuentes se encontraron en un 14,4% y se especifican en la **(tabla 1)**. El 52,4% no había recibido tratamiento en el momento de la encuesta y presentaron una enfermedad moderada-grave en el 53,2% **(Tabla 1)**.

En la muestra recogida de manera retrospectiva se recogió la información de 111 pacientes. El 56,8% eran mujeres y 43,2% hombres, con una edad media de 58,6 años (rango 22-86 años). El 56,8% de los pacientes pertenecieron a los estratos económicos más bajos (I-II y III), el 17,1% pertenecieron al régimen subsidiado de seguridad social, y el 47,8% tenían estudios posteriores a la educación media. El diagnóstico principal encontrado en estos pacientes fue el CNM, correspondiente al carcinoma basocelular y al carcinoma escamocelular (71,2% y 4,5% respectivamente), un 8,1% correspondieron al melanoma y un 16,2% a la micosis fungoide. Para el momento de la encuesta el 79,3 % ya habían recibido algún tipo de tratamiento **(Tabla 1)**.

**Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes del grupo prospectivo y retrospectivo.**

	Pacientes Prospectivos		Pacientes Retrospectivos	
Edad media	66,3 (DE 18,0)		58,6 (DE 15,2)	
	n= 126		n=111	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
<b>Genero</b>				
Hombre	63	50	48	43,2
Mujer	63	50	63	56,8
<b>Fototipo**</b>				



I	0	0	-	-
II	25	20	-	-
III	57	45,2	-	-
IV	26	20,6	-	-
V	3	2,3	-	-
VI	0	0	-	-
Perdidos	15	11,9	-	-
<b>Estado civil**</b>				
Soltero	34	26,9	-	-
Unión libre	13	10,3	-	-
Casado	51	40,5	-	-
Divorciado	7	5,6	-	-
Viudo	20	15,9	-	-
Perdidos	1	0,8	-	-
<b>Estrato socioeconómico</b>				
1	28	22,3	16	14,5
2	54	42,8	17	15,3
3	29	23,1	30	27,0
4	4	3,2	30	27,0
5	8	6,3	12	10,8
6	2	1,6	6	5,4
Perdidos	1	0,8	-	-
<b>Residencia**</b>				
Zona urbana	69	54,7	-	-
Zona rural	57	45,3	-	-
<b>Numero años de estudio</b>				
0	14	11,2	-	-
≤ 5	56	44,4	27	24,3
6-11	28	22,2	26	23,4
12-20	25	19,8	49	44,2
≥ 21	2	1,6	4	3,6
Perdidos	1	0,8	5	4,5
<b>Seguridad social</b>				
Ninguno	3	2,4	2	1,8
Contributivo	60	47,6	70	63,1
Subsidiado	48	38,1	19	17,1
Particular	0	0	10	9,0
Régimen especial	1	0,8	5	4,5
SISBEN	12	9,6	-	-
Vinculado	-	-	3	2,7
Perdidos	2	1,5	2	1,8
<b>Severidad del tumor**</b>				
Muy leve	3	2,4	-	-
Leve	35	27,7	-	-
Moderado	48	38,1	-	-
Severo	8	6,4	-	-
Muy severo	11	8,7	-	-
Perdidos	21	16,7	-	-
<b>Tratamiento</b>				
Si	60	47,6	88	79,3
No	66	52,4	22	19,8
Perdidos	-	-	1	0,9
<b>Tipo de neoplasia maligna</b>				
Carcinoma Basocelular	56	44,4	79	71,2
Carcinoma Escamocelular	19	15,1	5	4,5
Melanoma	15	11,9	9	8,1
Micosis Fungoide	18	14,2	18	16,2

Leucemia cutis	2	1,6	-	-
Sarcoma de Kaposi	2	1,6	-	-
Otros sarcomas	2	1,6	-	-
Dermatofibrosarcoma protuberans	1	0,8	-	-
Ca mucoepidermoide	1	0,8	-	-
Ca angioinmunoblastico	1	0,8	-	-
Carcinoma Células de Merkel	1	0,8	-	-
Neoplasia maligna en estudio	8	6,4	-	-

\*DE= desviación estándar

\*\*Datos no incluidos en el formato de recolección de la información.

Los valores de Skindex-29 para los pacientes del grupo prospectivo y retrospectivo se describen en la tabla 2 encontrando puntajes globales con medianas de 12,9 (RIC: 16,8) y de 17,2 (RIC: 20,6) respectivamente. El análisis por dominios arrojó puntajes correspondientes a una importante afectación de la CVRS en el dominio emocional en ambos grupos con medianas de 20 (RIC: 25) y 25 (RIC: 32,5) respectivamente y en el dominio sintomático del grupo retrospectivo con mediana de 21,4 (RIC: 28,5) (Tabla 2).

**Tabla 2. Valores de Skindex-29 total y según variables de género, inicio de tratamiento y tipo de tumor en los grupos de pacientes prospectivos y retrospectivos.**

Variable	Pacientes Prospectivos						Pacientes Retrospectivos				
	n	Puntaje global (mediana)	Dominio sintomático (mediana)	Dominio emocional (mediana)	Dominio funcional (mediana)	DLQI (mediana)	n	Puntaje global (mediana)	Dominio sintomático (mediana)	Dominio emocional (mediana)	Dominio funcional (mediana)
Total de pacientes	126	12,9 (RIC 16,8)	6,2 (RIC 10,4)	20 (RIC 25)	14,2 (RIC 25,8)	4 (RIC 5)	111	17,2 (RIC 20,6)	21,4 (RIC 28,5)	25 (RIC 32,5)	6,2 (RIC 16,6)
<b>Genero</b>											
Hombre	63	12,9 (RIC 16,6)	4,1 (RIC 10,4)	21,2 (RIC 23,7)	14,2 (RIC 27,6)	4 (RIC 4)	48	16,3 (RIC 19,8)	25,0 (RIC 32,1)	23,7 (RIC 26,2)	6,2 (RIC 14,5)
Mujer	63	18,5 (RIC 23,2)	8,3 (RIC 19,7)	27,5 (RIC 23,7)	19,6 (RIC 33,0)	5 (RIC 6)	63	17,2 (RIC 21,5)	17,86 (RIC 21,4)	30,0 (RIC 37,5)	4,1 (RIC 16,6)
<b>Tratamiento previo</b>											
Si	60	12,9 (RIC 14,2)	4,1 (RIC 10,4)	17,5 (RIC 25)	14,2 (RIC 20,5)	4 (RIC 5)	88	18,1 (RIC 19,4)	21,4 (RIC 25)	27,5 (RIC 31,8)	7,2 (RIC 16,6)
No	66	14,6 (RIC 20,0)	6,2 (RIC 12,5)	22,5 (RIC 25,6)	17,8 (RIC 32,1)	4 (RIC 5)	22	9,4 (RIC 23,4)	21,4 (RIC 40,1)	15 (RIC 28,1)	0 (RIC 17,7)
<b>Tipo de neoplasia maligna**</b>											
Carcinoma Basocelular	56	9,4 (RIC 16,8)	4,1 (RIC 10,4)	17,5 (RIC 24,3)	14,2 (RIC 20,5)	4 (RIC 4)	79	16,3 (RIC 19,8)	21,4 (RIC 28,5)	25 (RIC 32,5)	4,1 (RIC 16,6)
Carcinoma Escamocelular	19	12,9 (RIC 14,6)	4,1 (RIC 8,3)	22,5 (RIC 25)	14,2 (RIC 28,5)	4 (RIC 3)	5	18,9 (RIC 29,7)	35,7 (RIC 37,4)	20 (RIC 22,5)	0 (RIC 41,6)
Melanoma	15	16,3 (RIC 11,2)	6,2 (RIC 16,6)	22,5 (RIC 25)	21,4 (RIC 28,5)	4 (RIC 3)	9	17,2 (RIC 22,4)	17,8 (RIC 17,8)	27,5 (RIC 30)	6,2 (RIC 19,7)

<b>Micosis Fungoide</b>	<b>18</b>	14 (RIC 18,3)	8,3 (RIC 22,3)	26,2 (RIC 24,3)	14,2 (RIC 23,2)	5 (RIC 8)	<b>18</b>	18,1 (RIC 28,0)	21,4 (RIC 43,7)	28,7 (RIC 36,2)	9,3 (RIC 29,1)
-------------------------	-----------	------------------	-------------------	--------------------	--------------------	--------------	-----------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------

\* RIC= rango intercuartil

\*\*Datos de los canceres más frecuentes en ambos grupos.

En el análisis por sexo se observaron puntajes mayores en las mujeres en comparación con los hombres en ambos grupos de pacientes con medianas de puntajes globales de 17,2 (RIC: 21,5) vs 16,3 (RIC: 19,8) en el grupo retrospectivo y de 18,5 (RIC: 23,2) vs 12,9 (RIC: 16,6) en el grupo prospectivo. El dominio emocional fue el más afectado en ambos géneros aunque principalmente en las mujeres (**Tabla 2**).

Se encontraron diferentes resultados según inicio o no de tratamiento en el momento de la valoración en ambos grupos. En el grupo prospectivo se observaron puntajes mayores en el grupo de pacientes que no habían iniciado el tratamiento, particularmente en el dominio emocional presentando una mediana de 22,5 (RIC: 25,6). En el grupo retrospectivo los puntajes fueron más altos en el grupo de pacientes que había iniciado tratamiento destacándose el dominio emocional con una mediana de 27,5 (RIC: 31,8) y el dominio sintomático 21,4 (RIC: 25) (**Tabla 2**).

Según el tipo de tumor se encontraron puntajes globales mayores en melanoma y micosis fungoide en el grupo prospectivo (16,3 (RIC: 11,2) y 14 (RIC: 18,3)) respectivamente, y en el grupo retrospectivo los mayores puntajes obtenidos correspondieron al carcinoma escamocelular y también a la micosis fungoide (18,9 (RIC: 29,7) y 18,1 (RIC: 28) ). El dominio emocional se afectó de manera importante en todos los tumores en el grupo prospectivo y retrospectivo. Se destacan en el grupo prospectivo el dominio funcional en los pacientes con melanoma y el dominio sintomático de los pacientes con carcinoma escamocelular, micosis fungoide y carcinoma basocelular con puntajes de 35,7 (RIC: 37,4), 21,4 (RIC: 43,7) y 21,4 (RIC: 28,5) del grupo retrospectivo (**Tabla 2**).

El puntaje del DLQI en el total de pacientes fue de 4 puntos (RIC: 5), rango similar para los demás grupos analizados en los pacientes del grupo prospectivo (**Tabla 2**).

Se encontró una alta correlación entre los puntajes globales del Skindex-29 y del DLQI (coeficiente de correlación de Spearman = 0,827 con IC95%: 0,760-0,876),  $p < 0,05$ ).

## Discusión.

De acuerdo a los resultados de este estudio, el cáncer de piel aunque tiene un impacto leve en la calidad de vida global de los pacientes que lo sufren, se destaca

que el dominio emocional se afecta de manera importante en todos los pacientes, afectándose en un mayor grado las mujeres comparado con los hombres.

La media de la edad, la distribución según el sexo y el bajo estrato socioeconómico de los pacientes incluidos se asemeja a lo reportado en la epidemiología nacional (3)(23) pero difiere con lo encontrado recientemente en países como México y Ecuador donde la edad de los pacientes con cáncer de piel es menor y se observa una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (24,25) lo que podría explicarse por diferencias en las poblaciones estudiadas.

El carcinoma basocelular fue el tipo de tumor cutáneo más frecuente seguido del carcinoma escamocelular, la micosis fungoide y el melanoma, diferente a lo reportado en el estudio colombiano del Instituto Nacional de cancerología (3) y a estudios en México y España donde el tercer cáncer en frecuencia es el melanoma (25)(26). De forma interesante, se encontró una alta frecuencia de pacientes con micosis fungoides lo que se podría explicar por el lugar de captación de los pacientes que correspondió a instituciones de referencia y de manejo de enfermedades de alta complejidad, aunque este hallazgo pudiera también estar influenciado por un aumento en la incidencia del mismo como se ha reportado en la literatura mundial(27) (28,29).

En pacientes con carcinoma basocelular se ha reportado que el impacto en el dominio emocional y en las actividades diarias es más común y frecuente en estadios avanzados de la enfermedad (30). De hecho, se ha especulado que la reducción en el impacto en el dominio funcional de estos pacientes se puede deber a que se han acostumbrado a convivir con su diagnóstico lo que podría explicar los puntajes en este dominio de nuestros pacientes (31). Como se ha visto en otros estudios el dominio emocional en los pacientes con estos diagnósticos es el que se ve más afectado generalmente, lo que se demuestra en el estudio de Radiotis et al (32) en el que el 70% de los pacientes con CNM manifestaban algún grado de alteración emocional sin embargo solo un 18% llegó a tener niveles significativos de angustia, a pesar de esto ellos proponen que la monitorización emocional debe ser un “sexto signo vital”.

Aunque de acuerdo a la clasificación de Prinsen et al (17), la media del puntaje global del Skindex-29 tanto para el grupo retrospectivo como para el prospectivo indican una leve afectación de la calidad de vida de los pacientes, los dominios emocional y sintomático de ambos grupos muestran un mayor compromiso. Lo anterior es congruente con lo reportado por Chren et al (33) en un estudio de 633 pacientes con CNM y por Burdon et al (34,35). En tal sentido sería relevante evaluar las propiedades psicométricas de instrumentos específicos tales como el Índice de

Cáncer de piel (SCI) para CNM de cabeza y cuello, que ha mostrado ser útil para visibilizar problemas específicos como cicatrices, desfiguración y preocupación sobre posible recurrencia(6). Otros dominios que cobran relevancia para la evaluación de la calidad de vida en los pacientes con cáncer cutáneo corresponderían al de la apariencia y el impacto social que no se encuentran incluidos en los instrumentos genéricos utilizados en los ensayos clínicos o en la práctica clínica dermatológica (32).

De manera similar al Skindex-29, la media del puntaje total del DLQI del grupo prospectivo indica un efecto pequeño del cáncer cutáneo en la calidad de vida de estos pacientes lo que se asemeja a lo reportado por Abedini et al (36) en un estudio de 95 pacientes con diagnóstico de CNM. En conjunto estos resultados de bajo impacto en la CVRS con el uso tanto del Skindex-29 como del DLQI son congruentes con lo encontrado en la literatura (31), lo que podría explicarse ya sea por una incapacidad de los instrumentos para captar algunas particularidades importantes en pacientes con cáncer de piel, especialmente en grupos extremos ya sea con lesiones localizadas o en estadios avanzados de la enfermedad primando en este último el compromiso de órganos internos (6,37) o también porque ambos instrumentos fueron desarrollados inicialmente para medir la CVRS en enfermedades inflamatorias de la piel (38) mas no para la medición de la CVRS en pacientes con tumores cutáneos.

Aunque no se planteó como objetivo en nuestro estudio se encontró de manera interesante que los puntajes globales de Skindex-29 obtenidos en este estudio son comparables con los de enfermedades cutáneas como el melasma y el vitíligo pero exceden a los obtenidos en pacientes con lesiones benignas cutáneas como nevus y queratosis seborreicas de acuerdo a un estudio multicéntrico realizado en Colombia (39) lo que demuestra que el diagnóstico de cáncer en sí mismo impacta en algún grado la calidad de vida de los pacientes.

En este estudio no se observaron diferencias entre los puntajes de Skindex-29 según el haber o no iniciado tratamiento o el padecer de alguna comorbilidad tal y como lo ha reportado previamente Essers et al (40). Aunque en estudios como el de Chren et al (9) se detectaron diferencias significativas según el tipo de tratamiento recibido por parte de los pacientes con cáncer cutáneo, el tamaño de muestra de nuestro estudio y el tipo no permitió establecer esas asociaciones reportadas.

De forma relevante, en este estudio se detectaron diferencias entre hombres y mujeres en los puntajes en las escalas de CVRS siendo estos mayores en mujeres lo que se asemeja a los hallazgos de Sampogna et al (8) quienes evaluaron la

calidad de vida de 364 pacientes (60% hombres y 40% mujeres) con cáncer de piel no melanoma, por medio del Skindex-29 demostrando un mayor impacto en las mujeres, principalmente en aspectos relacionados con preocupación, depresión y la funcionalidad en el trabajo, diferente a lo que se observa en hombres en general con mayor afectación en la vida social y el trabajo. Resalta que en la micosis fungoide también se han observado estas diferencias según el género (42) lo que va en consonancia con lo encontrado en nuestro estudio.

El tipo de cáncer de piel puede influir en la afectación de la calidad de vida. Diferentes aspectos se comprometen en uno u otro diagnóstico. En nuestro estudio no se encontraron grandes diferencias en los puntajes globales ni por dominios del Skindex-29 según el tipo de tumor lo que pudiera explicarse por la incapacidad de los pacientes para poder discernir entre los efectos que le puede causar uno u otro tipo de cáncer cutáneo.

El carcinoma basocelular y el carcinoma escamocelular agrupados como cáncer de piel no melanoma (CNM) son los tipos de cáncer de piel más frecuentes en el mundo y en Colombia. En nuestro estudio estos pacientes no presentaron afectación de su calidad de vida según los puntajes globales de Skindex-29. Sin embargo, el dominio emocional si se afectó en los pacientes con estos diagnósticos en ambos grupos.

En este estudio se destaca que los pacientes con melanoma tuvieron un impacto mayor en el dominio emocional. Eso se explicaría por el efecto que tiene el diagnóstico de melanoma, el cual ha sido clásicamente catastrófico y ha mostrado tener peores puntuaciones de calidad de vida comparado con otros cánceres cutáneos, tal y como lo ha reportado Burdon et al (34). Es así como el dominio emocional en estos pacientes se compromete frecuentemente y ha sido un hallazgo usual en los diferentes estudios (10), incluso corresponde a un ítem especial en escalas de valoración de calidad de vida propias de melanoma como el FACT-M (43), observándose una prevalencia de hasta un 30% de algún tipo de desorden psicológico como depresión y ansiedad en los pacientes con melanoma, pudiendo explicar el compromiso principal y a veces único del dominio emocional (44).

En la micosis fungoide se observó también una mayor afectación del dominio emocional en el grupo prospectivo lo que demuestra que este grupo de pacientes es de los más afectados en su calidad de vida tal y como se ha descrito en el estudio PROCLIFI (42) en el que se encontró una afectación importante en los pacientes con micosis fungoide, la afectación fue comparable a la de enfermedades inflamatorias de la piel tales como la psoriasis y la dermatitis atópica con una mucha mayor afectación en los pacientes con síndrome de Sézary (12)(45). De hecho se han descrito tasas de hasta el 34% de ansiedad y depresión mayores que la

población sin la enfermedad lo que podría explicar los resultados obtenidos en este estudio. Por otra parte, en la micosis fungoides se ha encontrado que el dominio sintomático se afecta por presentar prurito, ardor, eritema y descamación y el dominio funcional se impacta por el aislamiento social, las dificultades sexuales, los costos del tratamiento y el tiempo invertido en el tratamiento que influyen en la calidad de vida de estos pacientes (11). No obstante, en nuestros pacientes estos dominios no se vieron afectados posiblemente porque en su mayoría ya estaban recibiendo tratamiento y tenían control sintomático de su enfermedad.

Se encontró una alta y significativa correlación entre los puntajes totales del Skindex-29 y el DLQI. Aunque en lo revisado no se encontraron estudios de CVRS en cáncer cutáneo que utilizaran ambos instrumentos, dicha correlación pudiera explicarse por la similitud en el rendimiento de ambas herramientas en cáncer cutáneo. No obstante, el uso del DLQI como herramienta única de valoración de calidad de vida en estos pacientes no sería recomendable ya que este podría subestimar la afectación en el dominio emocional que resultó afectado de manera importante al aplicar el Skindex-29, por lo que se debe optar por el uso de dicho instrumento que es el único instrumento genérico que ya se encuentra validado en la población colombiana con enfermedades cutáneas (15,46).

Entre las fortalezas de este estudio se incluyen su novedad al ser este el primer estudio colombiano que evalúa la calidad de vida en pacientes con neoplasias malignas cutáneas, la inclusión de pacientes de diferentes regiones del país además de que aporta información epidemiológica importante sobre el cáncer de piel en el ámbito nacional y latinoamericano.

Entre sus limitaciones se incluyen su diseño de tipo corte transversal que impide demostrar asociaciones o causalidad, ser un estudio descriptivo, la no recolección de información importante tal como la localización de la neoplasia maligna y su tamaño que pudieron haber influido en los puntajes de calidad de vida en estos pacientes además uso de escalas generales de dermatología, con ausencia de criterios importantes en estos pacientes como apariencia

Como perspectivas a futuro se plantea la necesidad de estudios locales y regionales con un mayor tamaño de muestra que valoren la calidad de vida en pacientes con neoplasias malignas cutáneas y que incluyan escalas específicas de cáncer de piel que midan si hay afectación de otros dominios no incluidos en el Skindex-29 o el DLQI para determinar si se está subestimando la afectación en la CVRS con el uso de estos, o si en realidad estos diagnósticos la impactan poco. Revisar la necesidad de validación o adaptación de una de las escalas específicas como el SCI o FACT-M.

**Conclusión.**

Se encontró una afectación mínima en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con neoplasias malignas cutáneas, con afectación leve del dominio emocional. Las mujeres en ambos grupos tuvieron una afectación mayor con respecto a los hombres en la calidad de vida y los pacientes con melanoma y micosis fungoide tuvieron una afectación mayor en el grupo prospectivo.

**Agradecimientos.**

Daniel Andrés Vargas, Manuela Salazar Ramírez, Jasbleidy Jineth Salazar, residentes de dermatología de la Universidad de Antioquia, profesores de dermatología de la Universidad de Antioquia, IPS Universitaria, Hospital San Vicente Fundación y grupo GRID por la cofinanciación y apoyo en la logística del proyecto.



## Bibliografía:

1. Apalla Z, Nashan D, Weller RB, Castellsagué X. Skin Cancer: Epidemiology, Disease Burden, Pathophysiology, Diagnosis, and Therapeutic Approaches. *Dermatology and Therapy*. 2017;7:5–19.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021 May;71(3):209–49.
3. Pozzobon FC, Acosta ÁE, Castillo JS. Cáncer de piel en Colombia: cifras del Instituto Nacional de Cancerología. *Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica*. 2018;26(1):12–7.
4. Quality-of-life End Points in Cancer Clinical Trials: The U.S. Food and Drug Administration Perspective - PubMed [Internet]. [cited 2020 Apr 13]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8750460/>
5. Augustin M, Langenbruch AK, Gutknecht M, Radtke MA, Blome C. Quality of Life Measures for Dermatology: Definition, Evaluation, and Interpretation. *Current Dermatology Reports*. 2012;1(3):148–59.
6. Lee EH, Klassen AF, Nehal KS, Cano SJ, Waters J, Pusic AL. A systematic review of patient-reported outcome instruments of non-melanoma skin cancer in the dermatologic population. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(2).
7. Steinbauer J, Koller M, Kohl E, Karrer S, Landthaler M, Szeimies RM. Lebensqualität in der Versorgung des nichtmelanozytären Hautkrebses ? Ergebnisse einer Pilotstudie. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology*. 2011 Feb;9(2):129–35.
8. Sampogna F, Paradisi A, Iemboli ML, Fania L, Ricci F, Napolitano M, et al. Sex differences in health-related quality of life in patients with keratinocyte carcinomas. *Acta Dermato-Venereologica*. 2021;101(4).
9. Chren MM, Sahay AP, Bertenthal DS, Sen S, Landefeld CS. Quality-of-life outcomes of treatments for cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Journal of Investigative Dermatology*. 2007 Jun;127(6):1351–7.
10. Sampogna F, Paradisi A, Iemboli ML, Ricci F, Sonogo G, Abeni D. Comparison of quality of life between melanoma and non-melanoma skin cancer patients. *European Journal of Dermatology*. 2019 Mar 1;29(2):185–91.
11. María Posada-Cano A, Jairo Valencia-Ocampo O, María Velásquez-Lopera M. Valoración de la calidad de vida en pacientes con linfoma cutáneo. Assessment of the quality of life in patients with cutaneous lymphoma [Internet]. 2019;63(1):26–39. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=135950170&site=ehost-live>
12. Herbosa CM, Semenov YR, Rosenberg AR, Mehta-Shah N, Musiek AC. Clinical severity measures and quality-of-life burden in patients with mycosis fungoides and Sézary syndrome: comparison of generic and dermatology-specific instruments. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2020 May 1;34(5):995–1003.
13. Bonilla J, López D, Sepúlveda CE. Estratificación socioeconómica en Colombia Contexto general y diagnóstico. In: *Los límites de la estratificación: en busca de alternativas*. Editorial Universidad del Rosario; 2014. p. 235–9. colombia\_-\_ley\_100.
14. Gloria Sanclemente-Mesa HIG, Aguirre-Acevedo DC, Jones-Caballero M, Luz Helena Lugo CE, María-Mejía A, Restrepo C, et al. Fiabilidad y validez de constructo de la versión colombiana del instrumento de calidad de vida Skindex-29© en Medellín, Colombia. *Iatreia*. 2017;30(1):21–33.
15. Jones-Caballero M, Peñas PF, García-Diez A, Chren MM, Badía X. The Spanish version of Skindex-29. An instrument for measuring quality of life in patients with cutaneous diseases. *Medicina Clínica*. 2002 Jan 19;118(1):5–9.
16. Prinsen CAC, Lindeboom R, de Korte J. Interpretation of skindex-29 scores: Cutoffs for mild, moderate, and severe impairment of health-related quality of life. *Journal of Investigative Dermatology*. 2011;131(9):1945–7.
17. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Sam Salek M, Finlay AY. Translating the Science of Quality of Life into Practice: What Do Dermatology Life Quality Index Scores Mean? 2005.
18. Restrepo C, Escobar Valencia C, María A, Giraldo M, Arango ST, Iván H, et al. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en dermatología. Vol. 26, IATREIA.
19. San Clemente G. Enfermedades de la piel más frecuentes dermatológicas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y del Hospital Infantil. *Acta Medica Colombiana*. 2001;26(5):240–5.
20. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)-A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*. 2009 Apr;42(2):377–81.
21. Schober P, Schwarte LA. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia and Analgesia*. 2018 May 1;126(5):1763–8.
22. Sánchez G, Nova J, de La Hoz F, Castañeda C. Incidence of skin cancer in Colombia from 2003-2007. *Piel*. 2011;26(4):171–7.
23. Cerón Chimarro DE, Ayon Genkuong AM. Prevalencia de cáncer de piel en pacientes de 18 a 50 años en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2014 -2019. *Oncología (Ecuador)*. 2020 Apr 30;30(1):82–91.
24. tres ciudades de México en, Jurado-Santa Cruz F, Medina-Bojórquez A, María Gutiérrez-Vidrio R, Manuel Ruiz-Rosillo J, con C, et al. APORTACIONES ORIGINALES Prevalencia del cáncer de piel. Vol. 49, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2011.
25. Pérez-Suárez B, Guerra-Tapia A. Características sociodemográficas del cáncer cutáneo en España. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2008 Mar;99(2):119–26.
26. Ghazawi FM, Alghazawi N, Le M, Netchiporouk E, Glassman SJ, Sasseville D, et al. Environmental and other extrinsic risk factors contributing to the pathogenesis of cutaneous T cell lymphoma (CTCL). Vol. 9, *Frontiers in Oncology*. Frontiers Media S.A.; 2019.
27. García-Díaz N, Piris MÁ, Ortiz-Romero PL, Vaqué JP. Mycosis fungoides and sézary syndrome: An integrative review of the pathophysiology, molecular drivers, and targeted therapy. Vol. 13, *Cancers*. MDPI AG; 2021.

29. Imam MH, Shenoy PJ, Flowers CR, Phillips A, Lechowicz MJ. Incidence and survival patterns of cutaneous T-cell lymphomas in the United States. *Leukemia and Lymphoma*. 2013 Apr;54(4):752–9.
30. Steenrod AW, Smyth EN, Bush EN, Chang ALS, Arron ST, Helfrich YR, et al. A Qualitative Comparison of Symptoms and Impact of Varying Stages of Basal Cell Carcinoma. *Dermatology and Therapy*. 2015 Sep 29;5(3):183–99.
31. Çetinarslan T, Evrenos MK, Ermertcan AT. An update on quality of life in malignant melanoma and nonmelanoma skin cancers. Vol. 15, *Türk Dermatoloji Dergisi*. Turkish Society of Hematology; 2021. p. 17–27.
32. George Radiotis MNRMeZCMMKMF and AKP. Nonmelanoma Skin Cancer: Disease-Specific Quality-of-Life Concerns and Distress. *Oncology Nursing Forum Oncology*. 2014;41(1):57–65.
33. Chen T, Bertenthal D, Sahay A, Sen S, Chren MM. Predictors of skin-related quality of life after treatment of cutaneous basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. *Archives of Dermatology*. 2007 Nov;143(11):1386–92.
34. Burdon-Jones D, Gibbons K. The Skin Cancer Quality of Life Impact Tool (SCQOLIT): A validated health-related quality of life questionnaire for non-metastatic skin cancers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2013 Sep;27(9):1109–13.
35. Burdon-Jones D, Thomas P, Baker R. Quality of life issues in nonmetastatic skin cancer. *British Journal of Dermatology*. 2010 Jan;162(1):147–51.
36. Abedini R, Nasimi M, Noormohammad Pour P, Moghtadaie A, Tohidinik HR. Quality of Life in Patients with Non-melanoma Skin Cancer: Implications for Healthcare Education Services and Supports. *J Cancer Educ*. 2019 Aug 1;34(4):755–9.
37. Chernyshov P v., Lallas A, Tomas-Aragones L, Arenbergerova M, Samimi M, Manolache L, et al. Quality of life measurement in skin cancer patients: literature review and position paper of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Forces on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes, Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2019;33(5):816–27.
38. Finlay AY, Khan GK. *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*-a simple practical measure for routine clinical use. Vol. 19, *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994.
39. Sanclemente G, Burgos C, Nova J, Hernández F, González C, Reyes MI, et al. The impact of skin diseases on quality of life: A multicenter study. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2017;108(3):244–52.
40. Essers BAB, Dirksen CD, Nieman FHM, Smeets NWJ, Krekels GAM, Prins MH, et al. Cost-effectiveness of Mohs Micrographic Surgery vs Surgical Excision for Basal Cell Carcinoma of the Face [Internet]. Vol. 142, *Arch Dermatol*. 2006. Available from: <http://archderm.jamanetwork.com/>
41. Rhee JS, Matthews BA, Neuburg M, Smith TL, Burzynski M, Nattinger AB. *Skin Cancer and Quality of Life: Assessment With the Dermatology Life Quality Index*.
42. Molloy K, Jonak C, Woei-A-Jin FJSH, Guenova E, Busschots AM, Bervoets A, et al. Characteristics associated with significantly worse quality of life in mycosis fungoides/Sézary syndrome from the Prospective Cutaneous Lymphoma International Prognostic Index (PROCLIPi) study. *British Journal of Dermatology*. 2020 Mar 1;182(3):770–9.
43. Cornish D, Holterhues C, van de Poll-Franse L v., Coebergh JW, Nijsten T. A systematic review of health-related quality of life in cutaneous melanoma. *Annals of Oncology*. 2009;20(SUPPL. 4):4–11.
44. Kasparian NA. Psychological stress and melanoma: Are we meeting our patients' psychological needs? Vol. 31, *Clinics in Dermatology*. 2013. p. 41–6.
45. Talpur R. Quality of life, Skindex-29, mycosis fungoides/Sézary syndrome. Vol. 182, *British Journal of Dermatology*. Blackwell Publishing Ltd; 2020. p. 541–2.
46. Gloria Sanclemente-Mesa. Preprueba para la adaptación cultural de la versión española del instrumento de calidad de vida dermatológico Skindex-29 en Colombia. *Rev Asociación Colombiana de dermatología*; 2011.