

**Supervivencia de los pacientes con cáncer escamocelular bucal que fueron tratados por primera vez en centros oncológicos en el periodo 2000 a 2011 y la calidad de vida de los sobrevivientes en el año 2012 en Medellín.**

**Marta Áida Palacio Correa**

**Adriana Posada López**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**Asesores:**

**Mg. CAROLINA SALAS ZAPATA**

**Dr. SEGIO ZUÑIGA PAVÍA**

**Dr. EFRAÍN ALVAREZ MARTINEZ**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín  
2012**

## 1. Introducción

El carcinoma escamocelular, también denominado carcinoma espinocelular o carcinoma epidermoide, se define como una neoplasia maligna derivada del epitelio plano. (1) Es la neoplasia maligna más común en la cavidad bucal.(2)

La cavidad bucal se divide en los siguientes subsitios: labio, encía y reborde alveolar, paladar duro, piso de boca, carrillo y trígono retromolar. La orofaringe se subdivide en paladar blando, base de lengua y amígdala.(2) El cáncer bucal incluye en un sentido genérico todos aquellos tumores localizados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 entre los números C00-C06, C10 y C14.(3)

La falta de información epidemiológica en nuestro país sobre el cáncer bucal hace que éste sea un tipo de cáncer medianamente desconocido, pese a que está asociado a factores endógenos como los genéticos y a factores exógenos como la dieta, el consumo de alcohol, el tabaco fumado de tipo normal e invertido y la exposición al sol, entre otros.(4)

La incidencia del cáncer en la cavidad bucal se ve influenciada según la distribución cultural y geográfica de las zonas en las que se estudia. Tanto la prevalencia como la incidencia y la mortalidad del cáncer escamocelular bucal (CEB), varían ampliamente en las diferentes partes del mundo, encontrándose una elevada tasa de incidencia en la India, Sudáfrica y una frecuencia baja en Japón y México. (4)

Factores como la localización del tumor, el estadio clínico, el tipo de tratamiento, entre otros, afectan la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes debido a que el tratamiento es capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. (5)

En nuestro país han sido escasos los estudios sobre el cáncer bucal a largo plazo, en series amplias de casos en los que se observe la supervivencia y la calidad de vida de una misma cohorte, por esto el objetivo de este trabajo fue determinar la supervivencia de los pacientes con cáncer escamocelular bucal (CEB) que fueron tratados por primera vez en centros oncológicos en el período de 2000 a 2011 y la calidad de vida de los sobrevivientes en el año 2012 en Medellín.

## **2. Planteamiento del problema y justificación**

El cáncer bucal es una enfermedad que ocasiona severas consecuencias en la salud de las personas, dado que produce mutilaciones, deformidades físicas y funcionales, afectando de manera importante el ámbito psicológico, económico, social, familiar y reduciendo de forma dramática la calidad de vida y la esperanza de seguir viviendo, en algunos casos ocasiona la muerte.

Cabe destacar que en Colombia no se han publicado a la fecha investigaciones que abarquen aspectos físicos y sociales de los pacientes diagnosticados con cáncer bucal y sus efectos en la calidad de vida no solo de ellos sino también de su grupo familiar. La literatura indica que un alto porcentaje de los pacientes con esta enfermedad se diagnostican en estadios avanzados (Estadio IV), es decir, lesiones cancerosas extensas en la mucosa bucal y metástasis regionales en ganglios y en cuello, las cuales disminuye notoriamente la probabilidad de sobrevivir a la enfermedad. (6)

En los últimos años, han ido surgiendo una serie de cambios sobre la prevalencia, la incidencia de nuevos casos, la mortalidad, la edad de presentación y la proporción de casos hombre mujer, con un aumento muy significativo en el grupo de personas más jóvenes. (4)

Conocer el impacto y el contexto sobre el cual se desarrolla el cáncer bucal en la población que ha consultado en las diferentes instituciones oncológicas de la ciudad de Medellín, dará lugar al mejoramiento del diagnóstico clínico, a una oportuna intervención que mejore la calidad del servicio y a una transformación desde la salud pública en beneficio de los pacientes.

Este problema requiere una intervención precoz para disminuir la mortalidad en los pacientes, mejorar el diagnóstico y aumentar la efectividad del tratamiento, para contribuir al incremento de la sobrevivencia de éstos, y mejorar su calidad de vida.

Dado este planteamiento surge la pregunta: ¿Cuál es la supervivencia de los pacientes con cáncer escamocelular bucal que fueron tratados por primera vez en centros oncológicos en el período de 2000 a 2011 y la calidad de vida de los sobrevivientes en el año 2012 en Medellín?

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar la supervivencia de los pacientes con cáncer escamocelular bucal (CEB) que fueron tratados por primera vez en centros oncológicos en el periodo de 2000 a 2011 y la calidad de vida de los sobrevivientes en el año 2012 en Medellín.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- ⦿ Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con carcinoma escamocelular bucal (CEB), que fueron tratados por primera vez en los servicios de oncología en Medellín, entre 2000 y 2011
- ⦿ Analizar la letalidad por carcinoma escamocelular bucal en la cohorte de estudio
- ⦿ Estimar la supervivencia de los pacientes con diagnóstico de CEB, según algunas variables sociodemográficas y clínicas
- ⦿ Determinar la calidad de vida actual y sus factores asociados en los sobrevivientes de la cohorte

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

#### **4.1.1 Análisis de supervivencia**

Se realizó un estudio de supervivencia basado en una cohorte dinámica retrospectiva de casos de cáncer escamocelular bucal (CEB), tratados por primera vez en los centros oncológicos especializados de Medellín entre 2000 y 2011.

#### **4.1.2 Análisis de calidad de vida**

Para el análisis de calidad de vida de los sobrevivientes de la cohorte en el año 2012, se realizó un estudio de corte transversal, en el cual se analizaron los puntajes de calidad de vida respecto a la función global, física, de rol, emocional, cognitiva, social, la escala de síntomas y el impacto financiero y las demás covariables incluidas en el estudio.

### **4.2 Población y muestra**

Para el estudio de supervivencia se analizaron todas las historias clínicas de los pacientes que fueron tratados por primera vez en las unidades oncológicas especializadas de Medellín durante los años 2000 a 2011 por cáncer escamocelular bucal.

Para la calidad de vida se encuestaron a las personas de la cohorte que al año 2012 habían sobrevivido al cáncer bucal y que residían actualmente en Medellín y sus corregimientos, el área metropolitana y otros municipios cercanos como Rionegro, Guarne, el Retiro, Marinilla y la Ceja.

### **4.3 Unidad de análisis**

#### **4.3.1 Supervivencia**

La unidad de análisis para la supervivencia fueron el total de historias clínicas de los pacientes diagnosticados con CEB, tratados por primera vez entre los años 2000 y 2011 en los 9 centros oncológicos participantes de Medellín. Estas unidades de análisis proporcionaron fuente de información secundaria.

#### **4.3.2 Letalidad:**

La letalidad tuvo como unidad de análisis la información de los pacientes que murieron por CEB respecto a los pacientes diagnosticados con CEB. Se calculó la siguiente expresión:

$$L\% = \frac{F}{E} * 100$$

- L: Tasa de letalidad.
- F: Número de muertes por carcinoma escamocelular bucal entre el año 2000 y 2011 en los centros oncológicos en los cuales brindan tratamiento a los pacientes con dicha enfermedad.
- E: Número de casos diagnosticados por la misma enfermedad en el mismo periodo y área.

#### 4.3.3 Calidad de vida

En el estudio de la calidad de vida, la unidad de análisis fueron los pacientes sobrevivientes de la cohorte, a los cuales se les aplicó la encuesta QLQ-C30. Los centros oncológicos proporcionaron información secundaria desde la historia clínica la cual fue consignada en el formato diseñado para tal fin.

#### 4.4 Criterios de inclusión y exclusión

##### 4.4.1 Supervivencia

Criterios de inclusión:

- ⊙ El cáncer bucal debió ser el tumor primario.
- ⊙ El paciente debió ser tratado por primera vez en un centro oncológico de Medellín en el periodo 2000 a 2011 y tener la fecha del primer tratamiento registrada en la historia.
- ⊙ Haber tenido confirmación histopatológica del tumor como cáncer escamocelular bucal

Criterios de exclusión:

- ⊙ Haber recibido alguna fase del tratamiento para cáncer bucal en un centro oncológico por fuera de Medellín
- ⊙ Pacientes muertos por una causa diferente a la del cáncer bucal
- ⊙ Los pacientes que no tenían información sobre su estado vivo o muerto

Otras definiciones:

- ⊙ **Supervivencia:** Se refiere al tiempo transcurrido en meses, desde la fecha del primer tratamiento recibido por el paciente, hasta la fecha del último contacto con el paciente

- ⊙ **Primer tratamiento:** Es el primer procedimiento al cual fue sometido el paciente para el control del cáncer bucal, pudo ser: cirugía, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia o la combinación de estos
- ⊙ **Status del paciente:** Se definieron tres vivo, fallecido o sin información

Adicionalmente se crearon las siguientes variables a partir de la información recogida:

- ⊙ **Fecha del último contacto:** Determinada a partir de la última fecha registrada en la historia clínica por la institución o determinada a partir de las llamadas telefónicas
- ⊙ **Para los pacientes vivos:** Se asumió la fecha en la cual se verificó con la familia el estado actual del paciente o la fecha en la cual el paciente fue encuestado para el análisis de calidad de vida
- ⊙ **Para los pacientes fallecidos:** Se asumió la fecha de muerte consignada en el certificado de defunción. Aquellos pacientes a quienes las familias no tenían acceso al certificado, se les asignó la última fecha en la cual fue atendido en la institución según constaba en la historia clínica
- ⊙ **Para los pacientes sin información:** A quienes no se les pudo actualizar su estatus, se les asignó la última fecha de contacto con la institución
- ⊙ **Tiempo de seguimiento:** Medido en meses. Corresponde a la variable calculada a partir de la diferencia en meses entre la fecha del último contacto y la fecha del primer tratamiento
- ⊙ **Casos censurados:** Aquellos en los que no se ha producido la muerte, fallecidos por una causa diferente a cáncer bucal, los que al final del seguimiento estaban vivos y los que se perdieron por falta de información
- ⊙ **Evento de interés:** Se definió como la muerte del paciente ocurrida por cáncer bucal, en el período de estudio

#### 4.4.2 Calidad de vida

##### Criterios de inclusión:

- ⊙ Ser paciente sobreviviente de la cohorte de estudio
- ⊙ Diagnostico histopatológico confirmado de cáncer escamocelular bucal
- ⊙ Condiciones físicas y psicológicas adecuadas para responder la encuesta
- ⊙ Que firme el consentimiento informado

##### Criterios de exclusión:

- ⊙ Pacientes que en la historia clínica o que en el momento de la llamada se haya encontrado conspiración de silencio por parte de la familia
- ⊙ Pacientes con discapacidad mental observada en el momento de la encuesta

- ⊙ Pacientes que al momento de la encuesta se haya encontrado bajo el efecto de sustancias psicoactivas
- ⊙ Pacientes que no desearon participar en el estudio

## **4.5 Recolección de la información**

Se obtuvo autorización de la instituciones participantes para acceder a los listados de pacientes diagnosticados según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE 10) (C00 hasta C06, C10 y C14) con cáncer bucal, listados que fueron suministrados por los departamentos de estadística de cada una de las instituciones y a partir de los cuales el personal de archivo suministraba la historia, en algunos casos en físico y en otros casos de forma digital.

Dado que las instituciones en general no hacen seguimiento a sus pacientes y que las historias clínicas en su mayoría no registraban la condición del paciente (vivo o muerto), se presentó solicitud para confrontar el número de la cédula y el nombre del paciente con los registros de mortalidad al DANE, a la Seccional de Salud de Antioquia, a la Seccional de Salud de Medellín, a Planeación Metropolitana, a la Subdirección de Planeación de Metroinformación, al Ministerio de la Protección Social, y la respuesta fue que la reserva estadística establecida por la Ley 079 de 1993 no lo permitía. El Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública proporcionó unas bases de datos de mortalidad que si bien coincidían con el periodo de estudio, no permitían comparar los registros de mortalidad con los datos de las instituciones, dado que no eran registros individuales sino agrupados.

Por lo anterior, el estado actual del paciente fue determinado por medio de llamadas telefónicas, realizadas desde cada una de las instituciones participantes y algunas desde la Facultad Nacional de Salud Pública.

Para aquellos pacientes que habían fallecido y que su familiar no recordaba la fecha de muerte y/o su causa, pero que disponía del certificado de defunción, se repitió la llamada en un plazo de dos días para registrar dichos datos.

Una vez aprobada la participación del paciente, se procedió a concertar visitas domiciliarias que fueron realizadas acorde con los protocolos establecidos y autorizados por los Comités de Bioética. Se firmó el consentimiento informado con la respectiva huella digital del paciente y su(s) testigo(s).

### **4.5.1 Instrumentos de recolección**

El instrumento de recolección para el análisis de supervivencia, fue diseñado para consignar la información proporcionada por la historia clínica de cada paciente y las variables de interés extraídas de la historia clínica fueron: nombre, cedula, fecha de apertura de la historia, número de historia, institución donde se encontraba la historia. Otras sociodemográficas como edad, fecha de nacimiento, sexo, lugar de residencia, lugar de procedencia, estado civil, estrato



socioeconómico, nivel educativo, afiliación al régimen de seguridad social en salud y ocupación, y por ultimo variables clínicas y de hábitos (tabaco y alcohol), como localización del tumor, estadio del tumor, tratamiento recibido, presencia de comorbilidades o problemas sistémicos, comorbilidades asociadas al tratamiento, signos y síntomas presentados durante la enfermedad, presencia de recidivas, otras atenciones al paciente, fecha de diagnóstico, fecha del primer tratamiento y fecha del ultimo contacto.

Para realizar la recolección de la información de la calidad de vida, se diseñó un cuestionario para consignar la información de las variables sociodemográficas, clínicas y de hábitos y se adicionaron las variables del cuestionario creado por el Grupo de Calidad Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) llamado QLQ-C30, con previa autorización de los autores.

#### **4.5.2 Control de sesgos y prueba piloto**

##### **4.5.2.1 Sesgos de información:**

Debido al instrumento de supervivencia: Inicialmente se hizo una comparación de los formatos de las historias clínicas de cada una de las instituciones para determinar si las diferencias afectaban los objetivos de la investigación. Luego, se realizó una prueba piloto con las historias clínicas de pacientes diagnosticados con cáncer escamocelular bucal, la prueba piloto tuvo como objetivo: Evaluar la pertinencia del instrumento diseñado para recoger la información de las historias clínicas de acuerdo a los objetivos de la investigación, determinar las posibilidades reales de obtener la información para alcanzar los objetivos, estimar las características de la calidad del dato y la posible recurrencia de carencia de información, dimensionar el tiempo de recolección expresado en tiempo de revisión por historia, detectar cualquier otra dificultad que no hubiera sido prevista por las investigadoras.

Debido al instrumento de calidad de vida: El instrumento de calidad de vida se aplicó en 5 pacientes con diferentes tipos de cáncer del instituto de cancerología y se realizaron los debidos ajustes para su posterior aplicación.

Los sesgos relacionados con la digitación de la información, se controlaron por medio de comparaciones aleatorias de la información digitada con la contenida en los formularios.

Debido al investigado: La revisión de las historias se realizó en ambientes tranquilos y proporcionados por cada una de las instituciones. Las encuestas aplicadas a los sobrevivientes, se llevaron a cabo en la tranquilidad de sus hogares, respetando la intimidad de cada uno de ellos.

En cuanto al sesgo de memoria, este se controló por medio del instrumento dado que las preguntas fueron enfocadas con tiempo de referencia a la semana anterior.

Debido al investigador: los sesgos del observador se controlaron con un adecuado conocimiento y manejo de las diferentes historias clínicas, para esto las investigadoras fueron capacitadas por cada una de las instituciones. Además estos sesgos fueron controlados por medio de la asesoría de un cirujano oncólogo de cabeza y cuello y un cirujano maxilofacial con experiencia en cáncer bucal. En calidad de vida la recolección de la información fue apoyada por profesionales en trabajo social con experiencia en visitas domiciliarias, previamente capacitadas en el manejo del cuestionario y quienes firmaron en cada una de las instituciones acuerdo de confidencialidad con la información.

Para controlar el sesgo de información que podría generarse durante el contacto telefónico, se utilizó un formato estandarizado como guion de conversación telefónica aprobado por los comités de bioética de cada una de las instituciones.

#### **4.5.2.2 Sesgos de selección:**

Se revisaron todas las historias clínicas disponibles y luego se encuestaron los pacientes sobrevivientes, que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar en la investigación.

Por último en el análisis de la información se utilizó un modelo multivariado con el fin de explicar las variables que influían en la supervivencia y en la calidad de vida.

### **4.6 Procesamiento de la información**

Para el procesamiento de la información se construyó una base de datos en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 18).

Previo a la digitación se depuraron los datos recogidos en los cuestionarios, detectando inconsistencias y espacios en blanco, y se realizó verificación con la historia clínica cuando fue necesario.

Se observó que algunos pacientes durante el proceso de enfermedad fueron atendidos en varias instituciones, lo que generó la revisión de varias historias clínicas de un solo paciente. Numéricamente esto se tradujo en la reconstrucción de 295 historias clínicas a partir de la depuración hecha por cédula, nombre y fecha de nacimiento; con lo que la base final de pacientes con una única historia fue de 778 personas.

Para este estudio una única historia se definió como el resultado del compendio de información obtenido por medio de la revisión de múltiples historias de un mismo paciente.

A partir de las variables obtenidas se crearon unas nuevas variables que fueron:

- ⊙ Numero de instituciones en las cuales el paciente fue atendido: creada a partir del reporte de la historia clínica
- ⊙ Calculo de la edad: a partir de la fecha de nacimiento
- ⊙ Lugar de procedencia y lugar de residencia: se reagruparon en Medellín, corregimientos y otros municipios del área metropolitana, otros municipios de Antioquia, otros departamentos del país y sin información
- ⊙ Año en el cual fue diagnosticado: creada a partir de la fecha de diagnóstico
- ⊙ Edad al momento del diagnostico: creada a partir de la fecha de nacimiento y año en el cual fue diagnosticado el caso
- ⊙ Edad al momento de la muerte: creada a partir de la fecha de nacimiento y la fecha de muerte
- ⊙ Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la fecha de muerte: creada a partir de la fecha del diagnostico y la fecha de la muerte
- ⊙ Tiempo transcurrido entre el primer tratamiento y la muerte: creada a partir de la fecha del primer tratamiento y la fecha de la muerte

#### **4.7 Control de calidad**

Se generaron distribuciones de frecuencias para cada una de las variables para detectar errores en la digitación, valores perdidos o distintos a los establecidos en cada categoría.

También se realizó validación y cruce de variables para observar la consistencia de los datos, relacionados con: edad, fecha de diagnostico, fecha del primer tratamiento, fecha del ultimo contacto y fecha de muerte.

#### **4.8 Consideraciones éticas**

La investigación se efectuó bajo la resolución No 008430 de octubre 4 de 1993, por la cual el Ministerio de Salud de la República de Colombia, establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Según esta resolución la investigación se clasifica de dos formas: para el estudio de supervivencia se clasifica en una investigación sin riesgo, por no realizar pruebas biológicas de laboratorio, por no haber intervención en individuos y porque el trabajo se desarrolla a partir de fuentes secundarias.

Para el estudio de calidad de vida, el riesgo se considera mínimo dado que hubo un contacto con el paciente en el cual se dio respuesta a las preguntas de un cuestionario que no modificaron sus pautas de comportamiento.

El proyecto de investigación se presentó para revisión y aprobación del Comité de Programa de la Maestría en Epidemiología y el Comité de Bioética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia quienes lo aprobaron mediante acta número (051). Posteriormente se presentó a cada uno de los comités de investigaciones y de bioética de las instituciones y participantes para su correspondiente aval.

Los comités de investigaciones y bioética de las 9 instituciones dieron su aval para utilización del consentimiento informado y el contacto telefónico con los pacientes. El personal operativo de la investigación se comprometió a abstenerse de divulgar a terceros la información del estudio.

## **5. Resultados**

### **5.1 Características generales de la población**

#### **5.1.1 Instituciones participantes y distribución de los pacientes**

Con el fin de obtener información sobre las instituciones que podrían ser incluidas en el estudio por brindar atención a pacientes con cáncer bucal, se solicitó a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) un listado de éstas, con sus respectivos contactos. Inicialmente el listado tenía 15 instituciones, a las cuales se llamó, se visitaron y se verificó si atendían pacientes con cáncer bucal. Al respecto se encontró que 9 brindaban tratamiento para cáncer bucal

Las que brindaban el tratamiento para cáncer bucal y aceptaron participar en la investigación fueron: Hospital General de Medellín, Instituto de Cancerología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital San Vicente de Paúl, Clínica de Oncología Astorga, Centro Oncológico de Antioquia, Clínica Vida, Clínica SOMA, Clínica las Américas.

De las 6 instituciones no incluidas, 4 no atendían pacientes con dicha patología, una tenía un número muy reducido de pacientes y su información no estaba sistematizada y la otra no respondió la solicitud para la participación en el estudio.

Se revisaron 1.700 historias clínicas en las instituciones que fueron parte del estudio. De éstas, se descartaron durante la revisión 621 por no ser cáncer escamocelular bucal, a pesar de aparecer codificadas en los sistemas de información de las instituciones según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE 10) como cáncer bucal o porque el tipo histológico no era el de interés de ésta investigación; o porque la fecha de tratamiento reportada correspondía a recidiva y habían sido diagnosticados en un periodo diferente al de la cohorte de estudio, obteniendo un total de 1079 historias clínicas en las 9 instituciones.

Tabla 1. Distribución del número de historias clínicas aportadas por cada institución participante en el estudio de los pacientes con cáncer bucal tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012.

Institución	Número de historias suministradas y revisadas	Número de historias descartadas por no cumplir los criterios de inclusión	Número de historias incluidas en la base por tener el dx	% de participación
Instituto de Cancerología	427	132	295	27.3
Clínica las Américas	305	29	276	25.5
Hospital San Vicente de Paul	364	163	201	18.6
Hospital Pablo Tobón Uribe	168	57	111	10.3
Hospital General de Medellín	186	96	90	8.3
Clínica Astorga	91	37	54	5.0
Clínica Vida	126	95	31	2.9
Clínica Soma	27	12	15	1.3
Centro Oncológico de Antioquia	6	0	6	0.8
Total	1.700	621	1079	100

En las 1079 historias finalmente incluidas, se identificaron pacientes comunes a varias instituciones lo que exigió unificar o reconstruir 296 historias, quedando finalmente una base general de 783 pacientes con una historia única, de estos se descartaron 5 porque la fecha de tratamiento reportada correspondía a recidiva y/o habían sido diagnosticados en un periodo diferente al de la cohorte de estudio. Finalmente la base de análisis para este estudio fue de 778 pacientes de los cuales 250 fueron identificados muertos, 162 sobrevivientes de la cohorte y 366 que no fueron contactados por diferentes causas. (Anexo 9)

### 5.1.2 Características sociodemográficas de los pacientes

Los pacientes presentaron una edad mínima al momento del diagnóstico de 7 años y una edad máxima de 98. Se observó que la edad promedio al momento del diagnóstico fue 63,5 años (DE=13,6 años).

La distribución por sexo indicó que el 54,2% eran hombres y el 45,8% mujeres. Sin discriminación por sexo estos pacientes en su mayoría informaron ser oriundos y residentes de la ciudad de Medellín; de hecho el 55,6% estaba residenciado en la ciudad o en sus corregimientos, de los municipios del Área Metropolitana (18,6%), seguido por otros municipios de Antioquia (18,9%) y otros departamentos del país (6,8%).

Con respecto al estado civil, el 53,5% de los pacientes informaron estar casados. La variable estrato se recodificó en tres grupos así: estrato 1 y 2 en nivel socioeconómico bajo, estratos 3 y 4 en nivel medio y los estratos 4 y 5 en el nivel socioeconómico alto. Implica entonces que el 56,0% de los pacientes diagnosticados por cáncer bucal entre el año 2000 y el año 2011 pertenecían a estrato bajo, el 42,7% a estrato medio y el 1,3% a estrato alto.

El nivel educativo es una variable que dentro de las instituciones no se registra con frecuencia, de hecho sólo el 26% de los pacientes presentó ésta información

consignada en su historia clínica; de ellos el 63,9 % son pacientes que informaron tener como nivel educativo estudios de primaria completos o incompletos.

Con respecto a la afiliación al régimen de seguridad social, el 63,1% pertenecía al régimen contributivo, en calidad de cotizante o beneficiario, el 28,8% fueron pacientes subsidiados; a régimen vinculado pertenecían el 3,8% de los pacientes y un 4,3% accedió a los servicios de salud para el tratamiento del cáncer bucal de forma particular.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes con cáncer bucal tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012.

Características		n	%	I.C (95%) para la proporción
Sexo	Hombre	422	54,2	50,6 – 57,8
	Mujer	356	45,8	42,1 – 49,3
	Total	778	100,0	
Lugar de residencia	Medellín y sus corregimientos	418	55,6	52,0 – 59,2
	Municipios del Área Metropolitana	140	18,6	15,7 – 21,4
	Otros municipios de Antioquia	142	18,9	16,0 – 21,7
	Otros departamentos del país	51	6,8	4,9 – 8,6
	Total	751	100,0	
Estado civil	Soltero	134	20,4	17,2- 23,5
	Casado	352	53,5	49,6 – 57,3
	Separado/Divorciado	27	4,1	2,5 – 5,6
	Unión libre	62	9,4	7,1 – 11,7
	Viuda	83	12,6	10,0 – 15,2
	Total	658	100,0	
Nivel socioeconómico	Bajo	88	56,0	47,9 – 64,1
	Medio	67	42,7	34,6 – 50,7
	Alto	2	1,3	0,1 – 4,5
	Total	157	100,0	
Nivel educativo	Ninguno	4	1,9	0,5 – 4,8
	Primaria incomplete	101	48,9	41,7 – 55,8
	Primaria complete	31	15,0	9,8 – 20,0
	Básica secundaria incompleta	18	8,7	4,6 – 12,7
	Básica secundaria complete	16	7,7	3,8 – 11,6
	Técnica / Tecnológico	9	4,3	1,3 – 7,3
	Superior	28	13,5	8,6 – 18,4
	Total	207	100,0	
Afiliación en salud	Contributivo	465	63,1	59,5 – 66,6
	Subsidiado	212	28,8	25,4 – 32,1
	Vinculado	28	3,8	2,3 – 5,2
	Particular	32	4,3	2,8 – 5,8
	Total	737	100,0	

Con respecto a los hábitos de vida, el 73,3% fumaron alguna vez en su vida y el 35,5% declararon consumo de alcohol alguna vez en su vida. En cuanto al hábito de fumar según el sexo, la relación hombre mujer fue de 1:1,16. De las mujeres que fumaban, 7,23% lo hacían invertido es decir con la candela hacia adentro de la cavidad bucal, y estas mujeres provenían y residían de departamentos como Chocó, Sucre y Córdoba.

## 5.1.3 Características clínicas de los pacientes

### 5.1.3.1 Localización del tumor

Las historias clínicas permitieron evidenciar que el 65,2% (507) de los pacientes presentaron el tumor localizado en un solo lugar dentro de la cavidad oral y el 34,8% (271) presentaron la localización del tumor en más de un lugar.

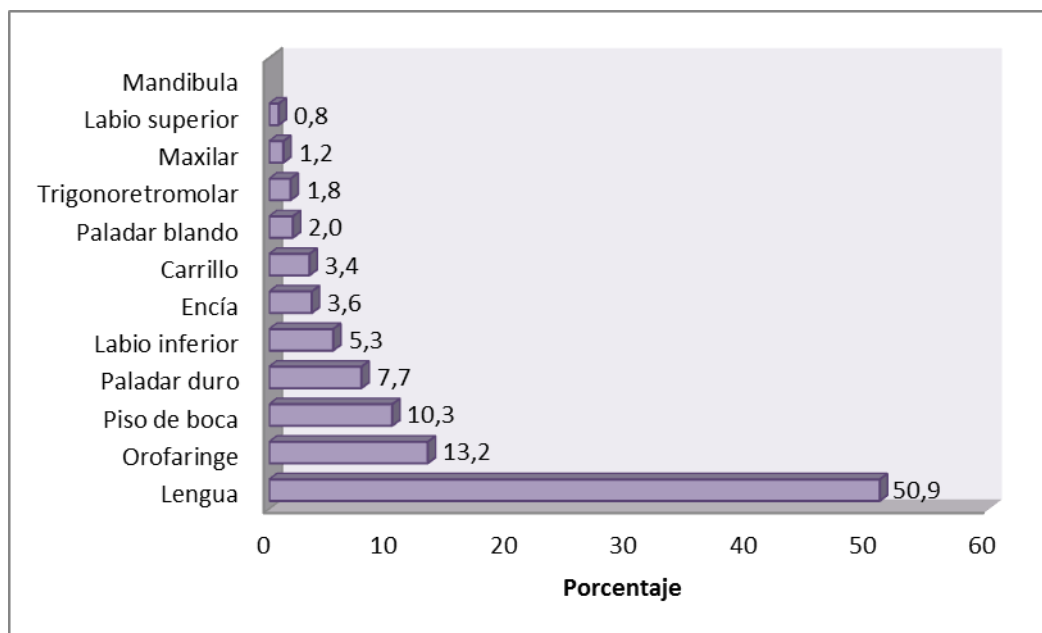


Gráfico 1. Distribución porcentual de la localización del tumor en un solo sitio anatómico, en los pacientes con cáncer bucal tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012

La localización del tumor según el sexo, mostró que en los hombres el lugar más prevalente en el cual se localiza el cáncer fue en lengua 27,6%, seguido de piso de boca 14,2%, orofaringe 12,3%, paladar blando 4,3%, labio inferior 3,9%, trigono retromolar 4% y labio superior 0,9%.

En las mujeres, las localizaciones más prevalentes fueron lengua 24,5%, piso de boca 8,8%, orofaringe 6,3%, encía 5,2%, trigono retromolar 2,6%, mandíbula 1,8% y maxilar 1,2%.

### 5.1.3.2 Estadío del tumor

Se encontró entre los pacientes a los que se les registró el estadío del tumor en la historia clínica, que un 78,6% fueron diagnosticados en estadío III y IV y un 21,4% fueron diagnosticados en estadío I y II. (Tabla 4)

Cuando se observa la distribución del diagnóstico por estadío y localización del tumor en un solo lugar anatómico, las tres localizaciones más prevalentes fueron en lengua, orofaringe y piso de boca, diagnosticados en estadíos III y IV. Se diagnosticaron el 56,0% de los pacientes con cáncer de lengua en estadíos III y IV, el 25,4% de los casos de cáncer en el piso de boca en los mismos estadíos y el 23,1% de los pacientes con cáncer en la orofaringe también en estadíos III y IV; estadíos que comprometen en alto grado la supervivencia del paciente. (Tabla 3)

Tabla 3: Distribución de la localización más frecuente del tumor según estadio en los pacientes con cáncer bucal tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012

Localización del tumor		Estadio del tumor				Total
		Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV	
Lengua	n	43	27	63	184	317
	%	9,80%	6,10%	14,30%	41,70%	71,90%
Piso de boca	n	11	11	16	96	134
	%	2,50%	2,50%	3,60%	21,80%	30,40%
Orofaringe	n	4	3	18	84	109
	%	0,90%	0,70%	4,10%	19,00%	24,70%
Total	n	50	33	85	273	441
	%	11,30%	7,50%	19,30%	61,90%	100,00%

### 5.1.3.3 Características del tratamiento

Con respecto al tratamiento recibido por los pacientes, se encontró que el 47,0% lo recibieron de forma combinada (Cirugía y quimioterapia, cirugía y radioterapia, quimioterapia y radioterapia o radioterapia y braquiterapia). De forma individual, el tratamiento más frecuente en los pacientes fue la cirugía (27,6%), luego la radioterapia (9,9%) y en porcentajes muy bajos los pacientes recibieron quimioterapia (2,2%) o braquiterapia (0,4%) como único tratamiento. Por múltiples razones descritas en la historia clínica como falta de acceso al servicio, lugar de residencia, falta de continuidad, por voluntad propia, decisión de la familia entre otros, se encontró que el 4,1% de los pacientes no recibieron tratamiento. (Tabla 4)

Cuando se observó la distribución del tratamiento recibido según el estadio del paciente, se encontró que el 50% de los pacientes de los que no se realizaron ningún tratamiento habían sido diagnosticados en estadio IV, la decisión de no realizarse ningún tratamiento en algunos casos es una decisión de familia y lo dejan consignado en la historia clínica. En general, en la relación estadio – tratamiento, la cirugía como único tratamiento fue aceptada en un 30,7% de los pacientes diagnosticados en estadio I y por el 40,9% de los pacientes diagnosticados en estadio IV.

Otro aspecto en la población con cáncer es la presencia de recidivas; con respecto a esto, el 17,8% de los pacientes presentaron recidivas según la historia clínica de los cuales un 84,9 % presentó una sola recidiva.

### 5.1.3.4 Atención integral

En relación con la atención integral que deben recibir los pacientes, el 79,8% en promedio no fueron remitidos a otros profesionales. Aquellos a quienes se les brindó otro apoyo, lo recibieron principalmente para nutrición y dolor y cuidado paliativo.



Tabla 4. Características clínicas de los pacientes con cáncer bucal tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012

Características clínicas		n	%	I.C (95%) para la proporción
Tratamiento recibido	No recibió tratamiento alguno	32	4,1%	2,6 – 5,5
	Solo cirugía	215	27,6%	24,4 – 30,8
	Sólo Quimioterapia	17	2,2%	1,0 – 3,2
	Sólo Radioterapia	77	9,9%	7,7 – 12,0
	Sólo Braquiterapia	3	,4%	0,08 – 1,1
	Radioterapia y Braquiterapia	0	,0%	
	Combinación de Tratamientos	366	47,0%	43,4 – 50,6
	La historia no lo informa	68	8,7%	6,6 – 10,7
Total		778	100,0%	
Estadío del tumor	Estadío I	73	12,9%	10,0 – 15,7
	Estadío II	48	8,5%	6,0 – 10,8
	Estadío III	107	18,9%	15,5 – 22,2
	Estadío IV	338	59,7%	55,5 – 63,8
	Total	566	100,0%	
Atención psicológica	Si	89	11,4%	9,1 – 13,7
	No	689	88,6%	86,2 – 90,8
	Total	778	100,0%	
Atención fisioterapeuta	Si	66	8,5%	6,4 - 10,5
	No	712	91,5%	89,4 - 93,5
	Total	778	100,0%	
Atención fonoaudióloga	Si	86	11,1%	8,7 – 13,3
	No	692	88,9%	89,6 – 91,2
	Total	778	100,0%	
Atención nutricionista	Si	285	36,6%	33,1 – 40,0
	No	493	63,4%	59,9 – 66,8
	Total	778	100,0%	
Atención por dolor y cuidado paliativo	Si	258	33,2%	29,7 – 36,5
	No	520	66,8%	63,4 – 70,2
	Total	778	100,0%	

### 5.1.3.5 Presencia de comorbilidades en los pacientes

Clínicamente se ha evidenciado que la presencia de comorbilidades puede en algún momento influenciar la supervivencia o la calidad de vida de un paciente, si bien determinar esa influencia no fue objetivo de este estudio, la revisión de la historia clínica permitió observar que además del cáncer bucal los pacientes presentaban en el momento de iniciar el primer tratamiento otras enfermedades como problemas cardiovasculares 65%, problemas respiratorios 16%, y diabetes mellitus 15%. Dentro de la patología cardiovascular, la más frecuente fue la hipertensión arterial y en los problemas respiratorios la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

### 5.1.3.6 Complicaciones asociadas al tratamiento del cáncer bucal

Al analizar el tratamiento del cáncer bucal desde la información consignada en la historia clínica, se encontró que los pacientes afrontaban múltiples complicaciones durante su tratamiento que impactaban su calidad de vida y probabilidad de supervivencia como las que se describen en la siguiente tabla:

Tabla 5. Complicaciones asociadas al tratamiento recibido por los pacientes con cáncer bucal, tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012

Complicaciones	n	%	I.C(95%) para la proporción
Mucositis	191	7.4	6,3 - 8,4
Disgeusia	87	3.4	2,6 - 4,0
Xerostomia	157	6.1	5,1 - 7,0
Trismus	75	2.9	2,2 - 3,5
Disfagia	362	14.1	12,6 - 15,4
Candidiasis	16	0.6	0,2 - 0,9
Osteoradionecrosis	3	0.3	0,0 - 0,3
Infecciones	81	3.1	2.5 - 3.8
Sangrado	46	1.8	1,2 - 2,3
Dificultad para la alimentación	311	12.1	10,9 - 13,3
Disfunción para la fonación	185	7.2	6,1 - 8,1
Dolor referido en cabeza y cuello	446	17.3	15,8 - 18,7
Otros	616	23.7	22,2 - 25.5
Total	2576	100.0	

Dentro de la problemática del cáncer bucal es importante evidenciar tanto el tiempo transcurrido entre la aparición o percepción de la lesión en la boca y el momento en el cual fue histopatológicamente confirmado el cáncer, como el tiempo transcurrido entre el momento del diagnóstico y el inicio del primer tratamiento. Al respecto se encontró, que sólo el 21,3% de los pacientes tenían en su historia clínica el tiempo transcurrido entre la aparición o percepción de la lesión y el momento en el cual fue histopatológicamente confirmado el cáncer, tiempo que oscila entre 15 días y 96 meses. Adicionalmente, se encontró que para el 50% de los pacientes transcurrieron 58 días o menos entre el momento en que se le confirmó histopatológicamente la presencia de ésta enfermedad y el primer tratamiento.

#### 5.1.3.7 Letalidad del carcinoma escamocelular bucal en los pacientes de la cohorte

Durante el período 2000 a 2011 fueron diagnosticados con cáncer escamocelular bucal 778 pacientes en las nueve instituciones que participaron en el estudio, de los cuales murieron 246 por esta misma causa, esto permite estimar la letalidad general de esta enfermedad en un 31,6% (I.C del 95%: 28,2% - 34,9%), lo que significa que por cada 100 pacientes diagnosticados con cáncer bucal murieron 32 pacientes aproximadamente. (Gráfico 3)

Calculando la letalidad específica por sexo se estima que la tasa de letalidad en las mujeres fue del 27,2% y en los hombres fue del 35,3%, diferencia estadísticamente significativa (I.C: 0,013 – 0,148;  $p < 0.05$ ). (Gráfico 3). Se encontró adicionalmente que en el estadio I, 14 de cada 100 personas murieron por CEB, mientras que en el estadio IV, 30 de cada 100 personas mueren por dicha enfermedad.

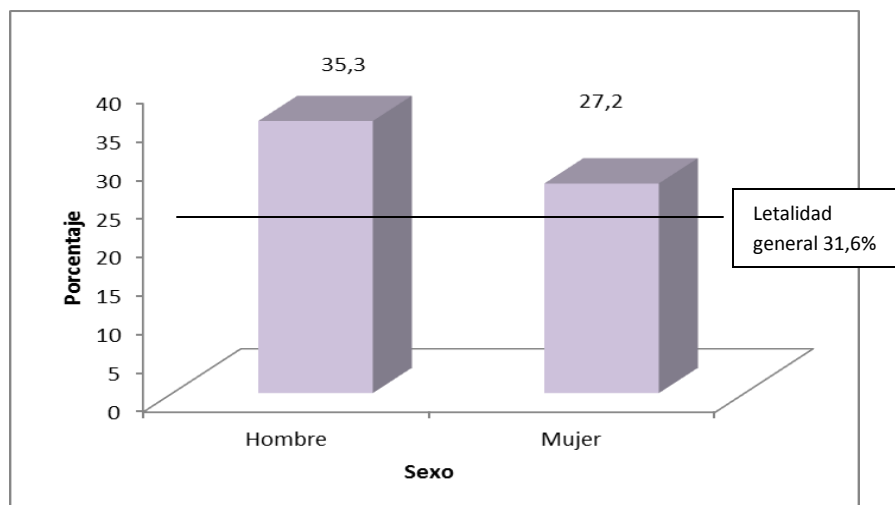


Gráfico 2. Letalidad por cáncer bucal en la cohorte según sexo, en los pacientes tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012

#### 5.1.3.8 Factores relacionados con la supervivencia de los pacientes

El análisis de supervivencia se realizó con 630 pacientes que tenían la fecha del primer tratamiento, la cual fue condición para la realización del estudio y que a demás cumplieron con los criterios de inclusión.

El 71,9% (453) de los pacientes no presentaron el evento de interés (censurados) y el 28,1% (177) de estos pacientes fallecieron por causa del cáncer bucal.

La media de la supervivencia fue de 22,7 (DE=27,67 meses); el 50% de los tiempos de supervivencia fueron de 74,09 meses o menos.

En la tabla 6 se observa que desde el momento del primer tratamiento hasta antes de los primeros 11 meses, la probabilidad acumulada de supervivencia es del 83%, cerca de los dos años después del primer tratamiento ésta probabilidad desciende en un 20%. Es decir, el riesgo de morir por cáncer bucal después de recibir el primer tratamiento es mayor en el primer año que a partir del segundo.

A los cinco años, se estima que la probabilidad acumulada de supervivencia es del 54%, y a partir de los siete años aproximadamente, la probabilidad de supervivencia se comporta de manera similar. (Tabla 6)

Tabla 6: Tabla de vida pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en centros oncológicos, Medellín ,2012.

Momento del inicio del intervalo	Número que entra en el intervalo	Número que sale en el intervalo	Número expuesto a riesgo	Número de eventos terminales	Proporción que termina	Proporción que sobrevive	Proporción acumulada que sobrevive al final del intervalo
< 11	630	217	521,5	88	0,17	0,83	0,83
11 – 21.9	325	71	289,5	47	0,16	0,84	0,7
22 – 32.9	207	36	189	18	0,1	0,9	0,63
33 – 43.9	153	28	139	6	0,04	0,96	0,6
44- 54.9	119	26	106	7	0,07	0,93	0,56
55 – 65.9	86	17	77,5	3	0,04	0,96	0,54
66 - 76.9	66	16	58	6	0,1	0,9	0,49
77 – 87.9	44	13	37,5	1	0,03	0,97	0,47
88 – 98.9	30	14	23	1	0,04	0,96	0,45
99 - 109.9	15	10	10	0	0	1	0,45
110 – 120.9	5	2	4	0	0	1	0,45
121 – 131.9	3	2	2	0	0	1	0,45
132 - 143	1	1	0,5	0	0	1	0,45

a. La mediana del tiempo de supervivencia es 74.0 meses

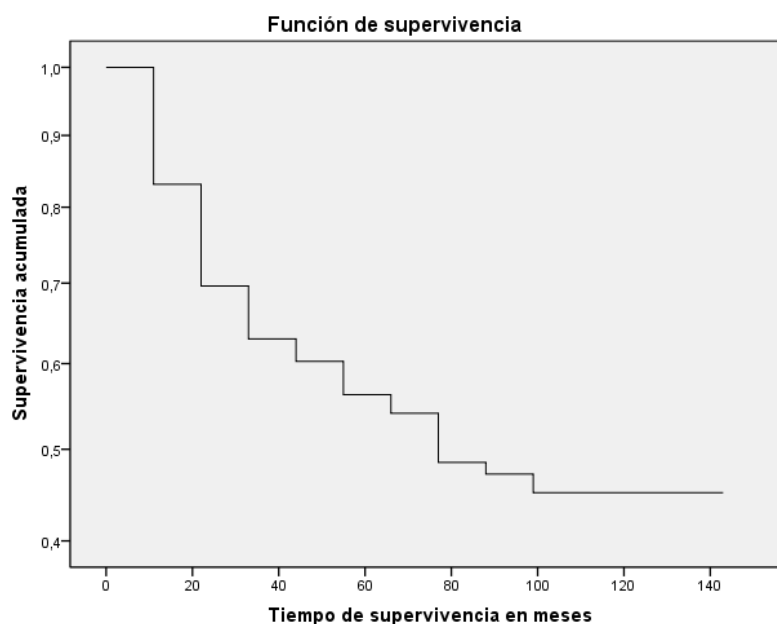


Gráfico 3. Supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en centros oncológicos, Medellín, 2012

Con el fin de explorar la asociación entre la supervivencia específica de los pacientes con cáncer bucal expresado en meses y otras variables, se aplicó el estadístico Log rank test; el cual presentó diferencias estadísticamente significativas de la supervivencia acumulada de los pacientes, desde el momento del primer tratamiento hasta su muerte por sexo, edad, estadio del tumor y tratamiento recibido; se observó una mayor supervivencia en las mujeres, los menores de 50 años, los pacientes diagnosticados en estadio I y a quienes le realizaron la cirugía como único tratamiento. Igualmente, presentaron diferencia en la supervivencia quienes recibieron atención de psicólogo, nutricionista y apoyo por dolor y cuidado paliativo ( $p < 0,05$ ). (Tabla 7).

Tabla 7. Indicadores de resumen, intervalos de confianza y prueba log Rank para la supervivencia acumulada de pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en centros oncológicos, Medellín, 2012

		Media	Mediana	IC 95%		Log rank test	
Variable	Categoría	Estimación	Estimación	Límite inferior	Límite superior	Chi <sup>2</sup>	Valor p
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS							
Sexo	Hombre	66.128	48.921	31.775	66.067	8.824	0.003*
	Mujer	82.127	.	.	.		
	Global	75.435	73.118	49.629	96.607		
Edad	Menor de 50 años	102.513	.	.	.	11.059	0.001*
	50 años y más	63.694	53.030	34.577	71.483		
	Global	75.411	73.118	49.625	96.611		
FACTORES CLÍNICOS							
Estadío del tumor	Estadío I	98.805	.	.	.	29.472	0.000*
	Estadío II	75.406	96.888	49.897	143.879		
	Estadío III	63.123	.	.	.		
	Estadío IV	58.154	34.521	20.251	48.790		
	Se desconoce	78.156	75.386	.	.		
	Global	75.435	73.118	49.629	96.607		
Tratamiento recibido	Solo cirugía	80.784	.	.	.	16.503	0.001*
	Solo quimioterapia	72.706	56.910	.000	136.358		
	Solo radioterapia/braquiterapia	63.453	48.395	.000	102.777		
	Combinación de tratamientos	64.591	55.529	35.146	75.912		
	Global	76.369	73.447	48.454	98.439		
	ATENCIÓN INTEGRAL						
Atención Psicológica	Si	45.596	43.693	17.198	70.188	5.470	0.019*
	No	78.451	75.386	.	.		
	Global	75.435	73.118	49.629	96.607		

Atención Nutricionista	Si	62.043	48.559	31.045	66.073	3.897	0.048*
	No	83.144	.	.	.		
	Global	75.435	73.118	49.629	96.607		
Atención dolor y cuidado paliativo	Si	43.897	22.356	14.740	29.972	43.884	0.000*
	No	92.640	.	.	.		
	Global	75.435	73.118	49.629	96.607		

\*Indica diferencias estadísticamente significativas a un nivel del 5%

Respecto al sexo, la supervivencia de las mujeres es un año mayor que la de los hombres; a los 5 años la probabilidad acumulada de supervivencia para ellas es aproximadamente del 63% mientras que para los hombres es del 43%.(Gráfico 4 ).

La edad fue agrupada en dos categorías: pacientes mayores de 50 años y menores de 50 años, la función de supervivencia muestra que la edad afecta la probabilidad de supervivencia, siendo más baja para los mayores de 50, aunque este hallazgo se debe analizar libre de la confusión que pueden introducir los demás factores analizados. (Gráfico 5)

Cuando se analizaron las variables clínicas y de tratamiento se observó que el estadio del tumor y el tipo de tratamiento recibido presentaron diferencias en cada una de las funciones de supervivencia y no hubo diferencias significativas en cuanto a la presencia de recidiva del cáncer bucal. Así mismo, quienes fueron diagnosticados en estadio IV presentaron una mediana de supervivencia de aproximadamente cinco años menos (62 meses) respecto a quienes fueron diagnosticados en estadio II; la probabilidad acumulada de supervivencia en estadio IV es inferior al 40%, mientras que en el estadio II la probabilidad acumulada de supervivencia es superior al 60%. (Gráfico 6)

Para el tipo de tratamiento recibido, también se observaron diferencias estadísticamente significativas dado que aquellos pacientes que recibieron la cirugía como tratamiento presentaron una supervivencia media superior a cualquier otro tipo de tratamiento individual o combinado. (Gráfico 7)

Se analizó también el apoyo al tratamiento de forma integral y se encontraron diferencias en las funciones de supervivencia cuando el paciente fue remitido a atención psicológica, atención por nutricionista y a dolor y cuidado paliativo; al contrario de quienes recibieron atención de fisioterapeuta y fonoaudiología respecto a los que no la tuvieron, donde no se observaron diferencias significativas en la supervivencia. (Gráficos 8, 9,10)

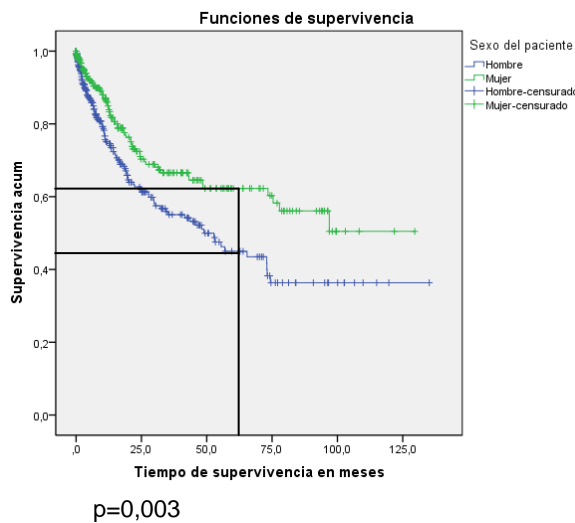


Grafico 4. Función de supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en Centros Oncológicos, según sexo. Medellín, 2012

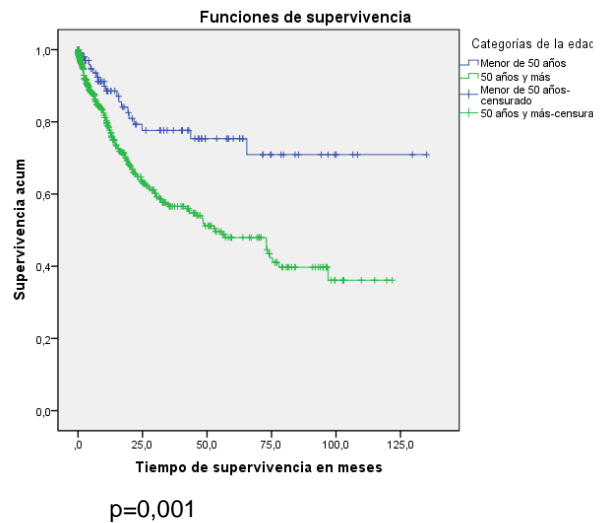


Grafico 5. Función de supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en Centros Oncológicos, según grupo de edad. Medellín, 2012

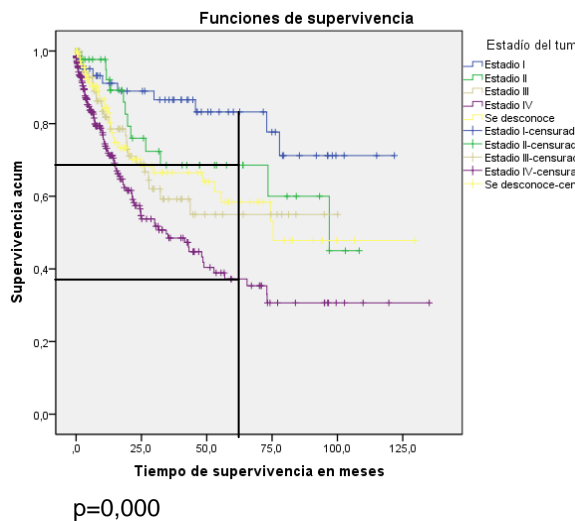


Grafico 6. Función de supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en Centros Oncológicos, según estadio. Medellín, 2012

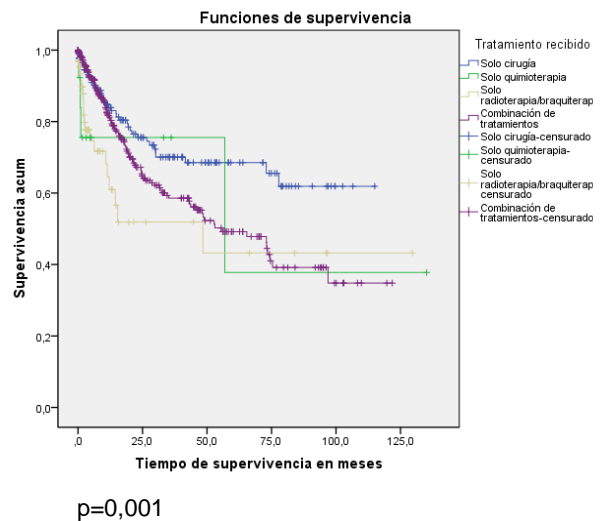
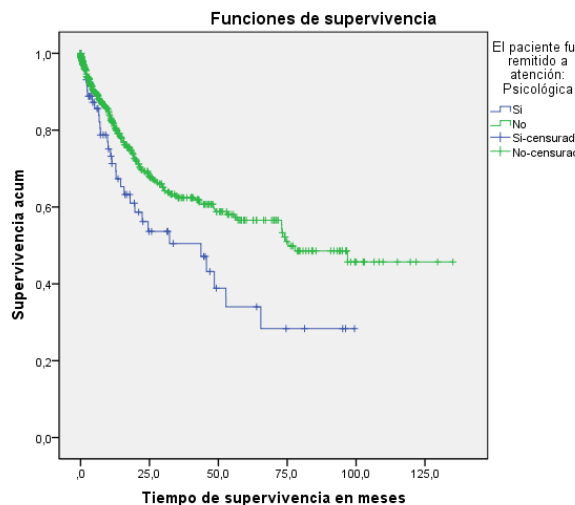
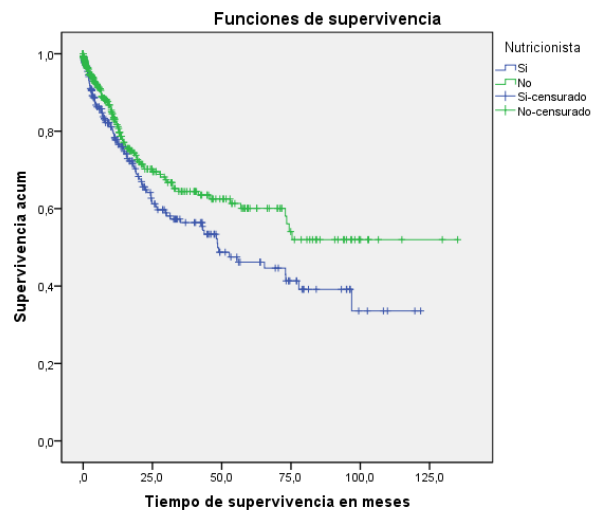


Grafico 7. Función de supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en Centros Oncológicos, según tratamiento recibido. Medellín, 2012



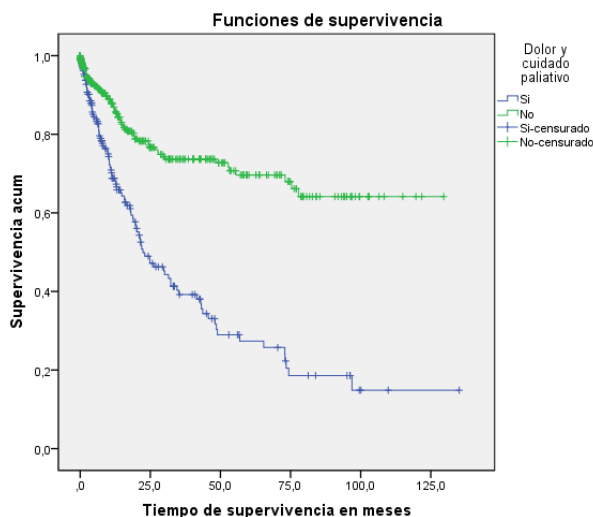
p=0,019

Gráfico 8. Función de supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en Centros Oncológicos, según atención psicológica. Medellín, 2012



p=0,048

Gráfico 9. Función de supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en Centros Oncológicos, según atención por nutricionista. Medellín, 2012



p=0,000

Gráfico 10. Función de supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en Centros Oncológicos, según atención por dolor y cuidado paliativo. Medellín, 2012

### 5.1.3.9 Factores relacionados con la supervivencia desde el momento del primer tratamiento hasta la muerte, a través del modelo de riesgos proporcionales de cox

Con el fin de determinar las variables que mejor explican el tiempo de supervivencia, se construyó el modelo de riesgos proporcionales de Cox en el cual se incluyeron las variables que en el análisis bivariado presentaron un valor de  $p < 0.25$  en el Log Rank Test (criterio de Hosmer Lemeshow) y las que el estado



del arte refiere como plausibles en relación con la probabilidad de supervivencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal; estas variables fueron: sexo, edad, estadio, tratamiento recibido, atención psicológica, atención por nutrición y por dolor y cuidado paliativo.

Se realizó el análisis del cumplimiento de riesgos proporcionales con el fin de verificar que el riesgo entre los grupos era proporcional y constante en el tiempo los grupos, dado que es una de las principales hipótesis del modelo de Cox (Anexo 10)

El modelo sugiere que los factores que mejor explican el aumento de la probabilidad de supervivencia de un paciente con cáncer bucal son: la edad, el sexo y el estadio del tumor en el cual es diagnosticado el paciente. En este sentido indica también que el tiempo de supervivencia se disminuye según la edad y el estadio del tumor. Las personas que tenían 50 años o menos presentaron una mayor supervivencia respecto a las mayores de 50 años. Con respecto al sexo, ser hombre representa 1,366 veces el riesgo de morir respecto a ser mujer y según el estadio en el cual es diagnosticado un paciente, éste afecta su supervivencia. Se observó que el riesgo de morir por cáncer bucal va aumentando de un estadio a otro. Implica esto que lo ideal es que un paciente sea diagnosticado en estadios tempranos, dado que en estadio IV el riesgo de morir es 3,74 veces más que (IC:1,939 – 7,212,  $p<0,05$ ) el riesgo de morir siendo diagnosticado en estadio I, en todo el tiempo permaneciendo los demás factores constantes. (Tabla 8)

Tabla 8. Modelo de riesgos proporcionales de Cox, para la supervivencia acumulada de los pacientes con cáncer bucal tratados por primera vez en centros oncológicos, Medellín 2012.

Variables del modelo RP	IC 95% para HR						
	Coeficiente	E.S	Wald	Valor p	HR	Inferior	Superior
Sexo	0,312	0,157	3,939	0,047	1,366	1,004	1,858
Edad	0,660	0,247	7,128	0,008	1,935	1,192	3,141
Estadio I			20,713	0,000			
Estadio II	0,678	0,430	2,484	,115	1,971	0,848	4,581
Estadio III	0,905	0,375	5,829	0,016	2,471	1,186	5,150
Estadio IV	1,319	0,335	15,499	0,000	3,740	1,939	7,212
Se desconoce el estadio	0,856	0,363	5,544	0,019	2,353	1,154	4,796

Categorías de referencia: sexo: mujer, edad: < de 50, estadio: I

### **5.1.3.10 Características generales de los sobrevivientes de la cohorte**

El análisis de calidad de vida de los pacientes con cáncer bucal se realizó con sobrevivientes de la cohorte 2000 – 2011. En este sentido se identificaron 162 pacientes, de los cuales 59% (95) respondieron el cuestionario general de calidad de vida para pacientes con cáncer (QLQ C-30), al cual se le adicionaron algunas variables sociodemográficas y clínicas de interés para el estudio, 19% (31) no lo respondieron por decisión propia o de la familia y el 22% (36) restante por alguna de las siguientes condiciones: vivían en municipios, departamentos o países fuera del alcance del estudio, no conocían el diagnóstico (conspiración de silencio), discapacidad cognitiva que no había sido informada previamente por la familia, ni declarada en la historia clínica o en el caso particular de un paciente, éste se encontraba privado de su libertad (cárcel).

El 89,5% de los pacientes fueron encuestados en el lugar de residencia, en el lugar de trabajo fueron visitados el 9,5% y un 1% respondió la encuesta después de su consulta médica en una institución de las que participaron en el estudio. En relación con la ubicación geográfica de la residencia habitual de los pacientes, el 68,4% eran residentes de Medellín, los demás vivían en Municipios del Área Metropolitana y el Oriente Cercano (El Retiro, Rionegro).

El 48,4% de los sobrevivientes son hombres y el 51,6% mujeres, con una edad promedio de 59,7 años (DE=15,4 años). La edad mínima encontrada corresponde a un niño de 8 años, quien residía por fuera del departamento de Antioquia, diagnosticado con cáncer de lengua en el mes de enero del año 2011 y que al momento de la encuesta (marzo de 2012) no había recibido su primer tratamiento, sin embargo tenía programada la cirugía. Así mismo, la edad máxima encontrada dentro de los pacientes encuestados fue una mujer de 90 años.

Los pacientes en un alto porcentaje (49,5%) estaban casados en el momento de la encuesta y pertenecían al nivel socioeconómico bajo (38,9%) o medio (49,5%). Con respecto a su nivel de estudios, el 10,5% no había realizado ninguno, el 67,3% tenía estudios primarios o secundarios completos o incompletos y un 22,1% había realizado estudios técnicos e incluso superiores.

Respecto a su afiliación al régimen de seguridad social en salud, un porcentaje alto (72,6%) se encontraban en el régimen contributivo y según la ocupación en el momento de la encuesta, el 36,9% se desempeñaban en una actividad académica o laboral, los demás, eran mujeres amas de casa (30,5%), pensionados y jubilados (22,1) o desempleados (10,5%).

Tabla 9. Características sociodemográficas de los pacientes sobrevivientes al cáncer bucal y que habían sido tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012.

Característica		n	%	I.C (95%) para la proporción
Sexo	Masculino	46	48,4	37,8 – 58,9
	Femenino	49	51,6	41,0 – 42,1
	Total	95	100,0	
Estado civil	Soltero	17	17,9	9,6 – 26,1
	Casado	47	49,5	38,8 – 60,0
	Separado/Divorciado	12	12,6	5,4 – 19,8
	Unión Libre	8	8,4	2,3 – 14,5
	Viuda	11	11,6	4,6 – 18,5
	Total	95	100,0	
Nivel socioeconómico	Bajo	37	38,9	28,6 – 49,27
	Medio	47	49,5	38,8 – 60,0
	Alto	11	11,6	4,6 – 18,5
	Total	95	100,0	
Ultimo nivel de estudios alcanzado	Ninguno	10	10,5	3,8 – 17,2
	Estudios Primarios	32	33,7	23,6 – 43,7
	Estudios Secundarios	32	33,7	23,6 – 43,7
	Estudios Técnica/ Superior	22	22,1	14,1 – 32,1
	Total	95	100,0	
Afilación en salud	Contributivo	69	72,6	63,1 – 82,1
	Subsidiado	25	26,3	16,9 – 35,6
	Particular	1	1,1	0,0 – 5,7
	Total	95	100,0	
Ocupación	Ama de casa	29	30,5	20,7 – 40,3
	Pensionados y jubilados	21	22,1	13,2 – 30,9
	Desempleados	10	10,5	3,8 – 17,2
	Empleados	35	36,8	26,6 – 47,0
	Total	95	100,0	

### 5.1.3.11 Características clínicas de los sobrevivientes de la cohorte

El 76,8% de los sobrevivientes de la cohorte presentaron una sola lesión tumoral en la cavidad oral, y las localizaciones únicas más frecuentes fueron la lengua (40%), la orofaringe (12,6%), el paladar duro (6,3%) y el piso de la boca (6,3%).

El 45,2% de los sobrevivientes fueron diagnosticados en estadíos I y II, el 54,8% en estadio III y IV, con un tiempo medio de atención entre el momento del diagnóstico y el primer tratamiento de 45 días, así mismo el tratamiento recibido más frecuente fue en un 64,2% combinado, seguido de la cirugía (32,6%) y sólo el 3,2% recibieron quimioterapia o radioterapia como único tratamiento.

Al indagar por el apoyo recibido por parte de otros profesionales durante el su proceso de enfermedad y recuperación, se encontró que el 70,9% no recibieron apoyo de otros profesionales y quienes lo tuvieron fue fundamentalmente por nutricionista y/o fonoaudiólogo.

Tabla 10. Localización anatómica y estadio del tumor, tipo de tratamiento y de atención recibida en los sobrevivientes de la cohorte, tratados por cáncer bucal en centros oncológicos, Medellín, 2012

<b>Localización del tumor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lengua	38	40
Orofaringe	12	12,6
Paladar duro	6	6,3
Piso de boca	6	6,3
Carrillo	5	5,3
Labio inferior	3	3,2
Encía	2	2,1
Paladar blando	1	1,1
Varios lugares	22	23,2
Total	95	100
<b>Estadio del tumor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Estadio I	15	24,2
Estadio II	13	21,0
Estadio III	14	22,6
Estadio IV	20	32,3
Total	62	100,0
<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cirugía	31	32,6
Quimioterapia	1	1,1
Radioterapia	2	2,1
Combinado	61	64,2
Total	95	100,0
<b>Tipo de atención recibida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Psicológica	17	12,3
Fisioterapeuta	24	17,4
Fonoaudióloga	34	24,6
Nutricionista	37	26,8
Dolor y cuidado paliativo	26	18,8
Total	138	100,0

Con respecto a factores que pueden afectar la calidad de vida o el resultado del tratamiento, el 48% presentaron problemas asociados al sistema cardiovascular, respiratorio, hepático o diabetes mellitus y el 12,6% presentaron entre 1 y 3 recidivas después del primer tratamiento. Igualmente, algunos aún tenían, hábitos como consumo frecuente de alcohol y cigarrillo; el 10,5% reportaron haber consumo de cigarrillo en los últimos seis meses y el 41,1% alcohol en el mismo periodo. Se encontró también que el 90,5% de los pacientes a quienes se les realizó la encuesta había terminado su tratamiento y un 80% asistían a citas de control cada seis meses.

#### **5.1.3.12 Calidad de vida de los sobrevivientes según características sociodemográficas y clínicas.**

Dado que el cuestionario QLQ C30 no está validado en Colombia, se calculó el Alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna del cuestionario. Los resultados obtenidos fueron: función global 0,69, escala funcional en general 0,88 (Función física 0,82, función rol 0,95, función emocional 0,88, función cognitiva 0,64, función social 0,81), escala de síntomas 0,88 (Fatiga 0,81, náuseas y

vómito 0,83, dolor 0,86) y síntomas de tratamiento 0,73. En general es una buena consistencia si se tiene en cuenta que se considera el coeficiente adecuado cuando sea mayor o igual a 0.70

En los 95 pacientes encuestados los resultados de la escala funcional y la calidad de vida general( escala de 0 a 100), se caracterizaron por tener puntajes altos que muestran una buena calidad de vida aun cuando las desviaciones típicas fueron grandes e indican puntajes de la valoración heterogéneos.(Tabla 11. Gráficos 12-15)

En la escala de síntomas, el 50% de los pacientes no reportaron presencia de fatiga, náuseas vómito o dolor, igualmente para la escala de síntomas de enfermedad y tratamiento. (Tabla 11. Valor de la mediana).

Tabla 11. Indicadores de resumen de los puntajes de calidad de vida del QLQ C-30, pacientes sobrevivientes con cáncer bucal tratados por primera vez en centros oncológicos, Medellín, 2012.

	Media	Mediana	Desv. típ.	Coeficiente de variación	I.C (95%) para la media
<b>Calidad de vida y salud general</b>					
Función global	76,2	83,3	20,5	27	72,0 - 80,4
<b>Escalas funcionales</b>					
Función física	84	93,3	21,2	25,2	78,9 – 89,2
Función rol	86,1	100	26,5	30,8	80,7 – 91,5
Función emocional	77,4	91,6	27,7	35,8	71,7 – 83,1
Función cognitiva	81,4	83,3	24,6	30,2	76,3 – 86,4
Función social	76,6	100	30,6	40	70,3 – 82,8
<b>Escalas de síntomas</b>					
Síntoma de fatiga	23,3	0	30,6	131,5	17,0 – 29,5
Síntoma de náuseas y vómito	5	0	15,5	306,2	1,9 – 8,2
Síntoma de dolor	20,7	0	30,7	148,4	14,4 – 26,9
<b>Síntomas de enfermedad y tratamiento</b>					
Síntoma de disnea	11,2	0	25,5	227,5	6,0 – 16,3
Síntoma de insomnio	24,5	0	33,7	137,4	17,6 – 31,3
Síntoma de pérdida de apetito	14,3	0	26,9	187,1	8,8 – 19,7
Síntoma de estreñimiento	18,5	0	31,4	168,8	12,1 – 24,8
Síntoma de diarrea	4,5	0	15,8	347,2	1,2 – 7,7
<b>Impacto financiero</b>					
Dificultades financieras	33,3	33,3	36,7	110,1	25,8 – 40,7

Nota: Todos los puntajes de la tabla se midieron en una escala de 0 a 100. En las escalas funcionales a mayor puntaje mayor calidad de vida, en los síntomas a menor puntaje, mejor calidad de vida

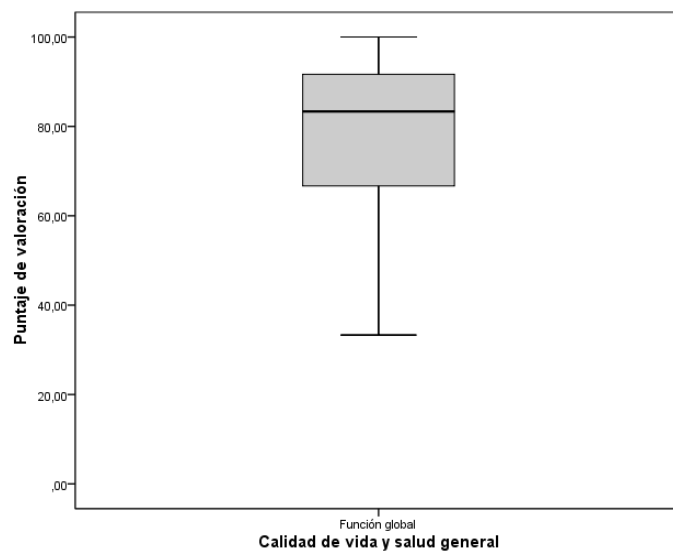


Grafico 11. Puntaje de calidad y salud general del QLQ C-30 de los sobrevivientes al cáncer bucal tratados en Centros Oncológicos, Medellín, 2012

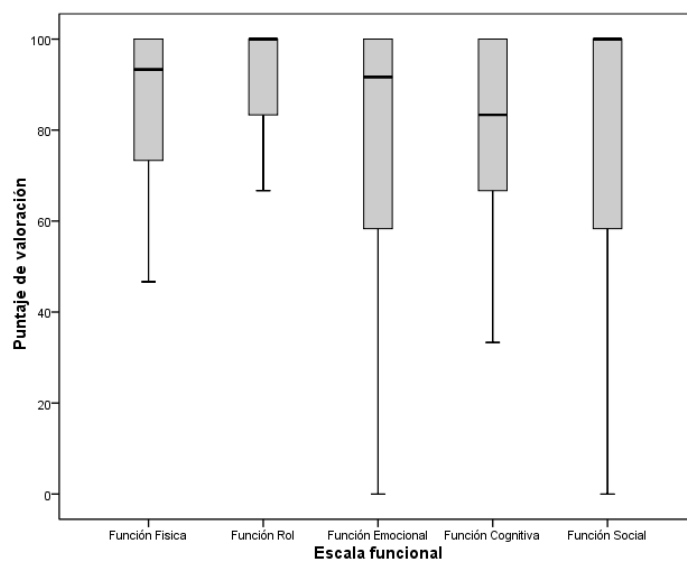


Grafico 12. Puntaje escala funcional del QLQ C-30 de los sobrevivientes al cáncer bucal tratados en Centros Oncológicos, Medellín, 2012

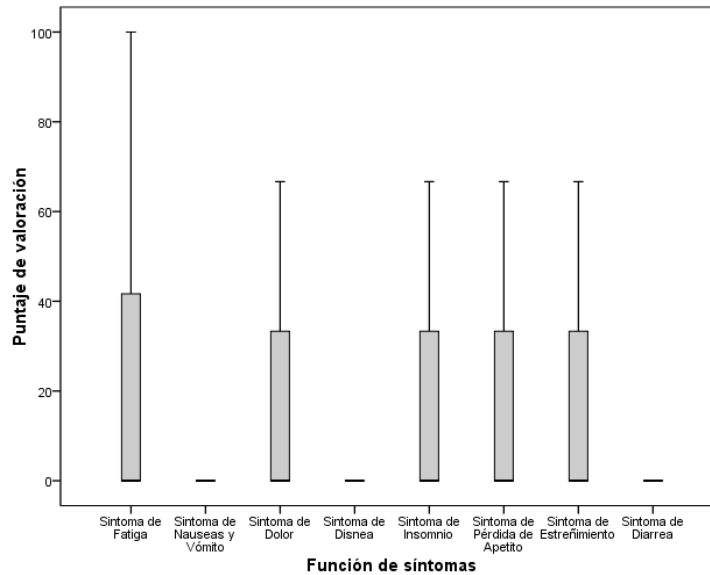


Grafico 13. Puntaje escala de síntomas del QLQ C-30 de los sobrevivientes al cáncer bucal tratados en Centros Oncológicos, Medellín, 2012

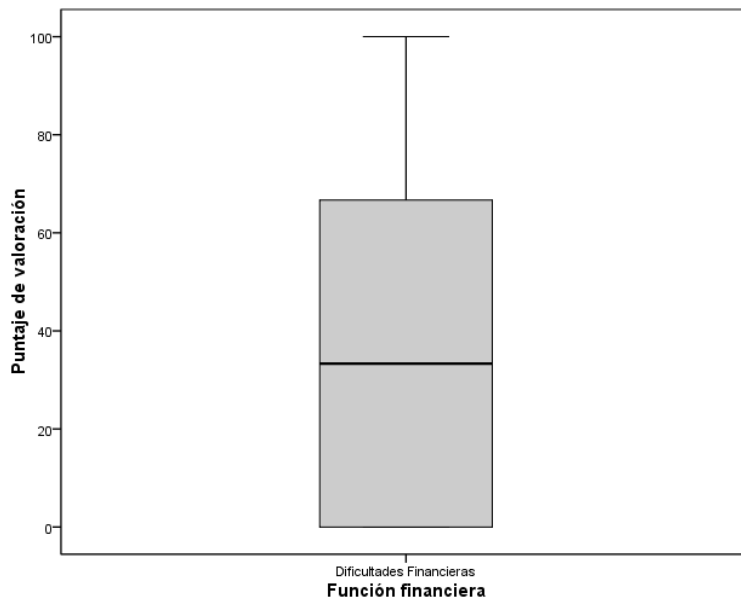


Grafico 14. Puntaje escala financiera del QLQ C-30 de los sobrevivientes al cáncer bucal tratados en Centros Oncológicos, Medellín, 2012

Con respecto a las dificultades financieras producto de la presencia de la enfermedad, los resultados de la escala simple indican que la valoración de este aspecto fue heterogénea, un 48,4% de los pacientes consideró que durante el transcurso de la enfermedad no percibió dificultades financieras, sin embargo otros no tienen la misma percepción.

Tabla 12. Percepción sobre problemas o dificultades financieras producto de la presencia de la enfermedad, pacientes sobrevivientes con cáncer bucal tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012

Problemas o dificultades financieras	n	%
En absoluto	46	48,4
Un poco	14	14,7
Bastante	24	25,3
Mucho	11	11,6
Total	95	100,0

Con el fin de explorar si existían diferencias en la calidad de vida general y las escalas funcionales en las categorías de las variables sociodemográficas y clínicas, se llevaron a cabo las pruebas U de Mann Whitney y Anova de Kruskal Wallis, según el número de categorías de las variables independientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) en la función física según el estado civil, el nivel socioeconómico y el consumo de alcohol.

En la función de rol, es decir si presentaban dificultades para hacer trabajos u otras actividades diarias como hobbies y actividades de ocio, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) sólo según el estado civil. Con respecto a la función emocional, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) según el estado civil, el nivel socioeconómico y el tipo de afiliación en salud. No hubo diferencia en la función cognitiva de los pacientes y las características sociodemográficas o clínicas ( $p > 0,05$ ), sin embargo, en la función social, entendida como la interferencia con la vida familiar y con las actividades sociales, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre quienes han recibido atención por dolor y cuidado paliativo y también entre quienes al momento de la visita domiciliaria se encontraban en tratamiento con quienes no lo estaban.

Tabla 13. Diferencias entre las funciones según variables sociodemográficas y clínicas en los pacientes con cáncer bucal tratados en centros oncológicos, Medellín, 2012

Característica	Escala					
	Función Global	Función Física	Función Rol	Función Emocional	Función Cognitiva	Función Social
Valor <b>p</b> significativo a un nivel del 5%						
Sociodemográficas						
Edad <sup>b</sup>	,257	,088	,838	,947	,372	,522
Estado Civil <sup>a</sup>	,161	,003*	,005*	,020*	,146	,514
Nivel Socioeconómico <sup>a</sup>	,437	,048*	,602	,042*	,540	,453
Nivel educativo <sup>a</sup>	,195	,188	,941	,129	,588	,904
Afiliación al Régimen de Seguridad Social <sup>a</sup>	,247	,705	,589	,037*	,083	,234
Clínicas						



Tratamiento recibido <sup>a</sup>	,734	,448	,693	,261	,345	,153
Atención Psicológica <sup>b</sup>	,224	,120	,493	,472	,868	,238
Atención fisioterapeuta <sup>b</sup>	,831	,101	,447	,610	,321	,191
Atención fonoaudióloga <sup>b</sup>	,786	,396	,880	,965	,914	,090
Atención nutricionista <sup>b</sup>	,040*	,401	,513	,115	,893	,168
Atención por dolor y cuidado paliativo <sup>b</sup>	,059	,005*	,054	,266	,430	,034*
Tratamiento actualmente <sup>b</sup>	,414	,250	,950	,062	,470	,040*
Asistencia a citas de control <sup>b</sup>	,219	,698	,392	,689	,964	,343
<b>Hábitos</b>						
Consumo de Cigarrillo <sup>b</sup>	,510	,965	,903	,429	,238	,706
Consumo de alcohol <sup>b</sup>	,259	,015*	,082	,435	,719	,671

\* Diferencias estadísticamente significativas

<sup>a</sup> Kruskal Wallis

<sup>b</sup> U de Mann Whitney

## 6. Discusión

Analizar una cohorte de pacientes diagnosticados y tratados con cáncer escamocelular bucal en un periodo de 12 años (2000-2011), y tener información para más de la mitad de ellos desde dos perspectivas diferentes como son el tiempo de supervivencia y la calidad de vida de quienes aún viven, permitió tener una visión sistémica de los pacientes desde el momento del diagnóstico, el inicio del tratamiento, el proceso vivido durante el tratamiento, el tiempo transcurrido hasta la muerte y la condición actual de quienes sobreviven.

Pese a que muchas investigaciones concluyen que el cáncer bucal es una enfermedad crónica que afecta principalmente a personas mayores de 65 años(17), los resultados de este estudio acerca de la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes participantes, muestran que el cáncer bucal es una enfermedad que puede afectar a personas que se encuentran en un amplio rango de edad, como lo indica éste estudio y otros en los cuales la edad promedio se encuentra alrededor de los 60 y más. (6)(53)

En publicaciones recientes se alerta sobre la aparición del cáncer bucal en edades de 50 años o menos (1), lo que coincide con la presencia en este estudio de un caso de un niño de 7 años diagnosticado con esta enfermedad que aunque clínicamente se consideró como un caso “atípico” lleva a pensar que la vigilancia epidemiológica para esta enfermedad en el país se debe iniciar desde edades tempranas por parte de los profesionales de la salud, fundamentalmente los odontólogos.(19)(54)

Respecto al sexo, hombres y mujeres reportan una proporción similar de cáncer bucal en el presente estudio, aunque hay investigaciones que indican que la proporción de hombres con cáncer bucal es mayor que en las mujeres y se explica este fenómeno por las actividades laborales de los hombres(1), sin embargo, hoy

se encuentra literatura en la cual se observa que la proporción se ha venido igualando, explicado por los comportamientos sociales que han incrementado en la mujer el consumo de cigarrillo y alcohol.(55)(56)

A pesar de que en este estudio no se pudo hablar de la relación entre el consumo de alcohol y cigarrillo con la presencia del cáncer bucal, es importante destacar que se encontraron pocos pacientes que declararon consumo de alcohol, situación contraria al consumo del cigarrillo, el cual fue alto. El consumo de cigarrillo de forma invertida es considerado un factor de riesgo para cáncer bucal, en este estudio se encontraron 11 mujeres que presentaban esta característica.(6)(11)(19)(57)

Los pacientes de este estudio en su mayoría son procedentes y residentes del área urbana de Medellín y afiliados al régimen contributivo, se destaca que el 4,3% realizó su tratamiento de manera particular y un 3,8% pertenecen a población vinculada, es decir que al momento de la prestación del servicio no tenían ninguna cobertura. También son de nivel socioeconómico medio y bajo y con bajo nivel educativo, lo que concuerda con varios estudios en los que la población más vulnerable para esta enfermedad es pobre y poco estudiada, elementos que influyen en el autocuidado de la salud bucal y la nutrición, ambos asociados como factores de riesgo para el cáncer bucal.(14)(58)

La información en la historia clínica y la visita domiciliaria a los sobrevivientes de la cohorte, permiten identificar dos situaciones: una, en la que los pacientes son quienes inicialmente observan la lesión en la boca (en los lugares de mayor visibilidad como por ejemplo el labio y la lengua), lo que los lleva a autotratarse durante un tiempo con enjuagues o medicamentos y la otra, que ante la presencia de una lesión busquen ayuda médica inmediata. En ambos casos pocos son los remitidos directamente por un odontólogo, profesional que tiene una gran responsabilidad en la detección y vigilancia de la salud bucal.(14)(59)(60)

Cuando la lesión está ubicada en una zona de menor visibilidad como la orofaringe y el triángulo retromolar, la situación que se presenta es que el paciente acude al servicio de salud cuando ya tiene síntomas de la enfermedad.

En general, la literatura reporta que el cáncer bucal es diagnosticado en estadíos avanzados(61) , información que coincide con los datos de la cohorte observada, la mayoría con estadío IV (62)(63), con la lesión tumoral localizada en un solo lugar de la boca, siendo la lengua la localización más frecuente, seguido por piso de boca, orofaringe (4)(17) y con la cirugía como principal tratamiento (6), a pesar que afecta en la mayoría de los casos la fisonomía y la fonación de las personas y es considerada como agresiva, invasiva y mutilante. Adicionalmente, el tiempo promedio transcurrido entre el diagnóstico y el primer tratamiento para todos los pacientes que tenían esta información en su historia clínica fue de tres meses, resultado inferior al encontrado en el estudio de López en el cual el promedio de tiempo de evolución de la enfermedad hasta el tratamiento fue de 8,5 meses. (6)En un estudio realizado en Manizales Colombia, para diferentes tipos de cáncer incluido el de la cavidad oral, encontraron que los pacientes fueron atendidos en

promedio 2 meses después de sentir los primeros síntomas (64) lo anterior sugiere que el cáncer bucal es detectado y tratado tardíamente o que quizá el paciente consulte tardíamente.(65)

Se observó que existe un predominio de pacientes que no presentaron recidivas, lo que coincide con estudios realizados en pacientes con cáncer de labio en el que las recidivas fueron mínimas.(66)(67) Hubiera sido deseable haber podido discutir sobre la presencia de metástasis, pero debido a la falta de información en la historia clínica este dato no fue posible generalizarlo.

La letalidad del cáncer bucal reportada en el mundo en el 2008 se estimó en 48% (16), hay un reporte para el mismo año en México de 62,4%(31) y en una revisión sistemática realizada por Kujan se encontró una letalidad estimada del 42%.(68) Para este estudio la letalidad es inferior a las reportadas en las anteriores investigaciones, no se encontraron estudios en los que se diferencie por sexo.

En el presente estudio la supervivencia global fue de 6,1 años para más de la mitad de los pacientes a partir del primer tratamiento, se observa además, que después del primer tratamiento y hasta el primer año este tipo de cáncer puede considerarse más letal que a partir del segundo año. La supervivencia global a los cinco años es del 54%, este resultado es similar al de otros estudios, en los cuales la supervivencia fue del 50% (68) y en otro en el que se evaluaron los factores pronósticos y que reportaron una supervivencia entre 43% y 61%.(69)

En este estudio fue mayor la supervivencia en mujeres que en hombres, mayor en menores de 50 años, mayor en estadio I que en los II, III y IV, y también mayor en quienes recibieron la cirugía como único tratamiento. La supervivencia se ve altamente afectada por el estadio, a medida que aumentó el estadio aumentó la probabilidad de muerte, esto demuestra la plausibilidad biológica del estadio como factor pronóstico, resultados que coinciden con otros estudios. (4)(23)(35)(59)

Se encontró que la atención psicológica, la atención por nutricionista y atención por dolor y cuidado paliativo son factores que ayudan al paciente a tener una mejor actitud frente a la enfermedad más que factores que contribuyan al aumento del tiempo de vida, pues generalmente son remitidos quienes son diagnosticados en estadios avanzados y/o los tratamientos ofrecidos no son curativos.

Frente a la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes de la cohorte, el estudio reveló que los pacientes muestran altas valoraciones en la escala funcional, de síntomas, tratamiento y función global, lo que marca una tendencia favorable respecto a la percepción de la calidad de vida. Aunque se obtuvo un nivel alto en cada una de las escalas funcionales, la social y la emocional son las más bajas, quizá por el impacto que causan las secuelas del tratamiento.

Respecto a las escalas de síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el insomnio, la fatiga y el dolor son los que más perciben los pacientes, contrario a las molestias como el vómito y la diarrea. Lo anterior puede ser explicado porque al momento de la aplicación del cuestionario, la mayoría de los pacientes habían terminado el tratamiento. Con respecto al impacto financiero, los resultados

fueron muy heterogéneos quizá ligados al nivel socioeconómico, pues algunos reportaron haber tenido mucho impacto en este aspecto de la calidad de vida, pero otros manifestaron poco impacto o ninguno; resultados similares se obtuvieron en un estudio realizado en pacientes con cáncer de pulmón a los que se les aplicó el mismo cuestionario.(70)

En el momento de la visita muchos pacientes indicaron que posterior al tratamiento presentaron dificultades en los dientes como caries o pérdidas de piezas, situación que no esperaban pues, según ellos, no fueron informados de esta consecuencia, que consideran afecta su calidad de vida. Se recomienda un acompañamiento mayor a los pacientes, cuidadores y familias en lo referente a la información relacionada con la enfermedad, el tratamiento y sus secuelas, observación que coincide con lo encontrado en la literatura.(16)

Finalmente, se insiste en la coherencia entre el Plan Nacional de la Lucha Contra el Cáncer en Colombia y la atención real e integral que se debe brindar a los pacientes que afrontan esta enfermedad, la cual debe involucrar el diagnóstico precoz, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo, atención que se debe hacer por parte de un equipo interdisciplinario, dado que este asunto involucra a las instituciones, los pacientes, las familias e impacta a la sociedad en general.

## **7. Limitaciones**

- El hecho de no poder cotejar los certificados de defunción que poseen las instituciones gubernamentales, con la información de las historias clínicas, disminuyó el número de pacientes incluidos en el análisis de supervivencia y la potencia del estudio. El rastreo de los pacientes por medio de las llamadas telefónicas no permitió conocer el fenómeno de forma real, se requiere la colaboración de los entes gubernamentales como el DANE para el acceso a la información de la causa básica de muerte y la fecha de defunción de los pacientes.
- Los sistemas de información de las instituciones no están concebidos pensados para la investigación en salud, lo cual limita de manera sustancial la consecución de información acerca de variables que pueden influir en los diferentes fenómenos que son de interés para la epidemiología.
- Evidenciar en la historia clínica una mala clasificación de la enfermedad según la CIE 10 por parte de las instituciones, genera un sesgo de información que el investigador no puede controlar
- El análisis de letalidad puede estar influenciado por la imprecisión en el denominador (total de personas diagnosticadas con cáncer bucal escamocelular) que se puede generar por una mala clasificación de la enfermedad.

- En el análisis de calidad de vida es posible que el modelo se haya visto influenciado por el reducido número de participantes incluidos. Pudieron haber existido diferencias en la calidad de vida respecto a algunas variables, que no fueron detectadas estadísticamente.
- Quizás la calidad de vida puede ser explicada por otras variables que no fueron incluidas en este estudio.

## **8. Conclusiones y recomendaciones**

Los resultados del proyecto sirven de guía, para que las instituciones de salud desarrollen estrategias comunicacionales y pedagógicas sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación del cáncer bucal, de tal manera que impacte los principales factores de riesgo que convierten esta enfermedad en una problemática de salud pública. De igual manera los resultados permiten a las instituciones de salud documentar la supervivencia y la calidad de vida de un paciente con cáncer bucal, tener una visión más sistémica, y en consecuencia fortalecer su capacidad de atención integral al paciente y su familia.

Un diagnóstico precoz evita que el paciente llegue a un estadio avanzado que ponga en riesgo su integridad física, y en cuanto a las instituciones una atención oportuna para un mejor aprovechamiento de los recursos, al no tener que invertir en tratamientos de atención de alto costo y demandas legales que afectan la imagen institucional.

A pesar de no haber sido objeto de estudio el acceso a los servicios de salud, se identificó desde la revisión de las historias clínicas y confrontado con los sobrevivientes, que la tutela sigue siendo un mecanismo utilizado por los pacientes para poder obtener la prestación de los servicios en salud como derecho fundamental; situación que retarda la atención, interrumpe el tratamiento y agudiza la enfermedad, lo que afecta la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

El cáncer bucal golpea la autoestima de los pacientes por eso se recomienda a las instituciones su atención integral, se debe asegurar la continuidad de su intervención, tratando que la atención, aun cuando sea en diferentes instituciones, se haga de forma articulada en beneficio del paciente.

Entre los hallazgos de ésta investigación esta que los sitios más comunes en la cavidad oral en los cuales se presentó el cáncer fueron la lengua, el piso de la boca y la orofaringe, éste último muy relacionado en la literatura reciente con la presencia del virus del papiloma humano (VPH). Dado que el cáncer bucal es una patología que afecta en la mayoría de los casos la fisionomía y la fonación, es necesaria la rehabilitación del paciente para que pueda conservar su rol social y su desempeño laboral, de tal forma que el impacto en la vida cotidiana y familiar

se vea disminuido y los efectos colaterales de orden psicosociales producto de la enfermedad, no sean olvidados por parte del sistema de salud.

Este estudio permite concluir que es necesario implementar a nivel local, regional y nacional un programa de vigilancia epidemiológica bucal desde la infancia, donde se observen e identifiquen los problemas de salud prioritarios, se evalúen las intervenciones y se revalúe la visión tradicional de que las enfermedades bucales son solo caries y enfermedad periodontal.

Se recomienda a las facultades de Odontología que frente a esta problemática el papel del odontólogo es determinante en la detección precoz, su formación debe estar orientada a contribuir a la solución y vigilancia de éste tipo de enfermedad.

Con respecto al Plan Nacional de Lucha Contra el Cáncer 2010-2019, el cual define:

*“Que las instituciones deben desarrollar e implementar guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento, para los diez principales tipos de cáncer en Colombia:*

*Línea estratégica 4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes sobrevivientes con cáncer.*

*Los pacientes con cáncer requieren de un control permanente por los efectos que generan la enfermedad y el tratamiento y por el impacto que se presenta en la familia y en su entorno. La atención integral del paciente oncológico debe estar enfocada desde el punto de vista biológico, psicológico, familiar, laboral y social, abarcando el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente. Los tratamientos oncológicos específicos se pueden aplicar tanto con intención curativa como paliativa. El propósito de los tratamientos paliativos es mejorar la calidad de vida de sus pacientes y su familia y evitar los efectos secundarios. La intervención del cuidado paliativo es fundamental y debería iniciarse tan temprano como sea posible”.*

Se deben ampliar estas acciones porque el cáncer bucal según las proyecciones mundiales pasará en un periodo corto a ser uno de los principales cánceres que afecta la población mundial y Colombia no es la excepción.

En el país las políticas con respecto al cáncer están formuladas, sin embargo se requiere de voluntad política para que se alcance lo formulado y se logre disminuir

la incidencia, la mortalidad, se aumente la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

## **Agradecimientos**

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

A todas las instituciones participantes por haber contribuido al desarrollo de esta investigación.

A todos los pacientes y sus familias, por habernos permitido conocer su historia de vida relacionada con esta enfermedad.

A la Facultad Nacional de Salud Publica por permitirnos formarnos en sus aulas y a la Universidad Pontificia Bolivariana por la contribución a esta formación.

Al profesor Juan Fernando Saldarriaga por su acompañamiento incondicional durante todo el proceso de formación e igualmente al Comité de Maestría que él coordina.

A Carolina Salas Zapata, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública asesora de este trabajo, por su asesoría y compromiso.

A la profesora María Patricia Arbeláez por todas sus enseñanzas y al grupo de Epidemiología por apoyar este proceso.

Al profesor Samuel Andrés Arias y a todos los miembros de la línea de enfermedades crónicas.

A los Doctores Sergio Fabián Zúñiga Pavía y Efraín Álvarez Martínez, por su gran disposición y aportes clínicos.

Al profesor Hugo Grisales por su asesoría Estadística.

A los profesores de la cohorte 12 de la Maestría en Epidemiología.

A las trabajadoras sociales por su apoyo.

A Olga Lucia Velásquez, Nelly Berrio y a todo el personal del centro de investigaciones por su apoyo administrativo.

A nuestras familias por el tiempo no compartido.

## Bibliografía

1. Guzmán G P, Villaseca H M, Antonio P L, Araya O J, Aravena M P, Cravero P C, et al. Carcinoma epidermoide oral y orofaríngeo: Estudio clínico-patológico. Rev. Chilena de cirugía. 2011 jun; 63(3):250–6.
2. Johnson N, Franceschi S, Ferlay J, Ramadas K, Schimd MDD. Tumours of the oral cavity and oropharynx-squamous cell carcinoma. Pathology and genetics of Head and Neck Tumours, World health Organization Classification of Tumours, Press Lyon. 2005;169.
3. Organización panamericana de la salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washinton DC.OPS.1995
4. Solano Mendoza P, García García V, Bascones Martínez A. ¿Existe suficiente evidencia en la literatura para considerar el tabaco y el alcohol como principales factores de riesgo del cáncer de lengua? Av Odontoestomatol. 2010 feb;26(1):31–44.
5. Silvestre FJ, Puente Sandoval A. Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. Av Odontoestomatol. 2008 feb;24(1):111–21.
6. López Pizarro VM. Factores pronósticos del carcinoma epidermoide de cavidad oral: Análisis multivariante. Rev. Española de cirugía oral y maxilofacial. 1999 jun; 21(2):59-70
7. Cáncer oral: MedlinePlus en español [Internet]. Available a partir de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/oralcancer.html>
8. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007. International dental journal. 2008;58(3):115–21.
9. Plan Nacional Para el Control del Cáncer [Internet]. Available a partir de: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?conID=1061&catID=1>
10. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional de Prevención y Control del Cáncer [monografía en Internet]. Washington DC; 2008. Available a partir de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-stakeholders-08.htm>
11. Álvarez E, Preciado U. Características clínico-histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal, Colombia. Rev Cubana Estomatol. 2010;47(1):81–95.
12. OMS | La lucha contra el cáncer tiene que ser una prioridad del desarrollo [Internet]. WHO. Available a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s09/es/>
13. Comprehensive Cancer Information - National Cancer Institute [Internet]. Available a partir de: <http://www.cancer.gov/>



14. Buelvas A, Agudelo A. Social gradient, aging and delayed diagnosis of oral cancer. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011;29(3):320–8.
15. Andisheh A, Mehrabani D, Heydari ST. Epidemiology of Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity in Iran. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2008 nov;19(6):1699–702.
16. Oral Cancer Facts [Internet]. Available a partir de: <http://oralcancerfoundation.org/facts/index.htm>
17. Álvarez E, Preciado A, Montoya S, Jiménez R, Posada A. Características clínicas e histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal en el periodo 1990-2004 en Medellín, Colombia. *Rev Cubana Estomatol*. 2011 dic;48(4):320–9.
18. The Oral Cancer Foundation - Information, Support, Advocacy, Research... and Hope [Internet]. Available a partir de: <http://oralcancerfoundation.org/>
19. Mendoza S, García G, Martínez B. ¿ Existe suficiente evidencia en la literatura para considerar el tabaco y el alcohol como principales factores de riesgo del cáncer de lengua? Is there enough evidence to consider tobacco and alcohol as the main risk factors in tongue cancer? *Av Odontoestomatol*. 2010;26(1):31-44.
20. Lence J, Camacho R. Cáncer y transición demográfica en América Latina y el Caribe. *Rev Cubana Salud Pública*. 2006 sep;32(3):115-125.
21. López JCU. Mortalidad en Colombia por Cáncer oral en el 2008.(Mortality in Colombia for oral Cancer in 2008). *Revista CES Salud Pública*. 2011;2(2):187–95.
22. Faria P, Cardoso S, Nishioka S, Silva S, Loyola A. Clinical presentation of patients with oral squamous cell carcinoma when first see by dentists or physicians in a teaching hospital in Brazil. *Clinical Oral Invest*. 2003;46–51.
23. Mashberg A, Samit AM. Early detection, diagnosis, and management of oral and oropharyngeal cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 1989;39(2):67–88.
24. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2011;7(1).
25. North Shore-Long Island Jewish Health System [Internet]. Available a partir de: <http://northshorelij.staywellsolutionsonline.com/NewsRecent/6,657492>
26. Gourin C, McAfee J, Neyman K, Howington J, Podolsky R, Terris D. Effect of comorbidity on quality of life and treatment selection in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope*. 2005 ago;115(8):1371–5.
27. Álvarez M. Comportamiento clínico del carcinoma escamocelular bucal en la Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP.), Medellín, entre enero de 1990 y diciembre de 1996. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 2009;16(1 y 2).

28. Definición de braquiterapia - Diccionario de cáncer - National Cancer Institute [Internet].. Available a partir de: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=45151>
29. Osorio R. Aspectos psicosociales en el paciente con dolor por cáncer. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (Ed.) Libro de Dolor y Cáncer. 2009;37–48.
30. de Paula J, Sonobe H, Nicolussi A, Zago M, Sawada N. Síntomas de depresión en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento radioterápico: un estudio prospectivo. Rev. Latino-Am. 2012 Apr 20 (2)
31. Tirado L, Tirado G , Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. Cancerología 2 (2007): 9-17.
32. Cano P, Villar G. Complicaciones de la radioterapia en la cavidad oral. Semergen. 2002;28:363–9.
33. Registro Poblacional de Cáncer de Cali [Internet]. Available a partir de: <http://rpcc.univalle.edu.co/es/index.php>
34. Silva, Isabel dos Santos - Epidemiología del cáncer: principios y métodos. Lyon, Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, 1999. 470p
35. Bórquez M, Capdeville F, Madrid M , Veloso M, Carcamo P . Sobrevida global y por estadios de 137 pacientes con cáncer intraoral: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. Rev chilena de cirugía. 2011 ago;63(4):351–5.
36. Warnakulasuriya S. Living with oral cancer: Epidemiology with particular reference to prevalence and life-style changes that influence survival. Oral oncology. 2010;46(6):407–10.
37. Pontes F, Carneiro J, Fonseca F, da Silva T, Pontes H, Pinto D . Squamous Cell Carcinoma of the Tongue and Floor of the Mouth. Journal of Craniofacial Surgery. 2011 may;22(3):925–30.
38. García P, Arredondo M, Castillo E. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. Rev Cubana de Estomatología. 2006;43(1).
39. Cipagauta A. Cáncer glótico temprano: influencia del tratamiento primario en la funcionalidad de la voz. Acta de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y Cuello. 2010;38(4).
40. WHO. Constitution of the World Health Organization. En: Ten years of the World Health Organization (Annexe I). Geneva; 1958.
41. Arango D, Cardona A. Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:96-9
42. Consiglio, Ezequiel, Belloso, Waldo. Nuevos Indicadores Clínicos. La calidad de vida relacionada con la salud. Buenos Aires, Argentina. 2003;63:172–8.
43. Molina C. Medición de la calidad de vida relacionada con la salud, en la población adulta, adscrita al centro de salud de Colmenar de Oreja. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología). 2010;2(1).

44. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;28(1):9–18.
45. Buelvas R. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. 2009;21(1).
46. Aaronson N, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365–76.
47. Aaronson N. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute* . 1993.(5):365-373
48. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. méd. Chile*. 2010;138(3):358–65.
49. Arrarás J, Arias de la Vega F, Illarramendi J, Manterola A, Salgado E, Domínguez M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en los servicios de Oncología del Hospital de Navarra: Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *SciELO Espana*; 2011. p. 9–20.
50. Schmidt S, Vilagut G, Garin O, Cunillera O, Tresserras R, Brugulat P, et al. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*. 2012;
51. Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. 2 ed. Barcelona: Edimac, editor; 1999.
52. SCManualQLQ-C30.pdf [Internet]. Available a partir de: <http://www.eortc.be/home/qol/files/SCManualQLQ-C30.pdf>
53. Rodríguez N, Blanco Y, Pérez E, Betancourt M, Pardo M, Franco F. Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. Referrals characterization of the early detection program of oral cancer to the second level of care in the North area in Ciego de Ávila. *MEDICIEGO*. 2012;18(Supl 1).
54. Cadena E, Acosta Á, Llamas A. Squamous cell carcinoma of the upper lip in an adolescent patient. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 2011 dic;59(4):331–8.
55. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral diseases*. 2009;15(6):388–99.
56. Gabriela P, Daniel Q. Tendencias temporales de frecuencia y prevalencia de cáncer oral y carcinoma de células escamosas oral en Mexicanos: un estudio retrospectivo de 20 años. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*. 2011;16(4):205–9.
57. Martínez S, Márquez A, Gallardo I, Cobos M, Caballero J, Bullón P. La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. *Av. Odontoestomatol*. 2008;24(1):33–44.

58. Ziglio E. Health systems confront poverty. World Health Organization; 2003.
59. Steele TO, Meyers A. Early detection of premalignant lesions and oral cancer. *Otolaryngologic Clinics of North America*. 2011;44(1):221.
60. Fernandes M, Serêjo A, Silva A, Lopes A, Fernandes M. Evaluación de los Factores Pronósticos Relacionados con el Cáncer de Labio: Revisión Sistemática. *Rev Bras Cancerolog [Internet]*. 2010;56(1).
61. Napier L, Albuquerque A, Rodrigues A, Santiago R, da Costa Reis P, López R. Carcinoma escamocelular bucal diagnosticado precozmente. *Rev Cubana de Estomatol*. 2010;47(3):347–54.
62. Scully C, Bagan JV. Recent advances in oral oncology. *Oral oncology*. 2007;43(2):107–15.
63. Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral oncology*. 2007;43(4):408–15.
64. Villegas C, Chacón J, Cardona J, Correa L. Perfil clínico epidemiológico de los pacientes con cáncer tratados en una institución de tercer nivel. Manizales, Colombia, 1995-2004. *Colombia Médica*. 2012;43(1):11–8.
65. III Congreso Regional de Medicina Familiar Wonca Iberoamericana - CIMF X Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Guantanamo Cuba. 2012
66. Duarte A, Borroto A, Martínez D. Hospital Provincial Universitario «Arnaldo Milán Castro». *Acta Médica del Centro*. 2012;6(1).
67. Marcos Á, Pendas J, Gutiérrez V. Recidivas en el cáncer escamoso de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007;58(4):156–63.
68. Kujan O, Glenny A, Oliver R, Thakker N, Sloan P. Programas de cribaje (screening) para la detección precoz y la prevención del cáncer oral. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008,2.
69. Liuzzi J, Estanga N, NUNEZ C. Factores pronósticos en el carcinoma de células escamosas de cavidad oral. *Rev. venez. oncol*. 2007;19(2):129–34.
70. Vinaccia S, Quiceno JM, Fernández H, Contreras F, Bedoya M, Tobón S, et al. Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*. 2005;(002):207–20.