



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE DERMATOLOGÍA,
ESTOMATOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y
MEDICINA FÍSICA

Estudio de la Calidad de Vida
en Pacientes Intervenidos de Cáncer Oral
en la Región de Murcia

D. Juan López Tortosa

2015

Carta a mi familia:

A mi esposa, María Eugenia, por su incondicional apoyo, paciencia y saber estar siempre a mi lado.

A mis hijos, María de los Ángeles y Juan, que me apoyan y me ayudan en todas las situaciones.

En memoria de mis padres, Mandó y Angelita, y de mi hermano José Manuel, que desde el cielo estarán contentos por el trabajo de su hijo y hermano y desde allí guían e iluminan mis pasos.

Juan López Tortosa, 2015

Agradecimientos:

Quiero agradecer a todas las personas que han contribuido a que este trabajo haya salido hacia adelante, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible.

En primer lugar, agradecer a mis directores de tesis, la Dra. Pía López Jornet y al Dr. Fabio Camacho Alonso, por aceptar la dirección de este trabajo de investigación, por su asesoramiento, orientación, por incentivarne y por su continuo estímulo y apoyo para su realización.

En segundo lugar, quiero agradecer al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, desde la Dra., María de los Ángeles Rodríguez González como jefe de servicio, el Dr. Tomás Palazón Tovar, el Dr. Víctor Villanueva San Vicente, ambos jefes de sección de dicho servicio. También a la Dra. M^a Dolores Amorós García, Dr. Jordi Olcina Rodríguez, Dr. Pedro Mazón Sánchez, Dra. M^a José García Mateos, Dr. Daniel Segarra Fenoll, Dra. Mar González García, Dr. Ekaitz Valle Rodríguez, Dr. Pablo Veiga San Román, etc., cuyo equipo llevó a cabo el tratamiento de todos los pacientes de este trabajo y que contribuyen al elevado nivel asistencial que ofrece, así como al gran prestigio nacional del que goza el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

También agradecer al personal auxiliar del Servicio de Cirugía Maxilofacial, la administrativa Paula Cascales, las enfermeras Plácida Alemán Clares, Teresa Ruiz, Carmen Lara y Lola Martínez, y las auxiliares de la consulta Mari Carmen y Fina ya que todas ellas han ayudado y eso queda reflejado en esta tesis.

Agradecer a mi familia y amigos por estar siempre apoyándome y dando energía cuando la necesitaba.

Así mismo, quiero dar las gracias a todas aquellas personas que de forma altruista han contribuido a que este proyecto que fue un día, se haya hecho realidad. Gracias de todo corazón.

Juan López Tortosa, 2015

ABREVIATURAS

ADN: Acido desoxirribonucleico.

AJCC: American Joint Committee on Cancer.

Ca: Cáncer.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

COCE: Carcinoma oral de células escamosas.

CV: Calidad de vida.

CVRS: Calidad de vida en relación con la salud.

EORTC: Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer.

HPV: Virus del papiloma humano.

MOS: Medical Outcome Study.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SEOM: Sociedad española de oncología médica.

VADS: Vías aéreo-digestivas superiores.

VPH: Virus del papiloma humano.

WHOQOL: World Health Organization's Quality of life (OMS para la calidad de vida).

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
1.1.	CÁNCER ORAL	2
1.1.1.	Generalidades	2
1.1.2.	Etiología	6
1.1.3.	Manifestaciones clínicas	12
1.1.4.	Diagnóstico y pronóstico.....	19
1.1.5.	Clasificación TNM	24
1.1.6.	Tratamiento	28
1.2.	MARCO CONCEPTUAL DE CALIDAD DE VIDA.....	33
1.2.1.	Dimensiones de la calidad de vida.....	33
1.2.2.	Antecedentes de la calidad de vida en medicina	35
1.2.3.	Contribuciones al estudio para la medición de la calidad de vida	37
1.2.4.	Instrumentos para medir la calidad de vida en relación a la salud.....	39
1.2.4.1.	SF-36	43
1.2.4.2.	Instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer	45
2.	JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	48
2.1.	JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	49
2.1.1.	Justificación.....	49
2.1.2.	Planteamiento del problema y justificación.....	50
2.2.	OBJETIVOS	51
2.2.1.	Objetivo general.	51
2.2.2.	Objetivos específicos.....	51
3.	MATERIAL Y MÉTODOS	52
3.1.	MATERIAL	53
3.1.1.	Muestra clínica.....	53
3.1.2.	Criterios de inclusión y exclusión.....	54
3.1.3.	Cuestionario de salud SF-36 (SF-36).....	55
3.1.4.	Cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30.....	56
3.1.5.	Cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-H&N35	59
3.2.	MÉTODOS	61
3.2.1.	Protocolo de recogida de datos (Anexo 4).....	62
3.2.2.	Tratamiento estadístico	63
4.	RESULTADOS	64
4.1.	RESULTADOS.....	65
4.1.1.	Estudio de la relación entre la edad de los pacientes y la calidad de vida	70
4.1.2.	Estudio de la relación entre el sexo de los pacientes y la calidad de vida	73
4.1.3.	Estudio de la relación entre la localización de los COCE y la calidad de vida	76
4.1.4.	Estudio de la relación entre el estadio TNM de los COCE y la calidad de vida	79
4.1.5.	Estudio de la relación entre el tratamiento de los COCE y la calidad de vida	82
4.1.6.	Estudio de la relación al tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes y la calidad de vida.....	85

5.	DISCUSIÓN.....	88
5.1.1.	<i>Estudio de la relación entre la edad de los pacientes y la calidad de vida</i>	<i>94</i>
5.1.2.	<i>Estudio de la relación entre el sexo de los pacientes y la calidad de vida</i>	<i>96</i>
5.1.3.	<i>Estudio de la relación entre la localización de los COCE y la calidad de vida</i>	<i>97</i>
5.1.4.	<i>Estudio de la relación entre el estadio TNM de los COCE y la calidad de vida</i>	<i>99</i>
5.1.5.	<i>Estudio de la relación entre el tratamiento de los COCE y la calidad de vida</i>	<i>100</i>
5.1.6.	<i>Estudio de la relación al tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes y la calidad de vida.....</i>	<i>102</i>
6.	CONCLUSIONES	103
7.	BIBLIOGRAFÍA	105
8.	ANEXOS	127

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CÁNCER ORAL

1.1.1. Generalidades

El cáncer es una de las principales amenazas para la salud pública en los países desarrollados y cada vez más en el mundo en desarrollo, siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2012 causó 8,2 millones de defunciones, según la OMS. Así mismo, la OMS prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas.

Las estadísticas más recientes estiman que el número de nuevos diagnósticos de cáncer en la Unión Europea es de 3,45 millones de nuevos casos y 1,75 millones de muertes (Ferlay y cols. 2013).

En España, provoca aproximadamente unas 98.000 defunciones al año (61.000 en hombres y 37.000 en mujeres), es decir, tres de cada mil hombres y dos de cada mil mujeres murieron por cáncer. Los tumores malignos han sido la segunda causa de muerte en España en las últimas décadas en la población general, solamente superados por las enfermedades del aparato circulatorio, y la primera entre los 15 y 65 años. Desde el año 2005, los tumores son la primera causa de muerte en los hombres y se mantienen en un segundo lugar en las mujeres, y la incidencia anual de nuevos casos se sitúa en torno a los 162.000. (López-Abente, G, y cols. 2005). En términos de riesgo individual, uno de cada tres españoles y una de cada cinco españolas podrán padecer cáncer en algún momento de su vida, aunque los avances médicos están consiguiendo reducir significativamente la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y, de hecho, se estima que la mitad de los casos de cáncer sobrevivirán a su enfermedad más de 5 años.

La incidencia global prevista de cáncer para la población española en el año 2015 es de 222.069 personas (136.961 varones y 85.108 mujeres), siendo el tipo más frecuente el cáncer colorrectal, por delante, en términos globales, del cáncer de pulmón y el cáncer de mama (Figuras 1 y 2).

Figura 1: Incidencia de cáncer en España por tipo de tumor (estimado año 2015). Fuente: GLOBOCAN 2002. <http://www.dep-iarc.fr>. Datos extrapolados para la población estimada para 2015 en España por el INE (Gráfica elaborada por SEOM).

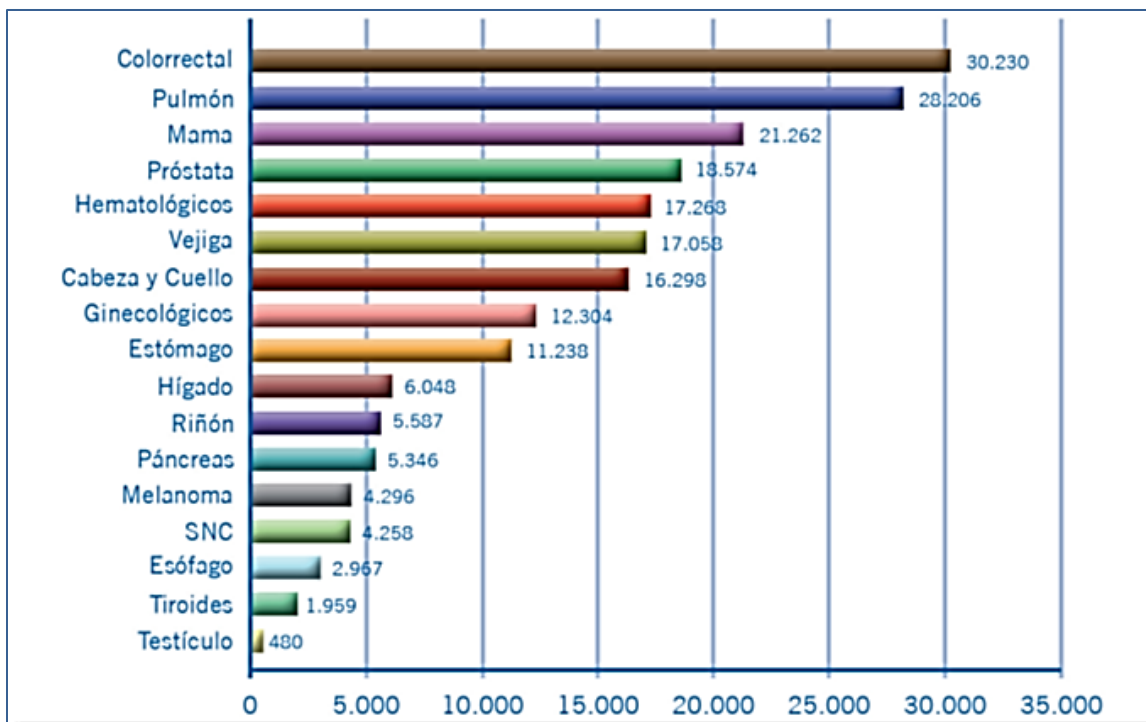
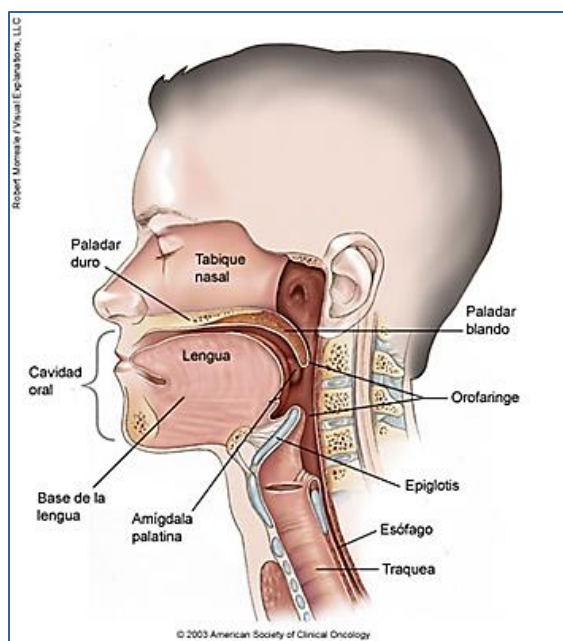


Figura 2: Localizaciones anatómicas según la Sociedad Americana de Oncología Clínica.



La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer oral como la neoplasia originada en abio, cavidad oral y faringe (orofaringe, nasofaringe e hipofaringe) con códigos C00 a C14, dentro de las neoplasias malignas (C00 – C97).

La prevalencia del cáncer oral es particularmente alta entre los hombres (Las tasas de incidencia de cáncer oral en los hombres varían desde 1 hasta 10 casos por 100 000 habitantes en muchos países), el octavo cáncer más común en todo el mundo (Lee J.H, Hoffman, H.T. y cols 2002). En el sureste de Asia central, el cáncer de la cavidad oral figura entre los tres tipos más comunes de cáncer (Johnson, N.W., 1991). En la India, el rango de edad de incidencia estandarizada de cáncer oral es de 12,6 por 100 000 habitantes. Es de destacar que un fuerte aumento en las tasas de incidencia de cáncer oral / faríngeo se ha informado de varios países y regiones, tales como Dinamarca, Francia, Alemania, Escocia, Europa central y oriental y en menor medida, Australia, Japón, Nueva Zelanda y EE.UU (Jemal, A.y cols. 2005).

El Informe Mundial sobre el Cáncer de la OMS (2014) nos dice que las tasas de cáncer son a aumentar a un ritmo alarmante a nivel mundial. Las previsiones de gran aumento de nuevos casos de 10 millones de nuevos casos a nivel mundial en 2000, a 15 millones en el 2020 se deberá principalmente al constante envejecimiento de la población en los países desarrollados y en desarrollo, así como también a las tendencias actuales en la prevalencia del hábito de fumar y la creciente adopción de estilos de vida poco saludables. Incluso los países más ricos tendrán dificultades para hacer frente a los crecientes costes de su tratamiento y del cuidado de los pacientes con cáncer. La mayor carga mundial, por supuesto, amenaza África, Asia, Centroamérica y Sudamérica, donde se concentran el 70% de las muertes por cáncer.

Desde un punto de vista general, existe una justificación sólida para centrar las actividades de prevención del cáncer oral en dos de los principales factores causantes: el tabaco y la dieta. El consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol se ha estimado que representan alrededor del 90% de los cánceres de la cavidad oral, el riesgo de cáncer oral aumenta cuando el tabaco se utiliza en combinación con el alcohol (Rodu, B. y cols. 2004; Lee, C.H. y cols 2005; Garcia-Garcia, V. 2009).

Más del 90% de los casos de cáncer oral y orofaríngeo son carcinomas de células escamosas o epidermoides, lo que significa que comienzan en las células planas, escamosas en el revestimiento interno de la boca y garganta.

El carcinoma epidermoide de la cavidad oral (COCE), es un tumor cada vez más frecuente dentro de los tumores de cabeza y cuello, llegando a representar del 2 al 4 % de todos los tumores malignos que se diagnostican con un incremento anual de 5000 nuevos casos por año, aunque cabe destacar la marcada variabilidad geográfica respecto a su incidencia con una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste asiático y sobre todo en la India, donde el cáncer oral representa el 40% de todos los tumores malignos (Johnson NW.1991). Así mismo son mucho más comunes en Hungría y Francia que en Estados Unidos y mucho menos comunes en México y Japón.

En la Región de Murcia, el cáncer constituye el 27% del total de fallecimientos en hombres y el 18,5 en mujeres, y va creciendo anualmente en los hombres en un 3% (www.murciasalud.es).

En la Región de Murcia, entre 1983 y 2003, se observaron tasas de incidencia anual por 100.000 habitantes bastante inferiores y en concreto a las españolas que son mayores a 6.9 en hombres y menores a 3,2 en mujeres (Chirlaque, M.D, y cols. 2009).

Respecto a la edad, el 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años (Silverman S, Jr- 2001). Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano (D'Souza, G.y cols., 2007).

En cuanto a la supervivencia del cáncer de la cavidad oral y orofaringe, según el proyecto EUROCORE, fue del 36% en hombres a los 5 años, y del 52% en mujeres (Berrino, F. y cols; EUROCORE Working Group 2007).

1.1.2. Etiología

La etiología del cáncer oral es multifactorial, ya que los factores de riesgo que han sido relacionados con el COCE son de dos tipos, intrínsecos (estados generalizados o sistémicos como la malnutrición, la anemia por déficit de hierro, etc) y extrínsecos (tabaco, alcohol, etc.), aunque no se ha definido ningún agente (carcinógeno) o factor que pueda ser aceptado como el único causante de la enfermedad, ya que influyen tanto fenómenos genéticos como ambientales, agentes físicos, químicos y virales.

Las lesiones precancerosas si se han asociado a los carcinomas escamosos de la cavidad oral principalmente la leucoplasia (Neville, B.W. y cols. 2002).

Entre los factores de riesgo que pueden actuar como agentes que favorecen la enfermedad:

- Tabaco.
- Alcohol.
- Betel.
- Dieta.
- Inmunosupresión.
- Factores dentales.
- Infecciones.
- Radiaciones.
- Factores socioeconómicos y ocupacionales.
- Genética

Tabaco:

Se considera que es uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo del cáncer oral, en sus distintas formas de consumo, en muchos casos asociado con el alcohol (Warnakulasuriya, S. 2009; Macfarlane, G. J. 1995; La Vecchia, C., 1997).

En la actualidad, un 24% de adultos, tanto varones como mujeres fuman. Aunque el porcentaje de personas fumadoras es menor, las consecuencias para la cavidad oral son iguales o mayores que antes. Además, los fumadores tienen más tendencia a padecer cáncer de lengua posterior y de suelo de boca (Dhar, P. K. y cols. 1999).

Más del 70% de los pacientes con Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) presentan hábito tabáquico (Moreno-López, L. A., y cols. 2000) y alrededor del 80% de los casos están asociados al exceso de tabaco y alcohol (Mashberg, A., y cols. 1993). Aunque cada uno de ellos posee potenciales carcinogénicos independientes, ambos factores actúan sinérgicamente. Se estima que el 75% de los cánceres orales en países desarrollados están íntimamente relacionados con el consumo combinado de tabaco y alcohol (Talamini, R. y cols. 2002; Peña González, A. 2006).

En cuanto a la supervivencia, no hay diferencia entre los carcinomas que se producen en pacientes que fuman y en los que no fuman. Pero el riesgo de padecer un segundo primario en el tracto aerodigestivo superior es de dos a seis veces mayor en aquellos pacientes que aún continúan fumando después de haber sido tratados de carcinoma de la cavidad oral (Barasch A. y cols. 1994; Moreno-López LA, y cols. 2000).

Con respecto a la etnia, existen evidencias de que los afroamericanos son más susceptibles a los efectos del tabaco en comparación con los caucásicos, y estos a su vez son más susceptibles que los asiáticos (Benowitz, N.L. y cols. 2002; Jane, C. y cols. 2006; Gandini, S. y cols. 2008).

El uso del tabaco de mascar incrementa (multiplica por cuatro) el riesgo de padecer cáncer oral, siendo el lugar de afectación donde dejan reposar el tabaco de mascar en la cavidad oral (Jarpa, P. 2003).

Alcohol:

Se estima que del 8% al 12% de la población adulta de naciones industrializadas son grandes bebedores. El consumo excesivo de cualquier tipo de alcohol juega un papel muy importante en la carcinogénesis oral, dependiendo de la dosis consumida (Lewin, F. y cols.1998; Boffetta, P. y cols.2006; Carretero, P.M. y cols.2008).

No existen evidencias claras de que un tipo concreto de bebida alcohólica represente mayor riesgo cancerígeno que otro.

El alcohol podría ejercer un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco (Du, X.y cols. 2010; Figuero Ruiz, E. y cols. 2004). Las personas que consumen alcohol suelen cursar con déficit de vitamina B por malabsorción y malnutrición habitual en los alcohólicos, lo que hace a la mucosa oral más susceptible a la agresión.

Se ha señalado que la acción carcinógena del alcohol es apreciable a partir de un consumo diario superior a 45ml. La Odds Ratio de desarrollar cáncer oral en pacientes bebedores según el estudio de Moreno-Lopez y col, fue de 5.3 en los consumidores de más de 50 gramos de alcohol al día. El consumo de bebidas alcohólicas está causalmente relacionado con los cánceres de cavidad oral y faringe, laringe, esófago e hígado (CHOI, SY. 1991).

Betel:

El betel es una planta trepadora de la familia de las papiráceas que se cultiva en el extremo oriente y sus hojas tienen sabor a menta, y su fruto da una semilla parecida a la pimienta. Cuando se mastica betel, esta planta produce efectos psicoestimulantes y el riesgo de desarrollar un cáncer oral aumenta en un 8% (Pande, P.y cols. 2002; Zhang, X. 2007).

Dieta:

Es importante el efecto de la dieta en la etiología del cáncer oral ya que algunos nutrientes y hábitos alimenticios están asociados al desarrollo de muchas enfermedades como el cáncer oral (De Stefani, E.y cols. 1999). Se ha demostrado un mayor riesgo en personas que consumen ciertas gramíneas o nuez de areca, o tienen una dieta con alto contenido en grasas. Los estados de desnutrición favorecen la oncogénesis bucal y las complicaciones postoperatorias.

La condición nutricional más importante asociada al cáncer oral en los países occidentales es la disfagia ferropénica. Se ha sugerido que una dieta pobre en vitamina A y/o vitamina C se asocia a un riesgo mayor para el cáncer oral. Las frutas y verduras son ricas en micronutrientes y tienen un efecto antioxidante y protector frente al cáncer oral (Petridou, E.y cols. 2002; Van Breemen, R.B. 2008).

Las recomendaciones de la OMS sobre dieta y cáncer son:

- Moderado aporte calórico y de proteínas animales.
- Incremento del consumo de fibras vegetales.
- Limitar la ingesta de grasas animales.
- Consumir alimentos ricos en vitaminas A y C.
- Limitar el consumo de alimentos ahumados, tostados o curados.
- Evitar alimentos fuertemente condimentados.
- Evitar bebidas y comidas muy calientes.
- Ritmo de alimentación adecuado.
- Higiene bucal adecuada.
- Evitar hábitos alcohólicos y tabáquico.

Inmunosupresión:

En pacientes con estados crónicos de inmunodeficiencia por trasplantes de órganos se ha encontrado un aumento en el riesgo de padecer carcinoma escamoso de la cavidad oral, pero en una proporción muy pequeña, al igual que en pacientes VIH positivos (Spadari, F. y cols 1997; Butt, F.M.A. y cols. 2008), principalmente cuando se asocian al consumo de tabaco y alcohol.

Factores dentales:

Resulta difícil de valorar la posible relación existente entre la presencia de una dentición en mal estado, prótesis mal adaptadas, prótesis antiguas y dientes rotos o astillados y la existencia de cáncer oral (Garrote, L.F. y cols 2001).

Infecciones:

Se han sugerido varios tipos de infecciones como agentes etiológicos potenciales del cáncer oral (Parkin, D.M. 2006), principalmente la sífilis y la candidiasis crónica, así como el virus del papiloma humano (VPH o HPV) y el virus de Epstein-Barr.

El virus papiloma humano, del que existen más de 68 tipos diferentes, se ha implicado en la etiología del cáncer oral, habiéndose identificado ciertos genes del HPV-16 que tienen la capacidad de deprimir la oncosupresión y de activar el crecimiento tumoral. La infección del VPH ha sido postulada como un factor de riesgo potencial para los cánceres de las vías aéreo-digestivas superiores (VADS). (Winer, R.L. y cols. 2003) El papel del VPH, especialmente el VPH 16 y 18, en la etiología del cáncer cervical y anorectal está actualmente firmemente establecida (Summersgill, K.F. y cols. 2000; Muñoz, N. y cols. 2006; D'Souza, G. y cols. 2007; Betiol, J. y cols. 2013).

Radiaciones:

Las personas con poca pigmentación en la piel que estén sometidas a una exposición solar ocupacional y prolongada presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide de labio. El labio pasa por una serie de cambios

preneoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula.

La radioterapia de cabeza y cuello aumenta el riesgo de desarrollar una tumoración maligna primaria oral, tanto carcinoma como sarcoma (Wyatt, R.M. 2003). Es dosis dependiente.

Factores socioeconómicos y ocupacionales:

Se ha podido constatar una prevalencia mayor del cáncer oral en trabajadores de la rama textil, comerciantes de alcohol, trabajadores de imprentas, manipuladores de material fosforescente para la fabricación de las esferas de los relojes y también en las clases sociales más desfavorecidas (Warnakulasuriya, S. 2009).

Genética:

Se observa una predisposición asociada en caso de Síndromes (mutaciones del ADN), cuando existe dificultad en metabolizar carcinógenos, así como cuando hay dificultad de reparar el ADN (Bascones y cols, 2003).

Cuando los genes normales (proto-oncogenes), por la acción de algunos virus, irradiación ó carcinógenos químicos, se transforman en oncogenes activos que estimulan la producción de una cantidad excesiva de un nuevo material genético por sobreexpresión del gen activado y se inactivan los genes supresores de tumores, estimulando de forma indirecta la producción de tumores (Ajudarte Lopes, M.y cols.2002). Los oncogenes ras, myc y c-erbB, y los genes supresores de tumores como el p53, pRb y la E-cadherina han sido identificados en los carcinomas orales, aunque una relación causa-efecto aún no ha sido probada (Greenblatt, M. S. y cols. 1994; González-Moles, M.A. y cols.2008).

1.1.3. Manifestaciones clínicas

El cáncer oral en su manifestación clínica más frecuente, el carcinoma oral de células escamosas (COCE), puede pronunciarse siguiendo uno de estos dos caminos:

- **"De novo"**: desarrollándose directamente a partir de mucosa sana.
- **Siguiendo la secuencia**: estado precanceroso (displasia epitelial)-carcinoma. Aproximadamente un 50% de los carcinomas epidermoides se desarrollan sobre un epitelio previamente alterado. Así, entendemos por lesión precancerosa un tejido morfológicamente alterado en el cuál la aparición de cáncer es más probable que en su homólogo normal. Una condición precancerosa es un estado sistémico generalizado que predispone a un riesgo mayor de padecer cáncer (Warnakulasuriya y cols. 2007). En la pueden observarse las distintas lesiones y condiciones precancerosas (Tabla 1).

Tabla 1: Clasificación de las lesiones y condiciones precancerosas (OM S, 2005).

LESIONES PRECANCEROSAS	CONDICIONES PRECANCEROSAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ LEUCOPLASIA ▪ ERITROPLASIA ▪ QUEILITIS ACTINICA DEL LABIO ▪ QUERATOSIS DEL PALADARASOCIADA A FUMAR INVERTIDO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIBROSIS ORAL SUBMUCOSA ▪ XERODERMA PIGMENTOSUM ▪ LÍQUEN PLANO ORAL ▪ LUPUS ERITEMATOSO DISCOIDE (LED) ▪ DISQUERATOSIS CONGÉNITA ▪ SIFILIS ▪ INMUNODEFICIENCIA ▪ ENF. DE PLUMMER-VINSON

El término “desórdenes potencialmente malignos” se utiliza para describir aquellas situaciones clínicas que conllevan un riesgo incrementado de convertirse en cáncer.

Incluye todas las alteraciones morfológicas de la mucosa oral que preceden a una lesión maligna, lo cual no significa que todas las lesiones con potencial de malignización se transformarán necesariamente en cáncer.

En el año 2005, un Comité de Expertos coordinado por el Centro Colaborador de la OMS para el Cáncer y Precáncer oral, recomienda sustituir los términos “pre maligno” o “precanceroso” por el de “potencialmente maligno”, así como abandonar la distinción entre “lesiones” y “condiciones” precancerosas, para referirse a todas las situaciones clínicas que implican un incremento en el riesgo de cancerización bajo la denominación común de “desórdenes potencialmente malignos”, término que refleja la amplia distribución anatómica de estos procesos. Son estados reversibles que no implican necesariamente el desarrollo de una neoplasia. Cada lesión tiene distinto potencial de transformación maligna (George, A. y cols. 2001; Fernández, M. H. y cols. 2001; Carrión, B. y cols. 2013).

Dentro de éstos se incluyen varias entidades:

- **Leucoplasia:** Es la lesión premaligna más frecuente de la cavidad oral. La Organización Mundial de la Salud la define clínicamente como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede caracterizarse como ninguna otra lesión conocida y con una elevada tendencia a convertirse en un cáncer oral. Suele ser asintomática y se presenta de varias formas clínicas: planas, elevadas, rugosas, verrugosas, etc (Figura 3).

Figura 3: Leucoplasias orales localizadas en bordes laterales de lengua.



- **Eritroplasia:** Es una lesión preneoplásica, que aparece como una mancha o placa eritematosa (roja), aislada, de superficie lisa y aterciopelada, cuyo desarrollo no responde a un trastorno sistémico con manifestación bucal. Esta afección tiende a situarse profundamente en las superficies epiteliales, en cualquier sitio de la mucosa oral, y posee bordes bien circunscritos o definidos, con una extensión que varía desde milímetros a varios centímetros. Las lesiones aparecen en ambos sexos, pero muestran mayor incidencia en los hombres y en las edades comprendidas entre 40 y 60 años (Figura 4).

Figura 4: Eritroplasia localizada en encía adherida y mucosa palatina.



- **Liquen plano horal:** Enfermedad en la cual se forma una erupción pruriginosa en la boca. Puede presentarse de tres formas: reticular (la más común), forma de vesículas en la superficie de la mucosa o forma erosiva (áreas enrojecidas que se ulceran) (Figura 5).

Figura 5: Forma retículo-papular de liquen plano oral localizado en mucosa yugal derecha.



- **Queilitis actínica:** Es una condición precancerosa de los labios, habitualmente secundaria a la exposición solar acumulada a lo largo de los años. Suele afectar a pacientes mayores, que han tenido una fotoexposición crónica a lo largo de su vida. El tabaco es otro factor de riesgo para desarrollarla.

- **Fibrosis oral submucosa:** Es una enfermedad crónica, compleja, potencialmente precancerosa (aprox 20% puede tener posibilidades) y que se caracteriza por la reacción yuxta-epitelial inflamatoria y progresiva fibrosis de los tejidos submucosos (lámina propia y los tejidos conectivos más profundos). Está vinculada con el cáncer oral y se asocia a la masticación de la Nuez de areca, principal componente del betel.

- **Otros:** Palatitis nicotínica, hábito de fumar invertido, lupus eritematoso discoide, trastornos hereditarios (disqueratosis congénita, epidermolisis bullosa).

En la biología del crecimiento tumoral se pueden distinguir cuatro fases bien definidas:

1. **Alteración maligna de la célula diana: transformación.**
2. **Crecimiento de las células transformadas.**
3. **Invasión local.**
4. **Metástasis.**

Atendiendo a la semejanza o ausencia de similitud con el epitelio malpighiano del que deriva, podemos clasificar los carcinomas orales en tres grados:

- **Bien diferenciados:** Histológicamente son muy similares al epitelio pavimentoso malpighiano del que derivan. Las células tumorales conservan la capacidad de formar queratina, formando perlas o globos córneos dentro de unos límites bien definidos. Las mitosis son moderadas y hay escasas atipias celulares. Frecuentemente aparece un infiltrado peritumoral.

- **Moderadamente diferenciado:** El número de mitosis aumenta y la queratinización celular va disminuyendo, dejando de formar globos córneos

y queratinizándose células de forma aislada. El infiltrado tumoral va disminuyendo.

- **Mal diferenciados o indiferenciados:** Desaparece la actividad queratoblástica. Los clones celulares pierden su semejanza con las células de las que derivan y se rompe la adhesión intercelular facilitando las metástasis

El hallazgo clínico más frecuente a nivel oral es el de una úlcera indurada, de bordes evertidos y en ocasiones dolorosa que, generalmente, se acompaña de adenopatías cervicales. En estadios más avanzados, el carcinoma epidermoide puede presentarse bajo tres formas clínicas:

- **Morfología endofítica:** conformando una úlcera irregular con bordes evertidos y fondo sucio (Figura 6).

Figura 6: COCE con morfología endofítica localizado en borde lateral derecho de lengua.



- **Morfología exofítica:** de crecimiento tumoral vegetante, irregular e indurado a la palpación (Figura 7).

Figura 7: COCE con morfología exofítica localizado en suelo de boca.



- **Tipo mixto:** formado por asociación de las dos formas (Figura 8).

Figura 8: COCE con morfología mixta localizado en encía y fondo de vestíbulo.



En cuanto a la sintomatología, ésta puede estar ausente o manifestarse en un amplio rango, siendo el cuadro clínico más frecuente una úlcera o lesión sobreelevada, a veces indurada al tacto y en otras dolorosas, en ocasiones con sangrado espontáneo o al roce y a veces con signos de sobreinfección con mal olor y/o supuración. La duración de los síntomas y la rapidez de crecimiento pueden indicar la agresividad del tumor. La hiperestesia puede indicar la afección perineural, mientras que la otalgia indica afección del nervio lingual o del dentario inferior. Los síntomas sistémicos incluyen anorexia, pérdida de peso, debilidad y fatiga, sobre todo en caso de tumores avanzados.

Finalmente, los tumores malignos de los tejidos blandos orales pueden ser clasificados en función del tejido del que derivan (Tabla 2).

Tabla 2: Clasificación de los tumores malignos en función del tejido de origen.

1. Tumores malignos derivados del epitelio:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carcinoma oral de células escamosas o epidermoide (90%). ▪ Carcinoma verrucoso ▪ Carcinoma de células fusiformes ▪ Melanoma
2. Tumores malignos derivados del tejido conectivo. En función de las células conectivas de las que derivan se dividen en:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fibrosarcoma ▪ Fibrohistiocitoma maligno ▪ Leiomiosarcomas. Liposarcoma ▪ Angiosarcoma. Neurosarcoma ▪ Rabdomiosarcomas
3. Metástasis en las partes blandas de la cavidad oral: son poco frecuentes en la mucosa oral, ya que de todas las neoplasias del organismo sólo un 1% metastatizan en mucosa oral.
4. Neoplasias del sistema inmune con afectación oral:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linfoma No Hodgkin ▪ Plasmocitoma-mieloma múltiple:

1.1.4. Diagnóstico y pronóstico

En el diagnóstico del cáncer oral es importante la realización de una serie de pruebas para averiguar cuál es el problema e identificar su causa si existe. Se utilizan múltiples pruebas para el diagnóstico y determinar si se ha diseminado a otras partes del cuerpo (metástasis) y algunas pruebas pueden determinar qué tratamientos son los más eficaces.

Se pueden utilizar las siguientes pruebas para diagnosticar el cáncer de la cavidad oral u orofaríngeo:

- **Exploración física**, que es fundamental cuando se ve por primera vez al paciente. Se realizará una inspección intraoral completa (aspecto interno y externo de labios, examen de mucosa yugal, del tejido gingival y vestíbulo, superficie ventral, dorsal y laterales de lengua, paladar, pilares posteriores y orofaríngeo). A continuación, pasaremos a la palpación de la lesión, valorando si esta indurada, si sangra, si está adherida a estructuras vecinas, etc. Posteriormente, pasaremos a la exploración cervical para detectar la presencia de metástasis ganglionares (se aprecian como ganglios mayores de 1 cm., de consistencia dura, que están adheridos a planos profundos y generalmente indoloros).
- **Biopsia**. Es la extracción de una pequeña cantidad de tejido sospechoso junto a una parte de tejido sano para su examen con microscopio. Únicamente la biopsia permite formular un diagnóstico definitivo. La biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF), se suele realizar para el diagnóstico inicial en pacientes con un nódulo cervical sin un primario conocido en el tracto aerodigestivo superior. La PAAF se puede realizar por palpación, guiada por ecofronía o por TAC. Esta técnica tiene una alta sensibilidad y especificidad y su precisión diagnóstica que va del 89% al 98% (Feldman, P. S. y cols. 1983).
- **Ortopantomografía (OPG)**. Es una radiografía panorámica de toda la boca, siendo muy útil tanto para el estudio dental del paciente como para detectar el grado de destrucción del hueso producida por el cáncer (Figura 9).

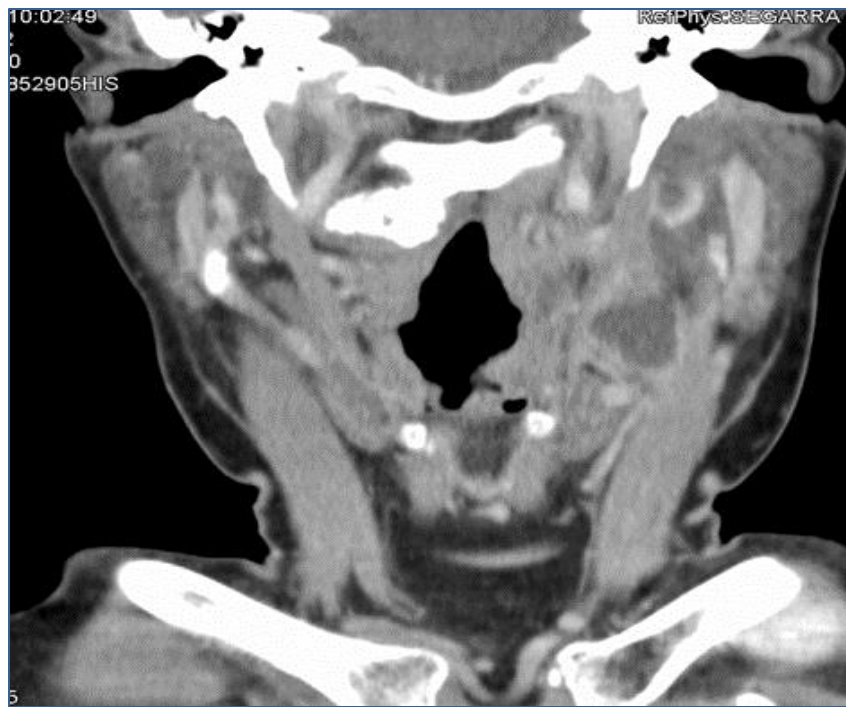
Figura 9: Radiografía panorámica extraoral (OPG).



Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen de la Arrixaca

- **Endoscopia.** Es un tubo delgado y flexible con una luz y una lente de visión, que se introduce a través de la nariz para examinar las áreas de cabeza y cuello. Es muy útil cuando se sospecha la existencia de tumores segundos primarios en el tracto aerodigestivo superior.
- **Ecografía cervical.** Es muy útil para el estudio de partes blandas, ya que es una técnica no invasiva, que no produce radiaciones ionizantes. Se usa principalmente para realizar las PAAF guiadas.
- **Tomografía axial computarizada (TC o TAC).** La TC nos crea una imagen tridimensional del interior del cuerpo con el empleo de rayos X y una computadora combina estas imágenes en una vista detallada de cortes transversales. Los carcinomas de pequeño tamaño que afectan a la mucosa, a veces son difíciles de valorar con esta prueba. Suele ser más útil en tumores más grandes para medir el tamaño, determinar si hay invasión de estructuras adyacentes como la mandíbula o los ganglios linfáticos del cuello (existencia de metástasis). En ocasiones, se administra un medio de contraste para ver mejor las imágenes (Figura 10).

Figura 10: TAC con contraste. Tumoración en suelo de boca anterior con adenopatías metastásicas.

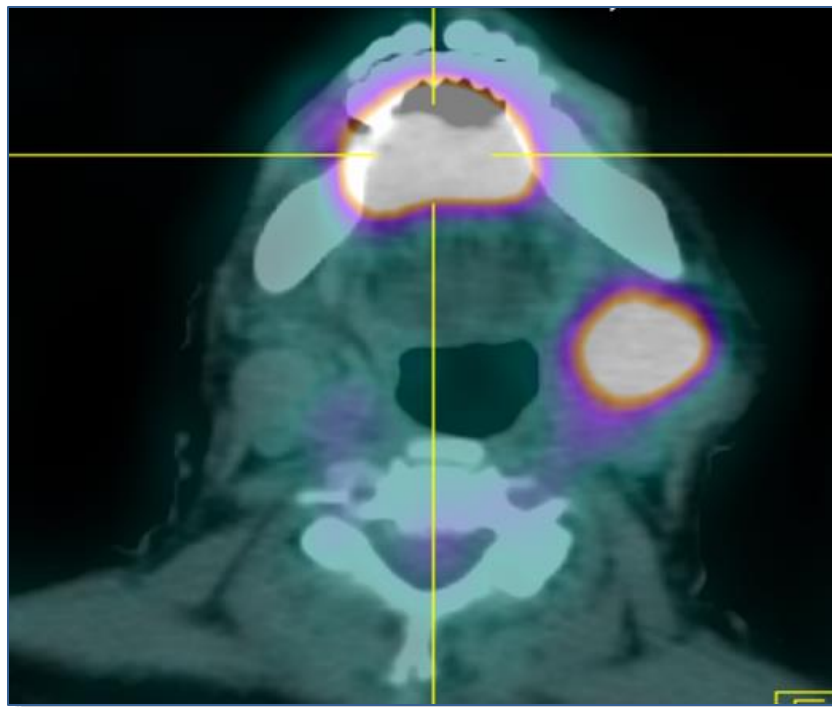


Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen de la Arrixaca

- **Resonancia magnética nuclear (RMN).** La RMN utiliza campos magnéticos, en lugar de rayos X, para producir imágenes detalladas del cuerpo, en especial de tejidos blandos como las amígdalas y la base de la lengua, siendo más precisa que la TC para el diagnóstico de los tumores de la cavidad oral cuando son pequeños o afectan sólo a la mucosa, así como determinar la invasión de la médula ósea (Sadick, M., 2012).

- **Tomografía por emisión de positrones con TC o RMN (PET-TAC o PET-RMN).** El PET es una técnica que evalúa el metabolismo tisular basado en el consumo de glucosa (18F-fluorodesoxiglucosa) por las células de los tejidos, con lo cual detecta patologías de tipo tumoral (que son de alto consumo de glucosa) ya que las benignas son de bajo consumo. Esta prueba es más sensible y específica que el TC o RMN para la detección de tumores primarios de cavidad oral y también para las metástasis ganglionares o a distancia y para la detección de segundos tumores primarios (Figura 11).

Figura 11: Lesiones características metabólicas malignas en suelo de boca y adenopatías laterocervicales izquierdas.



Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen de la Arrixaca

El pronóstico depende de varios factores en el momento del diagnóstico: la manifestación clínica, su localización, el grado histológico, la presencia o ausencia de metástasis. Además, hay que tener en cuenta que el pronóstico también depende de factores relacionados directamente con el paciente: edad, sexo, condición general y parámetros inmunológicos.

La supervivencia del paciente cambia radicalmente ante un diagnóstico precoz. De este modo, un examen sistemático de la mucosa oral, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital, deben formar parte de todo examen dental rutinario. El diagnóstico definitivo de cáncer oral conlleva la realización de una biopsia para hacer un estudio anatomopatológico (Petersen, P.E. 2009).

Cuanto mayor es el tumor primario y más larga su evolución, mayor es la probabilidad de que presente afectación de los ganglios linfáticos cervicales. Sin embargo, tumores pequeños y de corta evolución también pueden producir metástasis ganglionares (Sheti, S. y cols. 2009). En ocasiones, la presencia de una metástasis en un ganglio cervical, puede ser el primer síntoma de un COCE de la cavidad oral, siendo esto más frecuente en tumores primarios de hipofaringe o nasofaringe.

1.1.5. Clasificación TNM

Es importante en el momento del diagnóstico, realizar una estadificación del carcinoma oral para establecer el tratamiento más adecuado y el pronóstico de ese paciente. El estadio del COCE depende del tamaño de la lesión primaria y de la diseminación regional o a distancia de la enfermedad (Byrd, D.R. y cols. 2010; Edge, S. B. y cols. 2010; Sobin, L. H. y cols. 2011).

La lesión se clasifica según la clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC), que es el factor pronóstico más importante. TNM es la abreviatura en inglés de tumor (T), ganglio (N) y metástasis (M). Hay que tener en cuenta estos tres factores para determinar el estadio clínico (Tabla 3-6 y Figura 12).

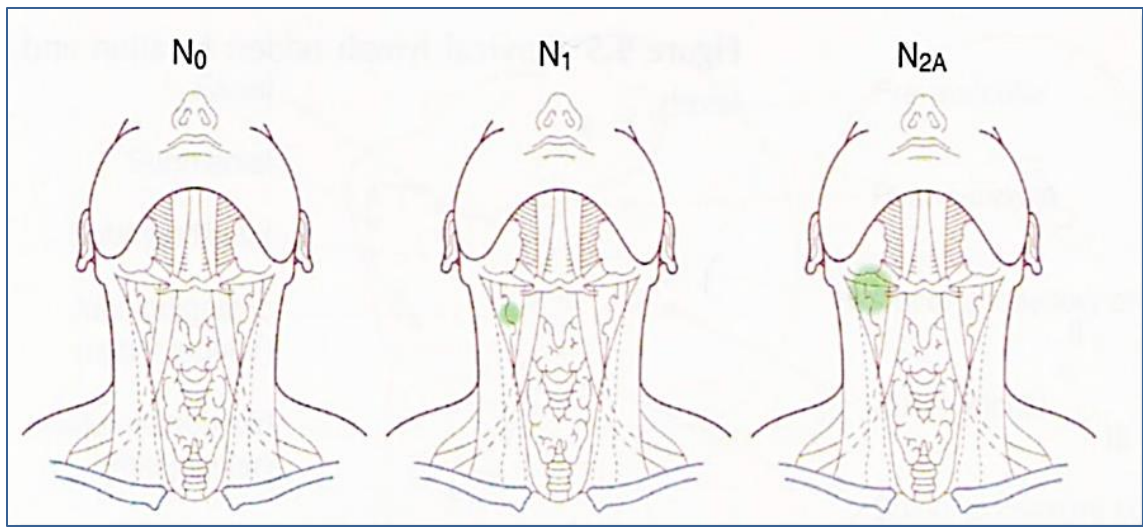
Tabla 3: Tumor primario (T).

TX	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No hay prueba de un tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
T1	Tumor ≤ 2 cm en su dimensión mayor.
T2	Tumor > 2 cm, pero ≤ 4 cm en su mayor dimensión.
T3	Tumor > 4 cm en su mayor dimensión.
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. ^b
	(Labio) El tumor invade a través del hueso cortical, el nervio alveolar inferior, el piso de la boca o la piel de la cara; es decir, el mentón o la nariz. (Cavidad oral) El tumor invade solo las estructuras adyacentes (por ejemplo, a través del hueso cortical [mandíbula o maxilar] hacia el músculo profundo [extrínseco] de la lengua [geniogloso, hiogloso, palatogloso y estilogloso], seno maxilar o piel de la cara).
T4b	Enfermedad local muy avanzada.
	El tumor invade el espacio masticatorio, las placas pterigoides o la base del cráneo, o envuelve la arteria carótida interna.

Tabla 4: Ganglios linfáticos regionales (N^o).

NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
N1	Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, ≤ 3 cm en su dimensión mayor.
N2	Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, > 3 cm, pero ≤ 6 cm en su mayor dimensión.
	Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno > 6 cm en su mayor dimensión.
	Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno > 6 cm en su mayor dimensión.
N2a	Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, > 3 cm, pero ≤ 6 cm en su mayor dimensión.
N2b	Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno > 6 cm en su mayor dimensión.
N2c	Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno > 6 cm en su mayor dimensión.
N3	Metástasis en un ganglio linfático > 6 cm en su mayor dimensión.

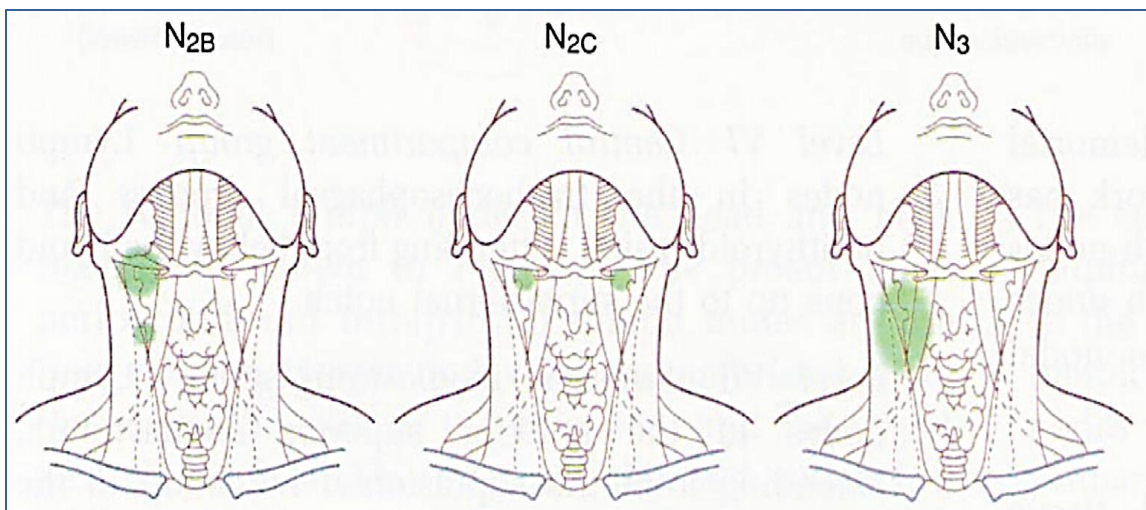
Figura 12: Afectación ganglionar (Tomado de Shah, J. P., & Johnson, N. W. (2003). Oral cáncer).



No hay ganglios [N₀]

Ganglio ipsilateral único < 3cm [N₁]

Ganglio ipsilateral único 3-6cm [N_{2A}]



Ganglio ipsilateral multiple < 6cm [N_{2B}]

Ganglio bilat/contralat < 6cm [N_{2C}]

Cualquier ganglio > 6cm [N₃]

Tabla 5: Metástasis a distancia.

M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.

Tabla 6: Estadio anatómico/grupos de pronóstico.

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
IVA	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T4a	N2	M0
IVB	Cualquier T	N3	M0
	T4b	Cualquier N	M0
IVC	Cualquier T	Cualquier N	M1

Los índices de supervivencia en el cáncer oral dependen de varios factores: el estadio de la enfermedad, la localización del tumor primario (en general, cuanto más posteriores la localización, peor el pronóstico), la efectividad del primer tratamiento, el índice de Karnofsky y el tipo histológico del tumor (Po Wing Yuen, A. y cols. 2002; Bhattacharyya, N. 2004; Babin, E. 2008). El estado general del paciente (sobre todo el hábito enólico y tabáquico) y la predisposición a múltiples lesiones orales se consideran importantes factores pronósticos secundarios (Pourel, N. y cols. 2002; Chimenos Kustner, E. 2008). Los índices de supervivencia son expresados de diferentes maneras: la ratio observada, que se basa en la proporción de pacientes vivos en el período de tiempo tras el diagnóstico, y la ratio relativa, que ajusta las ratios de supervivencia del cáncer, teniendo en cuenta las muertes por otras causas. (Gomez, I. y cols. 2009).

Dequanter y col, estudiaron 136 pacientes con tumores de lengua móvil T1 y T2. Encontraron que la tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 3 años era del 67% en los T1 mientras que en los T2 era del 28%; a los 5 años del 59% para los T1 y del 26% para los T2.

1.1.6. Tratamiento

El tratamiento del cáncer de la cavidad oral es complejo y multidisciplinar. En el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación intervienen un gran número de profesionales sanitarios, llevándose a cabo las decisiones terapéuticas por un “Comité de Tumores”, que va a individualizar cada caso.

Si bien el principal objetivo de un tratamiento es curar, eliminando el tumor, también es muy importante preservar la función de los nervios, órganos y tejidos cercanos, así como restaurar la morfología y la función del órgano perdido, minimizar las secuelas y prevenir la aparición de una recidiva o un nuevo tumor primario. (Silvestre-Donat, F.J. 2008).

Existen tres opciones principales de tratamiento:

- **Cirugía.**
- **Radioterapia.**
- **Quimioterapia.**

Se puede utilizar uno de estos tratamientos o una combinación de ellos. Las opciones y recomendaciones en cuanto a los tratamientos dependen de varios factores, entre ellos, el tipo y estadio del cáncer. (Miloró, M. y cols. 2004), los efectos secundarios posibles, así como las preferencias del paciente y su estado de salud general.

En el cáncer de cabeza y cuello, y más específicamente en el carcinoma de células escamosas, las armas terapéuticas más eficaces pasan por la cirugía y la radioterapia, aunque en determinadas circunstancias y en otros tipos de cáncer es importante el papel de la quimioterapia. Es importante la prevención y el diagnóstico precoz ya que el tratamiento sería más conservador respecto a la cirugía ablativa evitando extensas resecciones quirúrgicas y evitando tratamientos más agresivos que van a disminuir posteriormente la calidad de vida de estos pacientes.

Cuando existe un diagnóstico precoz puede haber una supervivencia a los 5 años de un 80%, ya que en general es de un 55%, mientras que cuando se diagnostica en estadios avanzados no llega al 35%.

Tanto el tratamiento con cirugía oncológica, como con radioterapia y quimioterapia van a dejar secuelas o efectos adversos.

Cirugía:

La cirugía oncológica de cabeza y cuello va a producir defectos tras la exéresis de los tejidos afectados y su margen de seguridad (área de tejido circundante de apariencia normal que rodea al tumor), que disminuye la posibilidad de dejar cualquier residuo de cáncer (Becker, S.T.y cols. 2012). Entre estos defectos podremos encontrar cicatrices y fibrosis, deformidades con afectación en la estética facial tras una maxilectomía, mandibulectomía o glosectomía (extirpación de la lengua), defectos por falta de sustancia que crean comunicación entre cavidades como las oronasaes u orosinusales y deterioro de las funciones bucales con pérdida de la capacidad defensiva de los tejidos orales. En ocasiones hay que recurrir a la disección del cuello si el cáncer se ha extendido a los nódulos linfáticos en el cuello, y es necesaria la extirpación de dichos nódulos (J. Crean, S. 1996; Kernohan, M.D. y cols. 2010).

Estos defectos van a tener que ser reparados mediante la cirugía reconstructiva (desde injertos de piel para pequeños defectos a colgajos pediculados para defectos más graves) o mediante prótesis maxilofaciales como los obturadores o las epítesis faciales que rellenan y maquillan los defectos a nivel de la cara.

Gracias a los avances en la cirugía microvascular (sutura de pequeños vasos sanguíneos bajo el microscopio), los cirujanos tienen muchas más opciones para la reconstrucción de la cavidad oral y de la orofaringe (Netscher, D.T. y cols. 2000). Los tejidos de otras áreas del cuerpo, como el intestino, los músculos del brazo, los músculos abdominales o el hueso de la parte inferior de la pierna, se pueden usar para sustituir partes de la boca, garganta o mandíbula (Schliephake, H. y cols 1995; Rogers, S.N. y cols. 1998).

Radioterapia:

La radioterapia puede administrarse como tratamiento primario (junto con la quimioterapia) para tratar de reducir el tamaño de algunos cánceres más grandes antes de la cirugía (Hammerlid, E. y cols. 1997; Oskam, I.M. 2010). A esto se llama terapia neoadyuvante. En algunos casos, esto posibilita el uso de una cirugía menos radical y la extirpación de menos tejido.

Así mismo, la radioterapia se puede usar tras la cirugía (Baumann, I. 2006), en combinación con la quimioterapia o como tratamiento paliativo.

La radioterapia también se puede utilizar para aliviar los síntomas del cáncer más avanzado, como dolor, hemorragias, dificultad para tragar y problemas causados por la metástasis en los huesos. (Langendijk, J.A. y cols. 2008).

La forma más común de suministrar radiación para estos tipos de cáncer es enfocar cuidadosamente un haz de radiación con una máquina fuera del cuerpo. Esto se conoce como radioterapia de haz externo. Para reducir el riesgo de efectos secundarios, se calcula detenidamente la dosis exacta necesaria y apuntan el haz de radiación con la mayor precisión posible para dar en el blanco que ha sido cuidadosamente delimitado.

Las dosis necesarias variaran en función de la localización y tipo de tumor aunque la dosis total en tumores de cabeza y cuello oscilará entre los 50 y los 70 Gy en un periodo entre 5 a 7 semanas. Los efectos adversos o secundarios a la radioterapia en los tejidos orales pueden ser agudos como las mucositis (Sharma, R. y cols. 2005; Vissink, A. y cols. 2003) o la pérdida del sentido del gusto, o crónicos como la hiposialia, las caries dentales, la aparición de trismos o la osteorradionecrosis (González-Arriagada, W.A. y cols. 2010). Estos efectos secundarios de la radiación son probablemente más graves en personas que están recibiendo quimioterapia al mismo tiempo (Gomes, F.C. y cols. 2003; Hong, J. y cols. 2013; Bernat, L. y cols. 2014).

Quimioterapia:

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente al inhibir su capacidad para crecer y dividirse. La quimioterapia sistémica se administra a través del torrente sanguíneo para que alcance las células cancerosas de todo el cuerpo.

El papel de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello ha sido controvertido y limitado, si bien hasta hace pocos años, por presentar su efectividad ante tumores con un importante factor de crecimiento y una elevada tendencia a la diseminación a distancia, propiedades nada frecuentes en los tumores de tipo epidermoide, siendo estos los más prevalentes en cabeza y cuello (Stell, P.M. 1990; Sturgis, E.M. y cols. 2005).

Estos fármacos antineoplásicos que actúan sobre diversas fases de la cinética celular presentan falta de selectividad, lo que conlleva una afectación también de las células normales con una alta tasa de replicación produciendo así alteraciones del sistema digestivo, hematológico, renal, neurológico y dermatológico del paciente (Espinosa, J.C.C. y cols. 2006).

Actualmente se emplea de forma combinada con el tratamiento locorregional (cirugía y radioterapia), de forma secuencial, aumentando los resultados de éxito o incluso como tratamiento paliativo en tumores recurrentes o bien en metástasis (Scully, C. y cols. 2004).

Así mismo en la pauta del tratamiento quimioterápico, basándose en los estudios más recientes, prima el empleo de combinaciones de agentes (poliquimioterapia) frente al tratamiento único, buscando un efecto sinérgico de los fármacos a la vez que la disminución de los efectos adversos.

Existen diversas formas de administrar la quimioterapia:

- **Quimioterapia neoadyuvante o de inducción:** Es la que se administra antes de un tratamiento quirúrgico o radioterápico. Disminuye el estadio tumoral y es un factor pronóstico.

- **Quimioterapia adyuvante o coadyuvante:** Es la que se administra después del tratamiento principal, para disminuir la incidencia de diseminación del cáncer a distancia.
- **Quimioterapia concomitante o concurrente:** Es la que se administra a la vez junto con la radioterapia para potenciar su efecto, integrando los efectos locorregional y sistémico desde el comienzo. Presenta tasas de respuesta más altas (Klug, C. y cols. 2009).

La terapia secuencial, que consiste en la combinación de la quimioterapia de inducción seguida de la quimiorradioterapia concurrente, puede combinar los beneficios de ambas. Pero, sin embargo, también puede estar asociada a un aumento de la toxicidad, lo cual puede limitar el cumplimiento por parte del paciente y retrasar el tratamiento definitivo (Brockstein, B. & Vockes, E. 2012).

Los medicamentos de quimioterapia que se utilizan con mayor frecuencia para el cáncer de la cavidad oral y de la orofaringe son: Cisplatino, 5-fluorouracilo (5-FU), Carboplatino, Paclitaxel (Taxol®), Docetaxel (Taxotere®), Metotrexato, Ifosfamida (Ifex®) y Bleomicina.

El intervalo entre la quimioterapia de inducción y la radioterapia o Quimiorradioterapia no debe sobrepasar las tres a cinco semanas, que es el tiempo necesario para la mucosa y la médula ósea se recuperen del tratamiento inicial.

Respecto a los efectos secundarios de la quimioterapia son las náuseas, vómitos, alopecia, supresión de las series sanguíneas (infección, anemia y hemorragia), disfunción renal, hipoacusia, neuropatía y efectos sobre la fecundidad (Cooper, J.S. y cols. 2004).

1.2. MARCO CONCEPTUAL DE CALIDAD DE VIDA

Los objetivos establecidos en la estrategia frente al Cáncer pretenden, reducir la incidencia del cáncer, su mortalidad y la mejoría en la calidad asistencial. Se trata de reducir las inequidades y las variaciones injustificadas y existentes en el riesgo de padecer cáncer, en el acceso a los servicios preventivos y en el acceso a los servicios clínicos de calidad.

Para la OMS, la **calidad de vida** es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” (WHO, 1993). Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. La calidad de vida de un individuo está relacionada con su bienestar, su felicidad, y la satisfacción de la persona que le permite una capacidad para funcionar en un momento determinado de la vida.

1.2.1. Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud (González, U. y cols. 1997; Anguita, J.C. y cols. 2001). Las tres dimensiones que engloban e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** es la percepción del estado físico o de salud, entendida como la ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las

creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social:** es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

1.2.2. Antecedentes de la calidad de vida en medicina

A lo largo de la historia, la medicina ha ido cambiando con el fin de adaptarse a los tiempos y a la evolución de la humanidad. En muchos casos los propios cambios los ha propiciado la medicina con sus avances científicos.

Dentro de este ámbito podemos situar el estudio de la calidad de vida, como parte del desarrollo de la misma, en la que no sólo se le da importancia a sanar al enfermo sino a la calidad de vida con la que superará su patología (Morton, R.P. 2003; Espantoso, R. y cols. 2007).

El paciente ya no es considerado un enfermo sino un individuo con derecho a una vida digna independientemente de su estado de salud. Esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida, confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, M.A. y cols. 1996; Osoba, D. y cols. 1998).

La preocupación por un buen diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico principalmente; el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud, donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar (Allison. P.J. y cols. 1997). En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones (Guyatt, G.H. y cols., 1993).

Actualmente en los países industrializados, gracias a los avances médicos en prevención, diagnóstico precoz y tratamiento temprano de la mayoría de las enfermedades, ha disminuido considerablemente la morbilidad y mortalidad de muchas patologías, aumentando con ello la esperanza de vida de muchas personas, pero convirtiendo a muchos de ellos en enfermos crónicos, con patologías degenerativas no letales, que hoy en día constituyen el principal problema de salud en estos países. Ante esta situación las medidas clásicas de resultados en medicina

(mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no son suficientes para evaluar la calidad de la asistencia de los servicios de salud (Herce, J. y cols. 2007; Kazi, R. y cols. 2010).

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar (Locker, D. y cols. 1997; Schliephake, H. 2002; Maciejewski, O. y cols. 2010; Schuster, M. 2012).

Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las valoraciones del equipo médico (datos “objetivos”). Con posterioridad se les asignó mayor importancia a los datos aportados por el paciente (datos “subjetivos”). Actualmente se intenta pasar página y abandonar el debate “objetivo” versus “subjetivo” revalorizándose los datos subjetivos que muestran sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.

Para Naughton y Schumaker (1996) la calidad de vida es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

1.2.3. Contribuciones al estudio para la medición de la calidad de vida

Los puntos de consenso a los que llegó el Grupo WHOQOL, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, fueron aceptados por diversos grupos de investigadores.

Puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995):

Las medidas de CVRS deben ser:

- 1. Subjetivas:** Recoger la percepción de la persona involucrada.
- 2. Multidimensionales:** Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.
- 3. Incluir sentimientos positivos y negativos.**
- 4. Registrar la variabilidad en el tiempo:** La edad, el momento vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), la etapa de la patología que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se evalúan. Otro aporte valioso de la definición de CV de la OMS, es el enfatizar la importancia de la auto-evaluación de los factores culturales.

La medición de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Ericsson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (Hammerlid, E. y cols. 2001; Barrios, R. y cols. 2013).

Esta apreciación que reitera la parte objetiva y la subjetiva de lo que es la calidad de vida nos sugiere que no podemos utilizar índices que midan presencia o, ausencia de enfermedad o su severidad, sino un suplemento que valore el bienestar psicológico y social.

Las mediciones sobre salud general deben evaluar por lo menos cuatro aspectos de la salud: 1) función física, 2) salud mental, 3) función social y de rol, y 4) percepciones sobre la salud general (Misrachi Launert C.M. y cols. 2005):

- 1. Función física.** Estas medidas intentan aislar limitaciones e incapacidades físicas (Steward Al, 1981; Jette Am, 1980). Los problemas se describen en forma de movilidad, dolor y limitaciones (Taylor, J.C. y cols. 2004).
- 2. Salud mental.** Sus medidas se suelen centrar en la frecuencia y la intensidad del sufrimiento psicológico (por ej. ansiedad o depresión) e incluyen tanto la percepción sobre el bienestar psicológico y la satisfacción vital como una evaluación de la función cognitiva (Veit, C.T. 1983; Ware, J.E Jr, 1992; Misono, S. y cols. 2008).
- 3. Funcionamiento social y de rol.** El funcionamiento social se define como la capacidad para crear, mantener y perfeccionar relaciones sociales maduras. Las medidas de funcionamiento social reflejan el estado de salud física y mental, sirven para indicar la necesidad de atención de salud y reflejan los resultados de la misma. Las investigaciones revisadas por Wortman (1984) muestran que las circunstancias sociales están relacionadas con los resultados de la salud tanto física como mental (Borggreven, P.A. y cols. 2007; Costa, G. 2010).
- 4. Percepciones de la salud general.** Las creencias y evaluaciones sobre su salud general que manifiesta una persona, sin considerar un aspecto mental o físico en particular, constituyen sus percepciones de la salud general. Las preguntas reflejan las preferencias valores, actitudes y necesidades sobre la salud de cada persona (Dunkel-Schetter, C. 1984; Carranza, E.T. y cols. 2008).

El actual enfoque de la salud que incluye como una de sus principales metas el apropiado funcionamiento y bienestar de los pacientes, evidencia la necesidad de que los profesionales de la salud conozcan y controlen el concepto de calidad de vida, además de los instrumentos psicométricos para medirla. Para obtener la visión completa de un paciente, se debe añadir a la información clínica, la información que reflejan los test psicométricos que miden calidad de vida relacionada tanto con la salud genérica como con la específica de una enfermedad y por supuesto la calidad de vida oral (Aaronson, N.K. 1991; Angelo, A.R. y cols. 2010).

1.2.4. Instrumentos para medir la calidad de vida en relación a la salud

Los instrumentos utilizados varían en un amplio espectro: muchos de ellos aún no han podido desprenderse del modelo centrado en la enfermedad. No es raro encontrar entre ellas a muchas escalas dirigidas a estudiar diferentes atributos o dimensiones del dolor, como uno de los aspectos más importantes actualmente en la evaluación de la salud (Grau, J. 1997; Blanco M.A. y cols. 2011; Sherman, A. C. 2010).

En este grupo de medidas deberían estar realmente incluidos algunos de los instrumentos como las escalas de dolor. El más antiguo de este grupo es el "Índice de Karnofsky", todavía empleado en enfermos de cáncer, a pesar de sus limitaciones y sus numerosas críticas. El Índice de Karnofsky, también llamado KPS, es la forma típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. Las puntuaciones de la escala de rendimiento de Karnofsky oscilan de 0 a 100. Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes.

Otras medidas, como el "Índice de Actividades de la Vida Diaria" de Katz, y la "Escala de Calidad de Bienestar" de Fanshel y Bush, tienen buenos parámetros de fiabilidad y validez, y permiten incrementar el conocimiento a través de la evaluación multidimensional en diversas enfermedades. Medidas más específicas, usadas en determinados padecimientos crónicos, no permiten grandes comparaciones, pero pueden ser bien empleadas con fines de investigar cambios en determinadas situaciones clínicas (Grau, 1997; Van Dierendonck, D. y cols. 2006).

Los puntos que se utilizan como referencia para el diseño de un instrumento para medir la calidad de vida son los siguientes:

- **Objetivo.** Se debe evaluar claramente el objetivo del instrumento: ¿qué enfermedad se va estudiar?, y ¿en qué población se va aplicar? Aunque es muy atractivo elaborar un instrumento nuevo, es importante recordar que la elaboración y validación consumen mucho tiempo y no se tiene la certeza de que será útil. Es por ello que se recomienda usar instrumentos ya existentes; muchos de ellos son adecuados y pueden aplicarse a los propósitos del estudio.

- **Función.** Hay que definir el instrumento en función de su capacidad de discriminación, descripción y predicción de la calidad de vida. La discriminación es la propiedad que sirve para establecer diferencias entre padecimientos o entre enfermos con una misma enfermedad, y que permite estratificar poblaciones. Idealmente, el instrumento será capaz de describir la evolución del padecimiento y detectar cambios en la calidad de vida a través del tiempo.
- **Selección de preguntas.** Se asume que los cuestionarios son la forma habitual para medir calidad de vida. Se puede recurrir a un consenso de expertos en el tema, investigadores y pacientes para definir las preguntas relevantes. Una forma de analizar la utilidad de los cuestionarios es empleando técnicas estadísticas. El análisis factorial y de componentes principales es de utilidad para reducir y caracterizar las dimensiones y son particularmente útiles para ensayos clínicos.
- **Contenido.** Deben incluirse dimensiones importantes como el autocuidado, la actividad física, la comunicación, la interacción social, el descanso, las actividades recreativas y las repercusiones emocionales.
- **Formas de respuesta.** Se pueden contestar de diversas formas, tomándose en cuenta que si se suman las calificaciones de las preguntas relacionadas con la actividad física se puede obtener una evaluación representativa de dicha área.
- **Sentido biológico.** El instrumento debe comportarse de acuerdo con teorías que se vinculen con la calidad de vida. En la medida en que los instrumentos cumplan con las predicciones clínicas lograrán mayor credibilidad. Estas mediciones representan un complemento para el cuidado integral del paciente.
- **Factibilidad.** Este es un aspecto trascendente; estos instrumentos tienen que ser adecuados para las diferentes culturas en las cuales se aplican. Se debe buscar que las preguntas se entiendan y se acepten para poderse contestar. Debe recalarse que el tiempo que consume su aplicación puede limitarla en la práctica clínica.

Una característica que debe tener una medición es la **consistencia y validez**; los datos obtenidos tendrán calidad científica, si durante el proceso de medición pueden ser consistentemente repetibles por el mismo observador u otros. La medición será científicamente aceptada cuando tenga *consistencia* y pueda ser reproducible. Si se tiene consistencia en una medición, la exactitud se podrá obtener estableciendo un estándar de referencia. Este último se logrará mediante la utilización de un procedimiento que produzca mediciones objetivas, dimensiones de una entidad, o puede ser la opinión de consenso de un grupo de expertos. La *Validez* se realiza para demostrar la utilidad clínica de un cuestionario, de tal forma que los datos obtenidos sean confiables. Para que una medición se considere con validez debe contar con tres características:

- A). Consistencia**, se refiere al hecho de conocer si el índice de medición tiene consistencia, la cual es un proceso intrínseco del proceso de validación de cualquier índice de medición;
- B). Exactitud**, se refiere al hecho de comparar el índice o la medición realizada con un índice previamente estandarizado;
- C). Adecuada**, que el índice sea satisfactorio y adecuado para el fin que fue creado.

Es muy importante, las aplicaciones para las que nos va a ser muy útil la medición de la calidad de vida (CV):

1. Evaluar el funcionamiento del paciente en las diferentes áreas de la CV (psicológico, físico, social), y haciéndolo desde la perspectiva del paciente.
2. Ayudar a decidir los tratamientos que deberían ser ofrecidos a cada paciente, y también, a mejorar la intervención que se administra.
3. Nos sirve para evaluar las preferencias de los pacientes, ya que estos pueden valorar los efectos en su CV de los distintos tratamientos que podrían recibir.
4. Ayudar en la práctica clínica a conseguir una evaluación más profunda de aquellas áreas que habitualmente no se consideran, o no están lo suficientemente estudiadas.

5. Orientar las intervenciones que varios profesionales pueden ofrecer a los pacientes, dado que esas intervenciones pueden mejorar su CV.
6. Ayudar a predecir la evolución de la enfermedad, ya que, basados en diferentes estudios, puntuaciones bajas iniciales de CV pueden estar relacionadas con una evolución negativa de la patología.
7. Si las medidas de CV que empleamos son sensibles, nos sirven para la detección temprana de pequeños cambios que se produzcan en el estado físico y psíquico del paciente.

1.2.4.1. SF-36

El SF-36 Healthy Survey es un cuestionario de salud desarrollado para el Medical Outcome Study (MOS) por Ware y Sherbourne en 1992, que a partir de 36 ítems pretende medir 8 dominios genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, tratamiento o edad.

Fue diseñado originalmente a partir de una extensa batería de preguntas utilizadas en el Estudio de los Resultados Médicos, de la cual se seleccionó el menor número posible de conceptos que mantuvieran la validez del instrumento inicial. El cuestionario proporciona un perfil del estado de salud y actualmente, por su utilidad y simpleza es el más usado en estudios de estados de salud a nivel mundial, siendo aplicable en la población general, a pacientes con una edad mínima de 14 años, tanto para estudios descriptivos como de evaluación.

Se trata de una herramienta autoadministrada, aunque también se ha utilizado en forma de entrevista personal y vía telefónica, destacando que la consistencia interna no varía entre ellas (Alonso y Antó, 1995; Singer, S. y cols. 2013).

Contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional. El estado funcional está representado por las siguientes dimensiones: función física, función social, rol físico, rol emocional. El área de bienestar incluye las dimensiones de salud mental, vitalidad, dolor corporal. Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la percepción de la salud general y el cambio de salud en el tiempo.

El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

- 1. Función Física:** mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
- 2. Rol Físico:** valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento

menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

3. **Dolor Corporal:** valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
4. **Salud General:** proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. **Vitalidad:** cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. **Función Social:** mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. **Rol Emocional:** valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. **Salud Mental:** mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

El SF-36 ha mostrado en estudios españoles una buena discriminación y aporta suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad. Además, estos resultados son consistentes con el instrumento original; lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales.

Los resultados de cada una de las dimensiones, son codificados y transformados en una escala que va desde 0 (el peor estado de la salud) hasta 100 (el mejor estado de la salud).

1.2.4.2. Instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida en pacientes con cáncer

Históricamente la evaluación de los tratamientos oncológicos se ha centrado en variables biomédicas, fundamentalmente la tasa de respuesta, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia. La preocupación por valorar las repercusiones que la enfermedad y su terapéutica producían en la vida de los pacientes dio lugar en 1949 a la Escala de Incapacidad de Karnofsky que evaluaba el impacto de la quimioterapia sobre el desempeño de la actividad diaria de los pacientes con cáncer, pero este tipo de instrumentos no evaluaba los efectos que el cáncer y su tratamiento ejercen en las dimensiones psicológicas y sociales de la salud. Con el tiempo, no sólo se extendió el interés por la calidad de vida a otras áreas, sino que también se desarrollaron los métodos para evaluarla (Arraras, J. I. 2004; Manterota, A. y cols. 2004).

La medición de la calidad de vida del paciente oncológico constituye un aspecto fundamental; el grupo de calidad de vida de la EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), evalúa el funcionamiento del paciente en diferentes áreas (psicológico, físico, social).

Por lo que tiene una serie de características:

1. Ayuda a decidir los tratamientos que deberían ser ofrecidos a cada paciente, y también, a mejorar la intervención que se administra. Además, sirve para evaluar las preferencias de los pacientes, ya que estos pueden valorar los efectos en su calidad de vida de los distintos tratamientos que podrían recibir.
2. Ayuda en la práctica clínica a conseguir una evaluación más profunda de aquellas áreas que habitualmente no se consideran, o no lo suficiente. Orientar las intervenciones que varios profesionales pueden ofrecer a los pacientes oncológicos, dado que esas intervenciones pueden mejorar su calidad de vida.
3. Ayudar a predecir la evolución de la enfermedad, dado que, basados en diferentes estudios, puntuaciones bajas iniciales de

calidad de vida pueden estar relacionadas con una evolución negativa del tumor.

4. Si las medidas de calidad de vida que se emplean son sensibles, sirven para la detección temprana de pequeños cambios que se produzcan en el estado físico y psíquico del paciente.

Para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer se utiliza el cuestionario de la EORTC (la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer). Es un cuestionario general, QLQ-C30 que evalúa áreas comunes a diferentes tumores y tratamientos, el cual se complementa con diferentes módulos que miden aspectos específicos relacionados con la enfermedad y los tratamientos.

QLQ-C30:

El QLQ-C30 consta de 30 ítems agrupados en cinco dimensiones funcionales: Funcionamiento físico, Social, Emocional, Cognitivo y de Rol; tres dimensiones de Síntomas: Fatiga, Dolor, Náuseas y Vómitos; una dimensión global de Calidad de vida; e ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento: disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, así como un ítem de impacto financiero. Una mayor puntuación en las escalas funcionales indica una mejor calidad de vida, y una mayor puntuación en las escalas de síntomas, una peor calidad de vida.

El cáncer oral influye en la calidad de vida afectando a diversos aspectos de la vida diaria como son: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, las relaciones interpersonales. Uno de los módulos creados es el QLQ-H&N35 que se emplea con tumores de cabeza y cuello. Ambos cuestionarios han sido validados en varios países y también en España. Con la utilización combinada de ambos se puede comparar la calidad de vida en grupos de enfermos con cáncer en diferentes localizaciones manteniendo intacta su sensibilidad.

QLQ-H&N35:

Uno de los módulos creados es el QLQ-H&N35 que se emplea con tumores de cabeza y cuello y junto con el QLQ-C30 han sido validados en varios países, y también en España.

Con la utilización combinada de ambos se puede comparar la calidad de vida en grupos de enfermos con cáncer en diferentes localizaciones.

El QLQ-H&N35 consta de las dimensiones de Dolor, Dificultades para tragar, Alteraciones de los sentidos, Alteraciones del habla, Problemas para comer delante de otros, Alteraciones en el contacto social, Alteraciones en la sexualidad, y otros. Todas las puntuaciones obtenidas para cada uno de las escalas, resultado de la suma de cada uno de los ítems, se transformarán a una escala de 0 a 100.

La adaptación a la enfermedad dependerá, además, de factores como la edad, el sexo, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otras. El tratamiento quirúrgico condiciona dos aspectos distintos: el significado de la extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable a la curación; y la mutilación física, con sus cambios en el esquema corporal. El tratamiento con radioterapia origina reacciones de ansiedad, depresión, cólera y culpabilidad, siendo pesimistas los pacientes acerca de sus efectos. Hay una evolución del impacto psicológico a medida que transcurren las sesiones. En las primeras se presentan cuadros ansioso-depresivos moderados o intensos, luego disminuyen y se incrementan al terminar el tratamiento.

El tratamiento con quimioterapia provoca ansiedad, fobias, depresión, euforia, disminución de la capacidad intelectual, trastornos de la conducta, cuadros psicóticos orgánicos, alteraciones sexuales, etc. Los síndromes ansioso-depresivos son los más frecuentes.

La proximidad de la finalización de cualquier tratamiento puede ocasionar problemas psicológicos por el miedo a una posible recaída, por la pérdida, por la desconexión parcial con el hospital y con el equipo multidisciplinario.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

2.1.1. Justificación

El control del cáncer es actualmente una de las prioridades en salud pública dada la mortalidad y morbilidad que produce esta enfermedad y el coste sanitario, económico y humano que acarrearán tanto la enfermedad como su tratamiento.

Es fundamental el estudio de la calidad de vida en pacientes con cáncer debido a que la amenaza a la existencia de dolor y el miedo a la muerte, aunados a los cambios en el estilo de vida que suscita el diagnóstico, ocasionan repercusiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y laborales. Este análisis constituye un tema complejo y de gran debate en el mundo debido a las dimensiones que debe comprender y a la multiplicidad de factores que la determinan. Uno de los aspectos polémicos fundamentales es el relacionado con la dimensión subjetiva (lo percibido por el individuo, satisfacción, felicidad) y la dimensión objetiva (condiciones materiales, nivel de vida, estado físico del individuo).

La calidad de vida relacionada con la salud, aunque se analiza generalmente desde un enfoque clínico postratamiento, para valorar los resultados de las intervenciones, también permite realizar un análisis muy importante no sólo de las repercusiones físicas sino también de los cambios relacionados con el comportamiento y estado de ánimo que presenta una persona después de un diagnóstico por ejemplo de cáncer, mostrando una nueva preocupación no sólo por la eliminación de la enfermedad, sino también por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Existen dos importantes características de esta disciplina sobre las que se tiene un acuerdo general: que la calidad de vida se trata de un constructo multidimensional y que la fuente primaria de información es el propio paciente.

2.1.2. Planteamiento del problema y justificación

La calidad de vida se ve afectada notablemente después del diagnóstico de cáncer oral, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. Por otro lado, es importante resaltar que en Murcia no se han publicado investigaciones que abarquen aspectos de calidad de vida en pacientes tratados de cáncer de cabeza y cuello.

Todo este planteamiento nos lleva a pensar sobre ¿cómo es la calidad de vida ¿Cuáles son las dimensiones de su vida que se ven más afectadas por dicho diagnóstico y tratamiento? ¿Cuáles son algunos factores que explican su calidad de vida?

2.2. OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo pueden ser descritos en dos niveles; un objetivo general que determina el planteamiento global de la investigación y unos objetivos específicos que articulan y ordenan los diversos aspectos del objetivo general.

2.2.1. Objetivo general.

El objetivo general fue estudiar la influencia del tratamiento del cáncer oral en la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

2.2.2. Objetivos específicos.

El objetivo general ha sido desglosado en una serie de objetivos específicos que nos permiten sistematizar y responder a los diferentes aspectos que plantea nuestro estudio:

1. Determinar la posible influencia de la edad de los pacientes tratados de COCE sobre su calidad de vida.
2. Valorar la relación entre el sexo de los pacientes tratados de COCE y su nivel de calidad de vida.
3. Analizar si la localización de los COCE afecta a la calidad de vida de los pacientes después de su tratamiento.
4. Estudiar cómo el estadio TNM puede influir en la calidad de vida de los pacientes tratados de COCE.
5. Determinar la posible relación entre el tratamiento recibido en pacientes con COCE y su calidad de vida.
6. Valorar cómo influye el tiempo transcurrido desde el tratamiento de los pacientes diagnosticados de COCE en su calidad de vida.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. MATERIAL

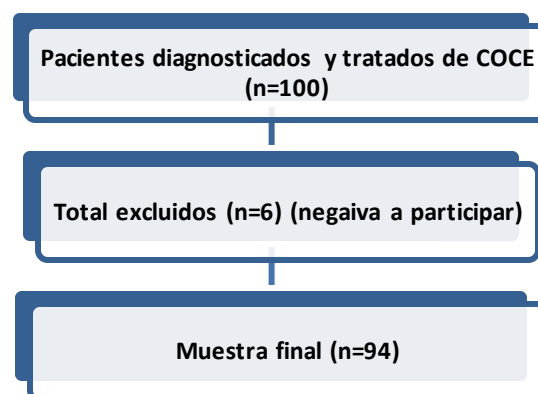
3.1.1. Muestra clínica

La muestra de este estudio transversal, estaba formada por 100 pacientes diagnosticados y tratados de carcinoma oral de células escamosas (COCE) en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia (España). El estudio fue realizado en las consultas ambulatorias de dicho servicio, durante el período de tiempo comprendido entre octubre de 2009 y enero de 2011.

El estudio fue llevado a cabo de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki (Anexo 1). Todos los participantes eran voluntarios no remunerados.

De los 100 pacientes con COCE tratados en dicho Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial a los que se les invitó a participar en el estudio, 6 rechazaron participar en el estudio. Por lo que la muestra final estaba formada por 94 pacientes (Diagrama 1).

Diagrama 1: Descripción de la muestra del estudio.



3.1.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico clínico-patológico de COCE locoregional que haya recibido tratamiento previo al estudio.
- Presentar una esperanza de vida ≥ 2 meses.
- Tener una valoración del estado de salud general (según la escala de Karnofsky) $\geq 60\%$.
- Ausencia de disfunciones cognitivas.
- Tener más de 18 años.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Padecer alguna enfermedad psíquica o neurológica que impidiera la correcta comprensión de los test usados en el estudio y por consiguiente dificultara el correcto desarrollo de la encuesta.
- Presencia de incapacidades físicas o funcionales.
- Pacientes con evidencia de metástasis.
- Mujeres embarazadas.

3.1.3. Cuestionario de salud SF-36 (SF-36)

Encuesta validada en español del Medical Outcome Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36) original. Es un test que permite conocer la calidad de vida general de un paciente. Consta de 36 preguntas divididas en 8 dominios diferentes.

Cada pregunta se contesta con un rango de puntuación de 0 a 100 puntos:

- 0 = peor calidad de vida.
- 100 = mejor calidad de vida.

Cada uno de los 8 dominios presenta el siguiente posible rango de puntuación:

- Funcionamiento físico (10 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 10 items, de 0-100.
- Rol físico (4 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 4 items, de 0-100.
- Dolor corporal (2 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 2 items, de 0-100.
- Salud general (6 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 6 items, de 0-100.
- Vitalidad (4 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 4 items, de 0-100.
- Funcionamiento social (2 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 2 items, de 0-100.
- Rol emocional (3 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 3 items, de 0-100.
- Salud mental (5 items): posible rango, obtenido del valor medio entre los 5 items, de 0-100.

3.1.4. Cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-C30

Encuesta validada en español del cuestionario de la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer) para valorar el estado de la calidad de vida de pacientes tratados de cáncer.

En este estudio hemos usado la versión 3.0, compuesta por 30 ítems para valorar los 4 grandes grupos de estudio.

Grupo 1: Formado por 5 escalas funcionales:

- Funcionamiento físico (5 ítems): cuestiones 1-5.
- Rol de funcionamiento (2 ítems): cuestiones 6 y 7.
- Funcionamiento emocional (4 ítems): cuestiones 21-24.
- Funcionamiento cognitivo (2 ítems): cuestiones 20 y 25.
- Funcionamiento social (2 ítems): cuestiones 26 y 27.

Grupo 2: Formado por 1 escala de compromiso global o salud global (2 ítems) 29 y 30.

Grupo 3: Formado por 3 escalas de síntomas:

- Fatiga (3 ítems): cuestiones 10, 12 y 18.
- Náuseas y vómitos (2 ítems): cuestiones 14 y 15.
- Dolor (2 ítems): cuestiones 9 y 19.

Grupo 4: Formado por 6 escalas únicas (compuestas por un solo ítem):

- Disnea: cuestión 8.
- Insomnio: cuestión 11.
- Pérdida de apetito: cuestión 13.
- Estreñimiento: cuestión 16.
- Diarrea: cuestión 17.
- Dificultad financiera: cuestión 28.

Las posibles respuestas a cada una de las cuestiones del **grupo 1**, formado por 5 escalas funcionales y un total de 15 cuestiones, son:

- Mucho = 0.
- Bastante = 33,33.
- Un poco = 66,66.
- En absoluto = 100.

Las posibles respuestas a cada una de las cuestiones del **grupo 2**, formado por 1 escala de compromiso global o salud global y un total de 2 cuestiones, van de 1 (pésima) a 7 (excelente) donde:

- 1 = 0.
- 2 = 16,66.
- 3 = 33,32.
- 4 = 49,98.
- 5 = 66,64.
- 6 = 83,33.
- 7 = 100.

Las posibles respuestas a cada una de las cuestiones del **grupo 3**, formado por 3 escalas de síntomas y un total de 7 cuestiones, son:

- Mucho = 0.
- Bastante = 33,33.
- Un poco = 66,66.
- En absoluto = 100.

Las posibles respuestas a cada una de las cuestiones del **grupo 4**, formado por 6 escalas únicas (compuestas por un solo ítem) y un total de 7 cuestiones, son:

- Mucho = 0.
- Bastante = 33,33.
- Un poco = 66,66.
- En absoluto = 100.

Por lo tanto, cada una de las escalas que componen los **4 grandes grupos de estudio** que forman el cuestionario EORTC QLQ-C30 se puntúan de 0 a 100:

- 0 = peor calidad de vida.
- 100 = mejor calidad de vida.

3.1.5. Cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-H&N35

Encuesta validada en español del cuestionario de la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer) para valorar el estado de la calidad de vida de pacientes tratados de cáncer de cabeza y cuello.

Este cuestionario está compuesto por 35 ítems para valorar los **2 grandes grupos de estudio**:

Grupo 1: Formado por 7 escalas de compromiso:

- Dolor (4 ítems): cuestiones 1-3 y 17.
- Tragar (5 ítems): cuestiones 4-8.
- Sentidos (2 ítems): cuestiones 13 y 14.
- Habla (3 ítems): 16, 23 y 24.
- Comida social (4 ítems): 19-22.
- Contacto social (5 ítems): 18 y 25-28.
- Sexualidad (2 ítems): cuestiones 29 y 30.

Grupo 2: Formado por 10 escalas únicas (compuestas por un solo ítem):

- Dientes: cuestión 9.
- Boca seca: cuestión 11.
- Saliva pegajosa: cuestión 12.
- Toser: cuestión 15.
- Abriendo la boca grande: cuestión 10.
- Pérdida de peso: cuestión 34.
- Ganar peso: cuestión 35.
- Uso de suplementos nutricionales: cuestión 32.
- Uso de tubo de alimentación: cuestión 33.
- Medicamentos para el dolor: cuestión 31.

Las posibles respuestas a cada una de las cuestiones del **grupo 1**, formado por 7 escalas de compromiso y un total de 24 cuestiones, son:

- Mucho = 0.
- Bastante = 33,33.
- Un poco = 66,66.
- En absoluto = 100.

Las posibles respuestas a cada una de las cuestiones del **grupo 2**, formado por 10 escalas únicas (compuestas por un solo ítem) y un total de 10 cuestiones, son:

Para las cuestiones 9-12 y 15:

- Mucho = 0.
- Bastante = 33,33.
- Un poco = 66,66.
- En absoluto = 100.
-

Para las cuestiones 31-35:

- Sí = 0.
- No = 100.

Por lo tanto, cada una de las escalas que componen los **2 grandes grupos de estudio** que forman el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 se puntúan de 0 a 100:

- 0 = peor calidad de vida.
- 100 = mejor calidad de vida.

3.2. MÉTODOS

El diseño de este estudio fue un estudio clínico de carácter transversal uni-centro sobre la calidad de vida de pacientes diagnosticados y tratados de COCE. El planteamiento metodológico utilizado en este estudio fue la entrevista presencial, mediante la cual se obtuvieron los datos de cada paciente tras la aceptación verbal y firma del consentimiento informado para participar en el estudio.

A todos los pacientes se les informó que la participación en el estudio era voluntaria y que la decisión de no participar en él no afectaría a su relación médico-paciente dentro del servicio, y que en cualquier momento del estudio los pacientes podían revocar su consentimiento informado (Anexo 2).

La muestra final estaba compuesta por 94 pacientes con COCE diagnosticados y tratados en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, que fueron incluidos de forma consecutiva cuando acudían a la consulta ambulatoria de dicho servicio, para una revisión rutinaria o de control.

Todas las encuestas fueron realizadas por el mismo entrevistador previamente entrenado. Inicialmente se informaba al paciente del motivo del estudio, de la confidencialidad y de la protección de los datos obtenidos. Finalmente, se realizaba la presentación de la temática y finalidad del estudio y una vez que el paciente aceptaba su participación, se realizaban las encuestas.

3.2.1. Protocolo de recogida de datos (Anexo 4)

Datos de filiación:

En todos los pacientes fueron recogidos los siguientes datos:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo y nivel de estudios.
- Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.
- Año de diagnóstico y de tratamiento del COCE.
- Localización.
- Estadio TNM.
- Tratamiento recibido.
- Posible recidiva: año de la recidiva y tratamiento de la misma.

Datos sobre la calidad de vida de los pacientes:

A continuación, fueron cumplimentados correctamente los cuestionarios:

- SF-36.
- QLQ-C30.
- QLQ-H&N35.

3.2.2. Tratamiento estadístico

Analizamos los datos estadísticos con el paquete de software SPSS® versión 12.0 (SPSS® Inc, Chicago, USA) para Windows, en el cual hemos efectuado los siguientes procedimientos estadísticos:

- **Estadística descriptiva:** En primer lugar, para el análisis descriptivo de la distribución general de la muestra, así como para el análisis de cada una de las variables (tanto en conjunto como para cada uno de los subgrupos); se han hallado valores tales como: media, desviación típica, mediana y los valores máximos y mínimos (rango).

La edad de los pacientes fue dividida en cuatro categorías, seleccionadas por los puntos de corte de los percentiles 25, 50 y 100.

- **Estadística inferencial:** En segundo lugar, para el análisis comparativo de las variables se consideró que la hipótesis nula (existencia de una relación de independencia entre las variables), se debería rechazar (cuando esta se rechaza, se considera que la relación entre las variables es de dependencia), cuando la probabilidad mínima de rechazo (el llamado “p-valor”) no sea superior al nivel crítico estándar de 0.05.

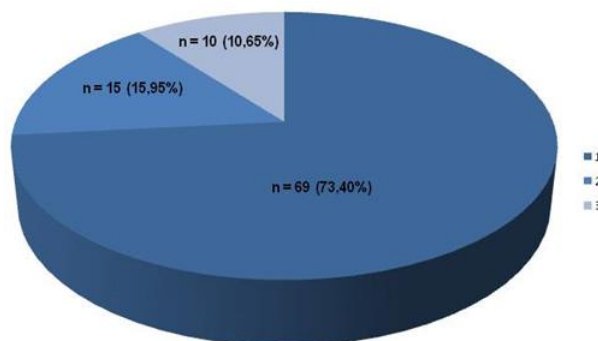
Comprobamos la normalidad en la distribución de la muestra mediante el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y el test de homogeneidad de la varianza de Levene, y los datos no mostraron una distribución normal por lo que fueron analizados mediante test no paramétricos. Los test no paramétricos utilizados para el estudio de las asociaciones entre variables cuantitativas continuas fueron el test U-de Mann-Whitney (para comparar dos muestras) y el test Kruskal-Wallis (para más de dos muestras).

4. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Nuestra muestra estaba formada por 94 pacientes diagnosticados y tratados de COCE, 57 hombres (60,63%) y 37 mujeres (39,37%), con una edad media de $64,06 \pm 11,81$ (rango 36-87) años. Respecto al nivel de estudios, sólo 10 pacientes (10,65%) tenían estudios universitarios (Gráfico 1).

Gráfico 1: Nivel de estudios de la muestra (1 = Estudios primarios; 2 = Estudios secundarios; 3 = Estudios universitarios).



Respecto al consumo de hábitos tóxicos, el 63,82% (Gráfico 2) de la muestra eran fumadores y un 48,94% consumían alcohol (Gráfico 3).

Gráfico 2: Consumo de tabaco (1 = Sí; 2 = No).

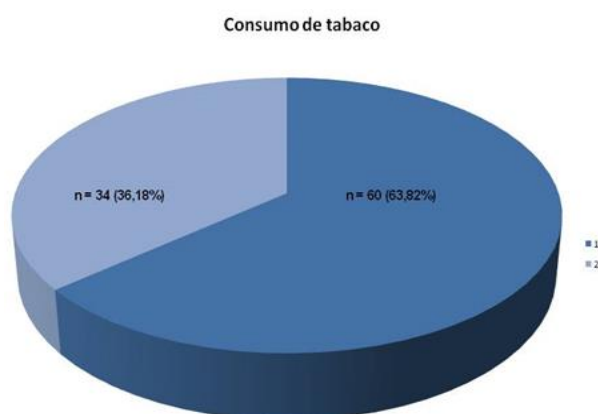
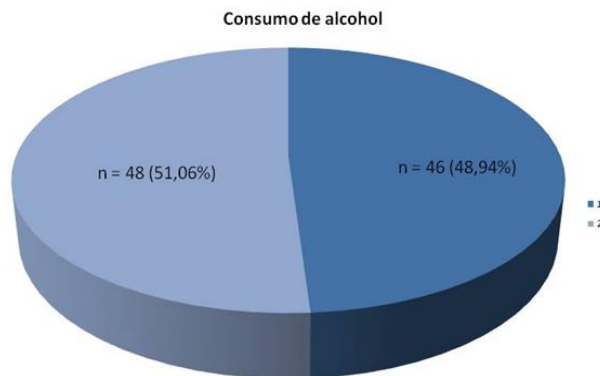
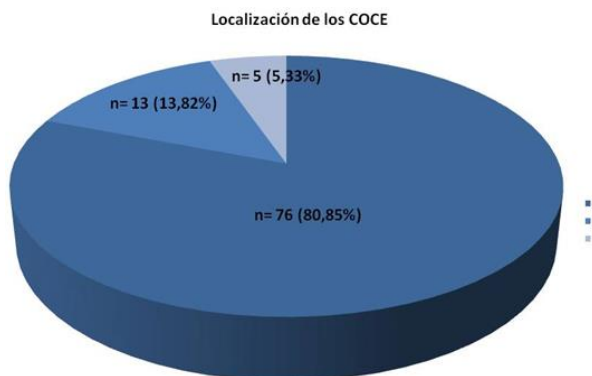
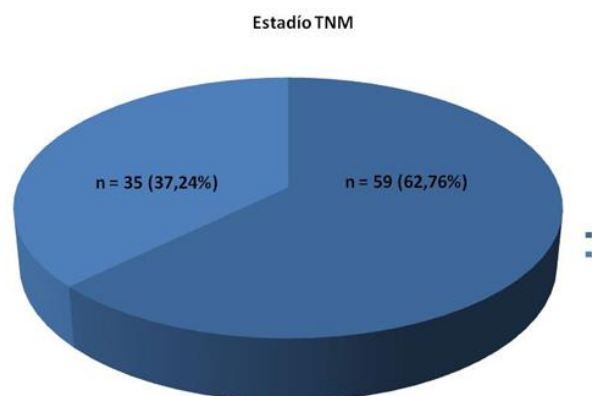


Gráfico 3: Consumo de alcohol (1 = Sí; 2 = No).

De los 94 pacientes incluidos en el estudio, 76 (80,85%) presentaban cánceres localizados en mucosa oral (Gráfico 4).

Gráfico 4: Localización de los COCE (1 = Mucosa oral; 2 = Glándulas salivales; 3 = Amígdala o laringe).

En relación al estadio TNM de los cánceres incluidos en este estudio, 4n 37,24% presentaban un estadio avanzado (III o IV) (Gráfico 5).

Gráfico 5: Estadío TNM de los COCE (1 = I + II; 2 = III +IV).

Respecto al tratamiento, 69 cánceres (73,40%) fueron tratados exclusivamente con cirugía (Gráfico 6).

Gráfico 6: Tratamiento de los COCE (1 = Cirugía; 2 = Cirugía + Radioterapia y/o Quimioterapia).



Finalmente, el tiempo medio transcurrido desde el tratamiento fue de $5,29 \pm 4,20$ (rango 1-27) años (Gráfico 7).

Gráfico 7: Tiempo transcurrido desde el tratamiento (1 = ≤ 5 años; 2 = >5 años).



En las tablas 1, 2 y 3 podemos observar las puntuaciones obtenidas por el total de la muestra (n = 94) en los cuestionarios SF-36, EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-H&N35.

Tabla 1: SF-36

SF-36	Pacientes tratados de cáncer oral (n=94) media \pm DT*
Funcionamiento físico	63,24 \pm 28,41
Rol físico	59,56 \pm 42,48
Dolor corporal	66,40 \pm 24,57
Salud general	50,89 \pm 19,51
Vitalidad	51,22 \pm 21,57
Funcionamiento social	74,67 \pm 26,19
Rol emocional	66,66 \pm 45,33
Salud mental	64,29 \pm 19,01
* DT = desviación típica	

Tabla 2: EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30	Pacientes tratados de cáncer oral (n=94) media \pm DT*
Escalas funcionales	
Funcionamiento físico	81,83 \pm 20,73
Funcionamiento rol	84,21 \pm 21,91
Funcionamiento emocional	74,81 \pm 21,55
Funcionamiento cognitivo	84,04 \pm 21,43
Funcionamiento social	83,68 \pm 21,02
Escala de salud global	59,91 \pm 22,90
Escalas de síntomas	
Fatiga	71,86 \pm 24,15
Náuseas y vómitos	96,98 \pm 10,36
Dolor	70,74 \pm 23,65
Preguntas de un solo ítem	
Disnea	92,19 \pm 17,91
Insomnio	72,69 \pm 31,28
Pérdida de apetito	75,88 \pm 26,50
Estreñimiento	85,45 \pm 23,72
Diarrea	95,74 \pm 13,14
Dificultad financiera	87,05 \pm 19,57
* DT = desviación típica	

Tabla 3: EORTC QLQ-H&N35

EORTC QLQ-H&N35	Pacientes tratados de cáncer oral (n=94) media \pm DT*
Escalas de compromiso	
Dolor	70,66 \pm 19,82
Tragar	87,65 \pm 16,93
Sentidos	86,58 \pm 18,01
Habla	90,09 \pm 18,82
Alimentación en sociedad	76,50 \pm 26,03
Contacto social	92,12 \pm 13,93
Sexualidad	46,80 \pm 39,35
Preguntas de un solo ítem	
Dientes	60,28 \pm 36,34
Boca seca	54,60 \pm 29,26
Saliva pegajosa	61,34 \pm 31,41
Tos	86,52 \pm 20,92
Máxima apertura bucal	73,75 \pm 30,08
Pérdida de peso	67,02 \pm 47,26
Aumento de peso	85,20 \pm 35,57
Uso de complementos nutricionales	72,34 \pm 44,97
Uso de un tubo para alimentarse	94,68 \pm 22,56
Uso de analgésicos	27,65 \pm 44,97
* DT = desviación típica	

4.1.1. Estudio de la relación entre la edad de los pacientes y la calidad de vida

Al estudiar la posible relación entre la edad de los pacientes y la afectación de su calidad de vida observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes con más de 75 años presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: funcionamiento físico ($p < 0,001$), rol físico ($p = 0,042$), dolor corporal ($p = 0,011$), salud general ($p = 0,001$) y vitalidad ($p = 0,001$) (Tabla 4).

Tabla 4: Comparación de la calidad de vida a través del SF-36 en relación a la edad de los pacientes (Test H de Kruskal-Wallis).

SF-36	≤55 años (n=24) mediana (rango)	56-65 años (n=25) mediana (rango)	66-75 años (n=28) mediana (rango)	>75 años (n=17) mediana (rango)	p-valor
Funcionamiento físico	82,50 (25-100)	75 (0-100)	55 (30-100)	20 (0-90)	<0,001
Rol físico	100 (0-100)	100 (0-100)	50 (0-100)	25 (0-100)	0,042
Dolor corporal	78,75 (22,50-100)	80 (0-100)	67,50 (32,50-100)	45 (10-100)	0,011
Salud general	58,33 (20,83-100)	54,16 (0-91,66)	45,83 (20,83-87,50)	37,50 (12,50-75)	0,001
Vitalidad	60 (20-100)	55 (10-100)	50 (15-85)	40 (10-85)	0,001
Funcionamiento social	87,50 (25-100)	87,50 (12,50-100)	75 (25-100)	62,50 (15-100)	0,097
Rol emocional	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,773
Salud mental	70 (24-100)	72 (4-96)	66 (32-92)	56 (16-84)	0,058

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 los pacientes con más de 75 años presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: funcionamiento físico ($p=0,001$), rol de funcionamiento ($p=0,009$), funcionamiento cognitivo ($p<0,001$), salud general ($p<0,001$), fatiga ($p=0,003$), dolor ($p=0,009$), insomnio ($p=0,016$), pérdida de apetito ($p=0,002$) y estreñimiento ($p=0,006$) (Tabla 5).

Tabla 5: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-C30 en relación a la edad de los pacientes (Test H de Kruskal-Wallis).

EORTC QLQ-C30	≤55 años (n=24) mediana (rango)	56-65 años (n=25) mediana (rango)	66-75 años (n=28) mediana (rango)	>75 años (n=17) mediana (rango)	p-valor
Escalas funcionales					
Funcionamiento físico	93,33 (46,66-100)	93,33 (33,33-100)	86,66 (40-100)	73,32 (19,99-100)	0,001
Funcionamiento rol	100 (50-100)	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	66,66 (33,33-100)	0,009
Funcionamiento emocional	83,33 (24,99-100)	83,33 (8,33-100)	79,16 (33,33-100)	66,66 (0-100)	0,226
Funcionamiento cognitivo	100 (66,66-100)	100 (16,66-100)	83,33 (0-100)	66,66 (16,66-100)	<0,001
Funcionamiento social	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	91,66 (33,33-100)	83,33 (33,33-100)	0,599
Escala de salud global	70,81 (16,66-100)	66,64 (16,66-100)	49,98 (33,32-91,66)	33,32 (16,66-83,33)	<0,001
Escalas de síntomas					
Fatiga	88,88 (11,11-100)	77,77 (22,22-100)	66,66 (33,33-100)	55,55 (11,11-100)	0,003
Náuseas y vómitos	100 (100-100)	100 (33,33-100)	100 (49,99-100)	100 (83,33-100)	0,265
Dolor	83,33 (33,33-100)	83,33 (0-100)	66,66 (33,33-100)	66,66 (0-100)	0,009
Preguntas de un solo ítem					
Disnea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	100 (33,33-100)	0,351
Insomnio	100 (0-100)	100 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,016
Pérdida de apetito	100 (33,33-100)	66,66 (33,33-100)	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,002
Estreñimiento	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	100 (0-100)	66,66 (33,33-100)	0,006
Diarrea	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	100 (33,33-100)	100 (100-100)	0,430
Dificultad financiera	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	100 (66,66-100)	0,184

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 los pacientes con más de 75 años presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a la escala de sexualidad ($p < 0,001$) (Tabla 6).

Tabla 6: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-H&N35 en relación a la edad de los pacientes (Test H de Kruskal-Wallis).

EORTC QLQ-H&N35	≤55 años (n=24) mediana (rango)	56-65 años (n=25) mediana (rango)	66-75 años (n=28) mediana (rango)	>75 años (n=17) mediana (rango)	p-valor
Escalas de compromiso					
Dolor	79,16 (8,33-100)	74,99 (16,66-100)	74,99 (41,66-100)	66,66 (16,66-91,66)	0,212
Tragar	96,66 (46,66-100)	93,33 (0-100)	93,33 (59,99-100)	93,33 (53,32-100)	0,921
Sentidos	86,10 (0-100)	83,33 (66,66-100)	100 (49,99-100)	100 (49,99-100)	0,344
Habla	90,27 (0-100)	100 (33,33-100)	100 (44,44-100)	100 (44,44-100)	0,125
Alimentación en sociedad	79,16 (0-100)	83,33 (0-100)	83,33 (16,66-100)	91,66 (33,33-100)	0,887
Contacto social	100 (66,66-100)	100 (26,66-100)	100 (53,33-100)	100 (59,99-100)	0,718
Sexualidad	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0 (0-100)	0 (0-100)	<0,001
Preguntas de un solo ítem					
Dientes	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,853
Boca seca	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (33,33-66,66)	0,791
Saliva pegajosa	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,559
Tos	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	100 (33,33-100)	0,142
Máxima apertura bucal	100 (0-100)	66,66 (0-100)	83,33 (33,33-100)	66,66 (33,33-100)	0,710
Pérdida de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,514
Aumento de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,140
Uso de complementos nutricionales	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,414
Uso de un tubo para alimentarse	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,650
Uso de analgésicos	0 (0-100)	0 (0-100)	0 (0-100)	0 (0-100)	0,090

4.1.2. Estudio de la relación entre el sexo de los pacientes y la calidad de vida

Al estudiar la posible relación entre el sexo de los pacientes y la afectación de su calidad de vida observamos que en el cuestionario SF-36 las mujeres presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: rol emocional ($p=0,007$) y salud mental ($p=0,006$) (Tabla 7).

Tabla 7: Comparación de la calidad de vida a través del SF-36 en relación a el sexo de los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

SF-36	Hombre (n=57) mediana (rango)	Mujer (n=37) mediana (rango)	<i>p-valor</i>
Funcionamiento físico	70 (0-100)	60 (0-100)	0,889
Rol físico	100 (0-100)	50 (0-100)	0,346
Dolor corporal	67,50 (0-100)	67,50 (10-100)	0,120
Salud general	50 (0-100)	50 (12,50-75)	0,242
Vitalidad	50 (10-100)	50 (15-85)	0,405
Funcionamiento social	87,50 (12,50-100)	75 (15-100)	0,781
Rol emocional	100 (0-100)	66,66 (0-100)	0,007
Salud mental	72 (4-100)	60 (16-88)	0,006

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 las mujeres presentaron peor calidad de vida excepto en el ítem que hace referencia a la dificultad financiera, donde los hombres mostraron que las dificultades financieras afectaban más a su calidad de vida que a las mujeres, observando diferencias estadísticamente significativas ($p=0,022$) (Tabla 8).

Tabla 8: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-C30 en relación a el sexo de los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-C30	Hombre (n=57) mediana (rango)	Mujer (n=37) mediana (rango)	p-valor
Escalas funcionales			
Funcionamiento físico	86,66 (19,99-100)	86,66 (33,33-100)	0,767
Funcionamiento rol	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,930
Funcionamiento emocional	83,33 (8,33-100)	74,99 (0-100)	0,172
Funcionamiento cognitivo	100 (0-100)	83,33 (33,33-100)	0,397
Funcionamiento social	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	1,000
Escala de salud global	66,64 (16,66-100)	49,98 (16,66-91,66)	0,559
Escalas de síntomas			
Fatiga	66,66 (11,11-100)	77,77 (11,11-100)	0,640
Náuseas y vómitos	100 (33,33-100)	100 (49,99-100)	0,948
Dolor	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,281
Preguntas de un solo ítem			
Disnea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,652
Insomnio	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,284
Pérdida de apetito	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,646
Estreñimiento	100 (33,33-100)	100 (0-100)	0,699
Diarrea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,954
Dificultad financiera	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	0,022

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 las mujeres presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: la escala de sexualidad ($p=0,044$), tos ($p=0,026$), uso de tubo de alimentación ($p=0,005$) y uso de analgésicos ($p=0,003$) (Tabla 9).

Tabla 9: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-H&N35 en relación a el sexo de los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-H&N35	Hombre (n=57) mediana (rango)	Mujer (n=37) mediana (rango)	p-valor
Escalas de compromiso			
Dolor	74,99 (8,33-100)	66,66 (16,66-100)	0,653
Tragar	93,33 (0-100)	93,33 (46,66-100)	0,779
Sentidos	100 (33,33-100)	88,88 (0-100)	0,653
Habla	100 (33,33-100)	100 (0-100)	0,516
Alimentación en sociedad	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,441
Contacto social	100 (26,66-100)	100 (66,66-100)	0,408
Sexualidad	66,66 (0-100)	33,33 (0-100)	0,044
Preguntas de un solo ítem			
Dientes	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,159
Boca seca	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,693
Saliva pegajosa	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,404
Tos	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,026
Máxima apertura bucal	66,66 (0-100)	100 (33,33-100)	0,403
Pérdida de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,422
Aumento de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,153
Uso de complementos nutricionales	100 (0-100)	100 (0-100)	0,129
Uso de un tubo para alimentarse	100 (0-100)	100 (0-100)	0,005
Uso de analgésicos	0 (0-100)	0 (0-100)	0,003

4.1.3. Estudio de la relación entre la localización de los COCE y la calidad de vida

Al estudiar la posible relación entre la localización y la afectación de su calidad de vida observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes con cánceres localizados en mucosa oral presentaron peor calidad de vida. Este tipo de cánceres tenían mayor afectación en casi todos los ítems estudiados: funcionamiento físico, rol físico, salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental. Los pacientes con cánceres localizados en glándulas salivales mostraron peor calidad de vida respecto al dolor corporal (Tabla 10).

Tabla 10: Comparación de la calidad de vida a través del SF-36 en relación a la localización del cáncer (Test H de Kruskal-Wallis).

SF-36	Mucosa oral (n=76) mediana (rango)	Glándulas salivales (n=13) mediana (rango)	Amígdala o laringe (n=5) mediana(rango)	p-valor
Funcionamiento físico	62,50 (0-100)	70 (0-100)	90 (80-95)	0,146
Rol físico	75 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,562
Dolor corporal	67,50 (0-100)	45 (10-100)	67,50 (55-100)	0,312
Salud general	50 (0-100)	50 (16,66-66,66)	58,33 (50-100)	0,242
Vitalidad	50 (0-100)	50 (10-85)	55 (50-95)	0,364
Funcionamiento social	75 (25-100)	87,50 (12,50-100)	75 (75-100)	0,708
Rol emocional	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,906
Salud mental	68 (4-100)	68 (16-84)	68 (48-92)	0,824

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 los pacientes con cánceres localizados en mucosa oral presentaron peor calidad de vida. Este tipo de cánceres tenían mayor afectación en casi todos los ítems estudiados: funcionamiento emocional, salud global, dolor e insomnio. Los pacientes con cánceres localizados en glándulas salivales mostraron peor calidad de vida respecto al rol de funcionamiento, funcionamiento cognitivo y a la fatiga (Tabla 11).

Tabla 11: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-C30 en relación a la localización del cáncer (Test H de Kruskal-Wallis).

EORTC QLQ-C30	Mucosa oral (n=76) mediana (rango)	Glándulas salivales (n=13) mediana (rango)	Amígdala o laringe (n=5) mediana (rango)	p-valor
Escalas funcionales				
Funcionamiento físico	86,66 (19,99-100)	86,66 (19,99-100)	100 (86,66-100)	0,078
Funcionamiento rol	100 (33,33-100)	83,33 (33,33-100)	100 (100-100)	0,097
Funcionamiento emocional	79,16 (0-100)	83,33 (25-100)	83,33 (66,66-100)	0,702
Funcionamiento cognitivo	91,66 (33,33-100)	83,33 (0-100)	100 (83,33-100)	0,217
Funcionamiento social	100 (33,33-100)	66,66 (33,33-100)	100 (83,33-100)	0,026
Escala de salud global	49,98 (16,66-100)	66,64 (24,99-100)	66,64 (49,98-100)	0,544
Escalas de síntomas				
Fatiga	77,77 (11,11-100)	66,66 (33,33-100)	88,88 (66,66-100)	0,429
Nauseas y vómitos	100 (33,33-100)	100 (83,33-100)	100 (66,66-100)	0,633
Dolor	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	83,33 (66,66-100)	0,270
Preguntas de un solo ítem				
Disnea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	0,378
Insomnio	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	100 (66,66-100)	0,318
Pérdida de apetito	66,66 (0-100)	100 (0-100)	66,66 (66,66-100)	0,983
Estreñimiento	100 (0-100)	66,66 (33,33-100)	100 (66,66-100)	0,016
Diarrea	100 (33,33-100)	100 (100-100)	100 (100-100)	0,270
Dificultad financiera	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	100 (66,66-100)	0,951

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 los pacientes mostraron una importante afectación de su calidad de vida con independencia de la localización de los COCE. Los pacientes con cánceres localizados en mucosa oral mostraron mayor afectación respecto a su alimentación en sociedad, mientras que los localizados en glándulas salivales y amígdala o laringe presentaban una mayor afectación de su calidad de vida en relación con el dolor (Tabla 12).

Tabla 12: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-H&N35 en relación a la localización del cáncer (Test H de Kruskal-Wallis).

EORTC QLQ-H&N35	Mucosa oral (n=76) mediana (rango)	Glándulas salivales (n=13) mediana (rango)	Amígdala o laringe (n=5) mediana (rango)	p-valor
Escalas de compromiso				
Dolor	74,99 (8,33-100)	66,66 (16,66-100)	66,66 (66,66-100)	0,605
Tragar	93,33 (0-100)	100 (53,32-100)	86,66 (46,66-100)	0,713
Sentidos	86,10 (0-100)	100 (66,66-100)	83,33 (50-100)	0,754
Habla	100 (33,33-100)	88,88 (0-100)	100 (77,77-100)	0,126
Alimentación en sociedad	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	83,33 (58,32-100)	0,729
Contacto social	100 (53,33-100)	86,66 (26,66-100)	100 (86,66-100)	0,092
Sexualidad	33,33 (0-100)	33,33 (0-100)	66,66 (49,99-100)	0,379
Preguntas de un solo ítem				
Dientes	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	100 (66,66-100)	0,083
Boca seca	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	66,66 (33,33-100)	0,308
Saliva pegajosa	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	100 (66,66-100)	0,143
Tos	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	0,766
Máxima apertura bucal	66,66 (0-100)	100 (0-100)	66,66 (66,66-100)	0,976
Pérdida de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (0-100)	0,558
Aumento de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (100-100)	0,633
Uso de complementos nutricionales	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (100-100)	0,267
Uso de un tubo para alimentarse	100 (0-100)	100 (0-100)	100 (100-100)	0,539
Uso de analgésicos	0 (0-100)	0 (0-100)	0 (0-100)	0,902

4.1.4. Estudio de la relación entre el estadio TNM de los COCE y la calidad de vida

Al estudiar la posible relación entre el estadio TNM de los cánceres y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes tratados de cánceres con estadios III o IV presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados: funcionamiento físico, dolor corporal, salud general y salud mental (Tabla 13).

Tabla 13: Comparación de la calidad de vida a través del SF-36 en relación al estadio TNM de los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

SF-36	I + II (n=59) mediana (rango)	III + IV (n=35) mediana (rango)	p-valor
Funcionamiento físico	70 (0-100)	65 (0-100)	0,323
Rol físico	75 (0-100)	75 (0-100)	0,492
Dolor corporal	67,50 (22,50-100)	67,50 (0-100)	0,679
Salud general	50 (12,50-91,66)	50 (0-100)	0,885
Vitalidad	50 (10-100)	50 (10-100)	0,750
Funcionamiento social	75 (12,50-100)	87,50 (15-100)	0,819
Rol emocional	100 (0-100)	100 (0-100)	0,358
Salud mental	68 (20-96)	64 (4-100)	0,835

Sin embargo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 no se observó una marcada afectación de la calidad de vida en relación con un estadio TNM mayor; no obstante, los pacientes tratados de cánceres con estadios III o IV presentaron peor calidad de vida respecto a la salud global (Tabla 14).

Tabla 14: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-C30 en relación al estadio TNM de los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-C30	I + II (n=59) mediana (rango)	III + IV (n=35) mediana (rango)	<i>p</i> -valor
Escalas funcionales			
Funcionamiento físico	86,66 (19,99-100)	86,66 (19,99-100)	0,515
Funcionamiento rol	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,739
Funcionamiento emocional	83,33 (0-100)	83,33 (8,33-100)	0,425
Funcionamiento cognitivo	83,33 (0-100)	100 (16,66-100)	0,949
Funcionamiento social	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,580
Escala de salud global	66,64 (16,66-100)	49,98 (16,66-100)	0,981
Escalas de síntomas			
Fatiga	77,77 (11,11-100)	66,66 (22,22-100)	0,557
Náuseas y vómitos	100 (49,99-100)	100 (33,33-100)	0,028
Dolor	66,66 (16,66-100)	83,33 (0-100)	0,546
Preguntas de un solo ítem			
Disnea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,378
Insomnio	100 (0-100)	66,66 (0-100)	0,374
Pérdida de apetito	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,618
Estreñimiento	100 (0-100)	100 (33,33-100)	0,117
Diarrea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,380
Dificultad financiera	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,213

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 tampoco observamos una marcada afectación de la calidad de vida en relación con un estadio TNM mayor; sin embargo, los pacientes tratados de cánceres con estadios III o IV presentaron peor calidad de vida respecto a su capacidad de deglución, observándose menores puntuaciones en los ítems que hacen referencia a la capacidad para tragar o a la dificultad para conseguir una máxima apertura bucal correcta (Tabla 15).

Tabla 15: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-H&N35 en relación al estadio TNM de los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-H&N35	I + II (n=59) mediana (rango)	III + IV (n=35) mediana (rango)	p-valor
Escalas de compromiso			
Dolor	74,99 (16,66-100)	74,99 (8,33-100)	0,803
Tragar	93,33 (39,99-100)	86,66 (0-100)	0,079
Sentidos	83,33 (0-100)	100 (49,99-100)	0,671
Habla	100 (0-100)	100 (33,33-100)	0,300
Alimentación en sociedad	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,620
Contacto social	100 (26,66-100)	100 (53,33-100)	0,894
Sexualidad	33,33 (0-100)	33,33 (0-100)	0,984
Preguntas de un solo ítem			
Dientes	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,090
Boca seca	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,290
Saliva pegajosa	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,615
Tos	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,224
Máxima apertura bucal	100 (0-100)	66,66 (0-100)	0,314
Pérdida de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,511
Aumento de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,308
Uso de complementos nutricionales	100 (0-100)	100 (0-100)	0,115
Uso de un tubo para alimentarse	100 (0-100)	100 (0-100)	0,896
Uso de analgésicos	0 (0-100)	0 (0-100)	0,880

4.1.5. Estudio de la relación entre el tratamiento de los COCE y la calidad de vida

Al estudiar la posible relación entre el tratamiento de los cánceres y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes con cánceres tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia presentaron peor calidad de vida en todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas respecto al dolor corporal ($p=0,036$) (Tabla 16).

Tabla 16: Comparación de la calidad de vida a través del SF-36 en relación a el tratamiento del cáncer recibido por los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

SF-36	Cirugía (n=69) mediana (rango)	Cirugía + Radioterapia y/o Quimioterapia (n=25) mediana (rango)	p-valor
Funcionamiento físico	70 (0-100)	60 (0-100)	0,052
Rol físico	100 (0-100)	50 (0-100)	0,146
Dolor corporal	67,50 (22,50-100)	55 (0-100)	0,036
Salud general	50 (12,50-100)	50 (0-87,50)	0,803
Vitalidad	50 (10-100)	50 (10-100)	0,310
Funcionamiento social	87,50 (25-100)	75 (12,50-100)	0,067
Rol emocional	100 (0-100)	66,66 (0-100)	0,053
Salud mental	68 (20-100)	56 (4-96)	0,278

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 los pacientes con cánceres tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas respecto al funcionamiento físico ($p=0,030$), la fatiga ($p=0,045$) y diarrea ($p=0,010$). Sin embargo, los pacientes que habían sido tratados sólo con cirugía presentaron peor calidad de vida respecto a la salud global (Tabla 17).

Tabla 17: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-C30 en relación a el tratamiento del cáncer recibido por los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-C30	Cirugía (n=69) mediana (rango)	Cirugía + Radioterapia y/o Quimioterapia (n=25) mediana (rango)	p-valor
Escalas funcionales			
Funcionamiento físico	86,66 (19,99-100)	80 (33,33-100)	0,030
Funcionamiento rol	100 (33,33-100)	83,33 (33,33-100)	0,076
Funcionamiento emocional	83,33 (0-100)	74,99 (8,33-100)	0,789
Funcionamiento cognitivo	100 (0-100)	83,33 (16,66-100)	0,516
Funcionamiento social	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,638
Escala de salud global	49,98 (16,66-100)	66,64 (16,66-100)	0,518
Escalas de síntomas			
Fatiga	77,77 (11,11-100)	66,66 (22,22-100)	0,045
Náuseas y vómitos	100 (49,99-100)	100 (33,33-100)	0,077
Dolor	66,66 (16,66-100)	66,66 (0-100)	0,267
Preguntas de un solo ítem			
Disnea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,138
Insomnio	100 (0-100)	66,66 (0-100)	0,096
Pérdida de apetito	66,66 (0-100)	66,66 (33,33-100)	0,358
Estreñimiento	100 (0-100)	100 (33,33-100)	0,843
Diarrea	100 (66,66-100)	100 (33,33-100)	0,010
Dificultad financiera	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,579

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 los pacientes con cánceres tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas en: dolor ($p=0,045$), tragar ($p<0,001$), habla ($p=0,040$), alimentación en sociedad ($p=0,017$), dientes ($p<0,001$), boca seca ($p=0,011$), saliva pegajosa ($p=0,015$), tos ($p=0,001$) y máxima apertura bucal ($p=0,011$) (Tabla 18).

Tabla 18: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-H&N35 en relación a el tratamiento del cáncer recibido por los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-H&N35	Cirugía (n=69) mediana (rango)	Cirugía + Radioterapia y/o Quimioterapia (n=25) mediana (rango)	p-valor
Escalas de compromiso			
Dolor	74,99 (16,66-100)	66,66 (8,33-93,33)	0,045
Tragar	100 (39,99-100)	86,66 (0-100)	<0,001
Sentidos	100 (33,33-100)	83,33 (0-100)	0,051
Habla	100 (44,44-100)	100 (0-100)	0,040
Alimentación en sociedad	91,66 (16,66-100)	74,99 (0-100)	0,017
Contacto social	100 (53,33-100)	100 (26,66-100)	0,236
Sexualidad	49,99 (0-100)	33,33 (0-100)	0,470
Preguntas de un solo ítem			
Dientes	66,66 (0-100)	33,33 (0-100)	<0,001
Boca seca	66,66 (0-100)	33,33 (0-100)	0,011
Saliva pegajosa	66,66 (0-100)	33,33 (0-100)	0,015
Tos	100 (33,33-100)	66,66 (33,33-100)	0,001
Máxima apertura bucal	100 (33,33-100)	66,66 (0-100)	0,011
Pérdida de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,709
Aumento de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,652
Uso de complementos nutricionales	100 (0-100)	100 (0-100)	0,008
Uso de un tubo para alimentarse	100 (0-100)	100 (0-100)	0,169
Uso de analgésicos	0 (0-100)	0 (0-100)	0,965

4.1.6. Estudio de la relación al tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes y la calidad de vida

Al estudiar la posible relación entre el tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes tratados hacía más de 5 años presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas respecto al funcionamiento físico ($p=0,020$) (Tabla 19).

Tabla 19: Comparación de la calidad de vida a través del SF-36 en relación a el tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

SF-36	≤5 años (n=61) mediana (rango)	>5 años (n=33) mediana (rango)	<i>p-valor</i>
Funcionamiento físico	75 (0-100)	60 (0-100)	0,020
Rol físico	75 (0-100)	75 (0-100)	0,866
Dolor corporal	67,50 (0-100)	67,50 (10-100)	0,375
Salud general	50 (0-100)	45,83 (12,50-79,16)	0,289
Vitalidad	50 (10-100)	45 (10-85)	0,072
Funcionamiento social	87,50 (25-100)	75 (12,50-100)	0,842
Rol emocional	100 (0-100)	100 (0-100)	0,450
Salud mental	68 (4-100)	68 (16-96)	0,871

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 los pacientes tratados hacía más de 5 años presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems: funcionamiento físico, funcionamiento cognitivo, salud global, fatiga, estreñimiento y diarrea (Tabla 20).

Tabla 20: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-C30 en relación a el tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-C30	≤5 años (n=61) mediana (rango)	>5 años (n=33) mediana (rango)	<i>p-valor</i>
Escalas funcionales			
Funcionamiento físico	93,33 (19,99-100)	86,66 (19,99-100)	0,054
Funcionamiento rol	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,739
Funcionamiento emocional	74,99 (8,33-100)	83,33 (0-100)	0,562
Funcionamiento cognitivo	100 (0-100)	83,33 (16,66-100)	0,065
Funcionamiento social	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,743
Escala de salud global	66,64 (16,66-100)	49,98 (16,66-100)	0,518
Escalas de síntomas			
Fatiga	77,77 (11,11-100)	66,66 (11,11-100)	0,296
Nauseas y vómitos	100 (33,33-100)	100 (66,66-100)	0,094
Dolor	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,153
Preguntas de un solo ítem			
Disnea	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,887
Insomnio	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,642
Pérdida de apetito	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,812
Estreñimiento	100 (33,33-100)	100 (0-100)	0,478
Diarrea	100 (66,66-100)	100 (33,33-100)	0,667
Dificultad financiera	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,654

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 los pacientes tratados hacía más de 5 años presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems: sentidos, habla, contacto social, sexualidad y máxima apertura bucal (Tabla 21).

Tabla 21: Comparación de la calidad de vida a través del EORTC QLQ-H&N35 en relación a el tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes (Test U de Mann-Whitney).

EORTC QLQ-H&N35	≤5 años (n=61) mediana (rango)	>5 años (n=33) mediana(rango)	p-valor
Escalas de compromiso			
Dolor	66,66 (8,33-100)	74,99 (16,66-100)	0,554
Tragar	93,33 (0-100)	93,33 (46,66-100)	0,450
Sentidos	100 (0-100)	83,33 (49,99-100)	0,585
Habla	100 (33,33-100)	100 (0-100)	0,279
Alimentación en sociedad	83,33 (0-100)	83,33 (0-100)	0,840
Contacto social	100 (53,33-100)	100 (26,66-100)	0,204
Sexualidad	50 (0-100)	33,33 (0-100)	0,229
Preguntas de un solo ítem			
Dientes	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,344
Boca seca	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,330
Saliva pegajosa	66,66 (0-100)	66,66 (0-100)	0,966
Tos	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,897
Máxima apertura bucal	100 (0-100)	66,66 (0-100)	0,054
Pérdida de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,154
Aumento de peso	100 (0-100)	100 (0-100)	0,934
Uso de complementos nutricionales	100 (0-100)	100 (0-100)	0,368
Uso de un tubo para alimentarse	100 (0-100)	100 (0-100)	0,093
Uso de analgésicos	0 (0-100)	0 (0-100)	0,675

5. DISCUSIÓN

Una de las metodologías de estudio que está cobrando más interés en este ámbito es la basada en la utilización de instrumentos que miden la calidad de vida en los pacientes oncológicos, estos estudios se basan en la recogida de información, por medio de cuestionarios, sobre la percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida, en áreas físicas, psicológicas o sociales (Chandu y col 2006; Rogers S.N. y cols 2002; Rogers y cols 2007, Varelay cols 1998; Rogers S.N. y cols 1999).

El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida relacionada con la salud CVRS (Alonso y cols 1995; Alonso y cols 1998; Bjordal y cols 2000, Bjordal K 2001, Infante Cossio y cols 2009).

La importancia de la evaluación de la CVRS radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente. La evaluación de la CVRS también es importante para analizar las posibles diferencias entre tratamientos. La perspectiva del paciente como un enfoque válido en la evaluación de los resultados de una determinada intervención, ha impulsado definitivamente que el conocimiento de la CVRS de los pacientes sea cada vez más importante en la evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas (Arraras y cols 2001; Arraras y cols 2002).

El tratamiento quirúrgico del cáncer de la cavidad bucal implica la extirpación amplia de tejidos y su supervivencia a los 5 años es baja. Teniendo en cuenta la repercusión funcional y estética del tratamiento y su limitada supervivencia, consideramos importante conocer la situación de nuestros pacientes en cuanto a función, estética e integración social; en definitiva, su calidad de vida no sólo en el postoperatorio inmediato, sino también a largo plazo. Es en este punto donde más carencias en cuanto a trabajos publicados hemos encontrado, ya que el período de seguimiento medio de la mayoría de publicaciones no supera los 12 meses (Torres-Carranza y cols 2008, Talmi 2002).

En numerosos estudios se ha utilizado para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer el cuestionario de la EORTC (la Organización Europea para la

Investigación y Tratamiento del Cáncer). Para ello se ha combinado un cuestionario general, QLQ-C30 (versión 3.0), que evalúa áreas comunes a diferentes tumores y tratamientos, el cual se complementa con diferentes módulos que miden aspectos específicos relacionados con la enfermedad y los tratamientos. El cuestionario QLQ-C30 es una herramienta importante para valorar los aspectos generales de la calidad de vida, pero tiene una serie de limitaciones y por lo tanto, se han desarrollado diferentes módulos para la evaluación de aspectos específicos de determinados tipos de tumores. Las preguntas pueden referirse a síntomas relacionados con la enfermedad, los efectos secundarios y otros aspectos relacionados con el tratamiento, o dimensiones adicionales de la calidad de vida como la sexualidad, la imagen corporal o el miedo a una recaída. Uno de los módulos creados es el QLQ-H&N35 que se emplea con tumores de cabeza y cuello. Ambos cuestionarios han sido validados en varios países, incluso en España. Con la utilización combinada de ambos se puede comparar la calidad de vida en grupos de enfermos con cáncer en diferentes localizaciones manteniendo intacta su sensibilidad. (Ringash y Bezjak 2001; Pusic A y cols 2007, McMillan y cols 2004).

Al abordar cualquier cuestión en relación con los tumores de cabeza y cuello hay que tener presente la gran diversidad, tanto histológica como territorial, de neoplasias que podemos observar. Según el tipo histológico del tumor y su localización o región anatómica donde asiente éste, intervendrán unos determinados factores de riesgo, serán distintas las características epidemiológicas, sintomatología, forma de progresión de la enfermedad, estrategia terapéutica y pronóstico. (Deleyiannis y cols 1997; Pisani y cols 1993; Llewellyn y cols 2003).

Con esta reflexión queremos remarcar la necesidad de homogeneizar localizaciones para poder estudiar una zona determinada y establecer las características propias de esta localización, con sus factores de riesgo, características clínicas y oncológicas y sus factores pronósticos.

La cavidad oral y la orofaringe son zonas anatómicamente contiguas, comparten tanto la anatomía, existiendo zonas de solapamiento, como la exposición a factores de riesgo (mismo contacto en cavidad oral y orofaringe al tabaco y al alcohol). Por lo tanto, comparten también factores pronósticos que vienen determinados por la similitud de todos los anteriormente nombrados (Dal Maso y cols 2002, Lisowska y cols 2003, Sánchez y cols 2003, McLaughlin y cols 1998, Gillison y cols 2000).

Nuestra muestra estaba formada por 94 pacientes diagnosticados y tratados de COCE, 57 hombres (60,63%) y 37 mujeres (39,37%), con una edad media de $64,06 \pm$

11,81 (rango 36-87) años. Las características demográficas de nuestra cohorte de pacientes a estudio coinciden con la mayoría de trabajos publicados. El rango de edad con mayor incidencia corresponde al grupo entre 60 y 69 años. Las series publicadas en la literatura señalan que en conjunto los cánceres de cabeza y cuello presentan una mayor incidencia entre el grupo de edad de 60 y 69 años. Por otro lado las series publicadas apuntan a una baja incidencia de este tipo de lesiones en pacientes jóvenes menores de 40 años. (Ribeiro y cols 2000; de Graeff y cols 2000).

El rango de nuestra muestra está entre 36 y 87 años. También en nuestro estudio tenemos un predominio del sexo masculino entre los casos incluidos con un 60% de varones. El hecho de que estos tipos de tumores estén tan relacionados a factores de riesgo como el tabaco y el alcohol nos demuestra que entre las mujeres de nuestro estudio no existe mucha incidencia de tabaquismo y alcoholismo, por lo que la tasa de estos tumores es muy baja todavía en este sexo. La asociación entre tabaco y alcohol como factores de riesgo ha sido ampliamente analizada en la literatura médica, considerándose éstos los factores de riesgo más importantes en el cáncer oral y en la mayoría de los cánceres de cabeza y cuello (Moreno-López y cols 2000; Garrote y cols 2001; Campisi y Margiotta 2002, Pande y cols 2002). A pesar de identificar estos factores de riesgo, la incidencia del cáncer de cabeza y cuello entre la población sin hábitos tóxicos no es despreciable, por lo que en las últimas décadas se han llevado a cabo muchos estudios para detectar nuevos factores de riesgo para este tipo de tumores. El virus del papiloma humano entro en la década de los noventa como posibles agentes etiológicos a tener en cuenta en la patogenia del cáncer oral. (Adams 1999; Mork y cols 2001).

Respecto al consumo de hábitos tóxicos, el 63,82% de la muestra eran fumadores y un 48,94% consumían alcohol de acuerdo con los principales estudios (Lisosowska y cols 2003, y Sanchez y cols 2003 Warnakulasuriya 2004).

Como se ha explicado en el apartado de la metodología del estudio, únicamente se incluyeron en el protocolo los que cumplían los criterios de inclusión ya definidos; por lo que este número de caso 94 no se corresponde con el total de enfermos diagnosticados y tratados en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca puesto que la incidencia real es más elevada. Para ayudar en la participación de este trabajo, el entrevistador realizó una labor previa de explicación a los potenciales participantes insistiendo en el hecho de que esta investigación podía suponer una mejora en la calidad asistencial para los pacientes sometidos a tratamiento de cáncer de cabeza y cuello.

De los 94 pacientes incluidos en el estudio, 76 (80,85%) presentaban cánceres localizados en mucosa oral. La localización de la lesión ha sido identificada como un factor pronóstico determinante en el cáncer de cavidad oral. La anatomía de las diferentes áreas de la cavidad oral y de la orofaringe determinan, por un lado, que las lesiones de cavidad oral, sean fácilmente visibles a la simple inspección física, hecho que las hace más fácilmente localizables y por lo tanto potencialmente diagnosticables de manera más precoz. Por otro lado, la orofaringe, al ser lesiones cuya localización permite un gran espacio para el crecimiento de la misma, añadido a la difícil visualización mediante simple inspección, las hace lesiones más propensas a que pasen desapercibidas (Sobin 2002, Varghese y cols 1993).

Hemos encontrado también una diferencia bastante importante entre los estadíos diagnósticos de nuestra cohorte de estudio. Algunos autores establecen un porcentaje de diagnóstico del cáncer oral en estadíos precoces de casi el 60%, mientras que nuestra casuística demuestra en relación al estadío TNM de los cánceres incluidos en este estudio, 37,24% presentaban un estadío avanzado (III o IV). Reflexionando sobre estos resultados, hacemos hincapié en el control de lesiones orales por parte de profesionales que ven este tipo de patologías, y por otro lado apuntamos la importancia de la implementación de planes de screening en poblaciones de riesgo.

En las investigaciones actuales sobre calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello hay varios aspectos con deficiencias. Existen múltiples instrumentos para el estudio de la calidad de vida, que varían de forma considerable en cuanto a la amplitud y profundidad del estudio. No está claro cuál o cuáles deberían usarse, e incluso desconocemos si esto afectaría a los resultados de alguna manera. Nosotros utilizamos instrumentos validados uno genérico de salud general SF36 y otros dos instrumentos específicos uno cáncer y otro de cáncer de cabeza y cuello EORTC QLQ-C30 y EORTC QLQ-H&N35 (Hammerlid 2001). No sólo es difícil sino probablemente imposible e inadecuado preguntar sobre todos los posibles aspectos de la vida de un paciente; desconocemos todavía cuáles son las áreas más importantes y cuáles no tienen importancia en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Una encuesta completa sobre el área psicosocial y la sintomatología ocasionada por el tratamiento sería demasiado larga y tediosa y llevaría a un rechazo por parte del paciente. Los desafíos metodológicos están orientados a mejorar la calidad de la medida mediante nuevas versiones que reduzcan el número de ítems y que además puedan ser administradas por ordenador.

Por otro lado, los clínicos tienden a considerar los estudios de calidad de vida de forma escéptica, tanto los resultados obtenidos como la utilidad de los mismos. Sin embargo, no sólo es importante identificar los factores más relevantes para los pacientes, también, es preciso demostrar que los resultados son eficaces psicométricamente y por tanto científicamente eficaces.

Terrel y cols. En un estudio de la calidad de vida entre los pacientes con cáncer de cabeza y cuello encuentran una clara influencia de la co-morbilidad. Desafortunadamente, en este estudio no analizamos de forma sistemática la causa de la comorbilidad, los futuros estudios son necesarios para proporcionar una mayor comprensión de la relación entre la causa de la comorbilidad y la calidad de vida (Terrel 2004).

5.1.1. Estudio de la relación entre la edad de los pacientes y la calidad de vida

Observamos que la edad es una variable importante a considerar. Al estudiar la posible relación entre la edad de los pacientes y la afectación de su calidad de vida observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes con más de 75 años presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: funcionamiento físico ($p < 0,001$), rol físico ($p = 0,042$), dolor corporal ($p = 0,011$), salud general ($p = 0,001$) y vitalidad ($p = 0,001$).

Además, un problema a tener en cuenta es el envejecimiento progresivo de la población general, lo cual nos hace diagnosticar tumores cada vez con más frecuencia en pacientes ancianos, en los que se plantean indicaciones "límite" de los tratamientos adyuvantes en Oncología (radioterapia, quimioterapia...), (Bhattacharyya2003). Se establece, por tanto, también la necesidad de valorar la posibilidad de realizar un subgrupo de valoración a la hora de decidir tratamientos agresivos en pacientes de más edad.

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 los pacientes con más de 75 años presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: funcionamiento físico ($p = 0,001$), rol de funcionamiento ($p = 0,009$), funcionamiento cognitivo ($p < 0,001$), salud general ($p < 0,001$), fatiga ($p = 0,003$), dolor ($p = 0,009$), insomnio ($p = 0,016$), pérdida de apetito ($p = 0,002$) y estreñimiento ($p = 0,006$).

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 los pacientes con más de 75 años presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a la escala de sexualidad ($p < 0,001$).

La importancia de realizar estudios de calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello radica en que actualmente existen variadas alternativas terapéuticas, las que ofrecen similares resultados en cuanto a supervivencia y control local/regional de la enfermedad (Klug y cols 2002). Por consiguiente, un mejor conocimiento de la funcionalidad y bienestar del paciente posterior al tratamiento,

puede ser un factor importante a la hora de elegir entre las diferentes opciones de manejo. Por otro lado, la calidad de vida en pacientes tratados por cáncer de cabeza y cuello suele ser significativamente peor que en cánceres de otras áreas anatómicas, lo que hace necesario entender los fundamentos conceptuales de la calidad de vida para poder identificar y corregir los aspectos negativos de los tratamientos aplicados a estos pacientes.

5.1.2. Estudio de la relación entre el sexo de los pacientes y la calidad de vida

El objetivo fundamental de los instrumentos para evaluar la CVRS es conocer aquellos aspectos relacionados con las dimensiones mental, física, social y percepción general de salud autodeclarada que impactan de forma especial en la vida del paciente.

Al estudiar la posible relación entre el sexo de los pacientes y la afectación de su calidad de vida (Campbell y cols 2000, Petti y Scully 2005), observamos que en el cuestionario SF-36 las mujeres presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: rol emocional ($p=0,007$) y salud mental ($p=0,006$).

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 las mujeres presentaron peor calidad de vida excepto en el ítem que hace referencia a la dificultad financiera, donde los hombres mostraron que las dificultades financieras afectaban más a su calidad de vida que a las mujeres, observando diferencias estadísticamente significativas ($p=0,022$).

Finalmente, en el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 las mujeres presentaron peor calidad de vida, observando diferencias estadísticamente significativas respecto a: la escala de sexualidad ($p=0,044$), tos ($p=0,026$), uso de tubo de alimentación ($p=0,005$) y uso de analgésicos ($p=0,003$).

5.1.3. Estudio de la relación entre la localización de los COCE y la calidad de vida

La importancia de la determinación de la CV en los pacientes con tumores de cabeza y cuello se debe a las funciones vitales asociadas a esta área. La cirugía oncológica de cabeza y cuello busca tanto el control de la enfermedad, como la preservación y rehabilitación de funciones básicas como respiración, deglución, fonación y aspecto externo (Alicikus y cols 2009). Estos objetivos dependen de la localización, extensión, estado general del paciente, y terapéutica quirúrgica propuesta. Por otro lado el cáncer de cabeza y cuello incluye un grupo muy heterogéneo de enfermedades; incluso agrupando un gran número de pacientes la estratificación por localizaciones diluye el efecto que cualquier elemento importante puede ejercer sobre una determinada localización (Berrino, F. y cols. 1998; Hammerlid y Taft 2001).

Al estudiar la posible relación entre la localización y la afectación de su calidad de vida observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes con cánceres localizados en mucosa oral presentaron peor calidad de vida. Este tipo de cánceres tenían mayor afectación en casi todos los ítems estudiados: funcionamiento físico, rol físico, salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental. Los pacientes con cánceres localizados en glándulas salivales mostraron peor calidad de vida respecto al dolor corporal.

De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 los pacientes con cánceres localizados en mucosa oral presentaron peor calidad de vida. Este tipo de cánceres tenían mayor afectación en casi todos los ítems estudiados: funcionamiento emocional, salud global, dolor e insomnio. Los pacientes con cánceres localizados en glándulas salivales mostraron peor calidad de vida respecto al rol de funcionamiento, funcionamiento cognitivo y a la fatiga.

En el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 (Bjordal, K.y cols.1999; Hammerlid, E. 2001) los pacientes mostraron una importante afectación de su calidad de vida con independencia de la localización de los COCE. Los pacientes con cánceres localizados en mucosa oral mostraron mayor afectación respecto a su alimentación en sociedad, mientras que los localizados en glándulas salivales y amígdala o laringe presentaban una mayor afectación de su calidad de vida en relación con el dolor. A pesar de que objetivamente los pacientes van superando sus secuelas deglutorias, la existencia de las mismas influyen negativamente en su valoración.

Osthus et al encontraron que el EORTC QLQ-H&N35 para abrir la boca y tragar son predictivos de la supervivencia, junto con los problemas dentales, lo que sugiere la hipótesis de que la supervivencia puede estar relacionada con la salud oral y/o el estado nutricional (Osthus, 2011).

5.1.4. Estudio de la relación entre el estadio TNM de los COCE y la calidad de vida

El estadiaje de la enfermedad en el momento del diagnóstico es el factor predictivo mayor sobre el pronóstico de la misma (Spiro 1986; Hall 1999) .Al estudiar la posible relación entre el estadio TNM de los cánceres y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes tratados de cánceres con estadios III o IV presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados: funcionamiento físico, dolor corporal, salud general y salud mental (Sin embargo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 no se observó una marcada afectación de la calidad de vida en relación con un estadio TNM mayor; sin embargo los pacientes tratados de cánceres con estadios III o IV presentaron peor calidad de vida respecto a la salud global.

En el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 tampoco observamos una marcada afectación de la calidad de vida en relación con un estadio TNM mayor; sin embargo, los pacientes tratados de cánceres con estadios III o IV presentaron peor calidad de vida respecto a su capacidad de deglución, observándose menores puntuaciones en los ítems que hacen referencia a la capacidad para tragar o a la dificultad para conseguir una máxima apertura bucal correcta.

5.1.5. Estudio de la relación entre el tratamiento de los COCE y la calidad de vida

Existe un consenso general sobre la idea de que los efectos del tratamiento deben medirse en términos de calidad tanto como de cantidad de la supervivencia. Sin la evaluación de la CVRS, un tratamiento puede estimarse exitoso a pesar de un funcionamiento psicosocial pobre o de una mala adaptación a la enfermedad. El objetivo del tratamiento quirúrgico es lograr el control locorregional del tumor y la supervivencia del paciente, junto con el mínimo de daños funcionales y/o estéticos (Ribeiro 2000; Hocwald y cols 2001 de Graeff 2000). Las funciones más importantes que deben tenerse en cuenta al planificar el tratamiento son la deglución, la respiración y el habla. Los planes de tratamiento se aconsejan que sean realizados por un comité multidisciplinario, contando con la opinión del paciente (Ephoros 2002). La información vertida por los pacientes nos indica que, en el tratamiento rehabilitador, además de los aspectos deglutorios y fonatorio, el apoyo psicológico y físico son importantes para una recuperación más íntegra del paciente como individuo, y no sólo como paciente portador de secuelas funcionales y estética.

Respecto al tratamiento, 69 cánceres (73,40%) fueron tratados exclusivamente con cirugía. Al estudiar la posible relación entre el tratamiento de los cánceres y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes con cánceres tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia presentaron peor calidad de vida en todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas respecto al dolor corporal ($p=0,036$). De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 los pacientes con cánceres con cánceres tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas respecto al funcionamiento físico ($p=0,030$), la fatiga ($p=0,045$) y diarrea ($p=0,010$). Sin embargo, los pacientes que habían sido tratados sólo con cirugía presentaron peor calidad de vida respecto a la salud global. En el cuestionario EORTC QLQ-H&N35 los pacientes con cánceres con cánceres tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas en: dolor ($p=0,045$), tragar ($p<0,001$), habla ($p=0,040$), alimentación en sociedad ($p=0,017$), dientes ($p<0,001$), boca seca ($p=0,011$), saliva pegajosa ($p=0,015$), tos ($p=0,001$) y máxima apertura bucal ($p=0,011$).

Según los autores (Franceschi y cols 1993; Fakhri 1989; Weiss y cols 1994; Andersen y cols 1996) los pacientes con cánceres de cavidad oral y orofaringe, que presenten lesiones quirúrgicamente extirpables, debería considerarse que el tratamiento quirúrgico inicial, asociando o no a la radioterapia complementaria dependiendo del tamaño del tumor primario y de la presencia o no de adenopatías, como la alternativa terapéutica más adecuada y la que ofrece mejor supervivencia, menor índice de recidiva y menor número de muertes por cáncer oral.

5.1.6. Estudio de la relación al tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes y la calidad de vida

Al estudiar la posible relación entre el tiempo transcurrido desde el tratamiento recibido por los pacientes y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que en el cuestionario SF-36 los pacientes tratados hacía más de 5 años presentaron peor calidad de vida en casi todos los ítems estudiados, observando diferencias estadísticamente significativas respecto al funcionamiento físico ($p=0,020$) De igual modo, en el cuestionario EORTC QLQ-C30 Y EORTC QLQ-H&N35 los pacientes tratados hacía más de 5 años presentaron peor calidad de vida.

Una de las principales limitaciones del estudio, es su diseño de base hospitalaria, el cual presenta el riesgo de que la población de estudio no sea una representación fidedigna (no sesgada) de todos los casos poblacionales de la zona de influencia del hospital. En este sentido, la colaboración interdisciplinar entre los servicios implicados ha sido básica para la inclusión de un número máximo de pacientes con información completa. La calidad de vida debería ser estudiada mediante estudios longitudinales o prospectivos, lo que permite evaluar la influencia del tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento en la percepción de bienestar del paciente. No obstante, los estudios transversales, de más fácil aplicación, también pueden entregar información útil sobre un grupo de pacientes en un momento dado.

Otra limitación que hemos visto en el momento de realizar el estudio es no se realizó un índice nutricional indicar el hecho que algunos pacientes tuvieran dificultades en la deglución les obligaba a realizar un tipo de dietas especiales.

Las principales dificultades encontradas en este trabajo, por un lado, la gran cantidad de gestión asistencial para poder llevar a cabo del trabajo de campo por otro lado que los pacientes muestren su consentimiento a participar voluntariamente en las entrevistas; y que, una vez que acepten, muestren la disponibilidad y grado de motivación necesarios para conseguir respuestas válidas y fiables.

La calidad de vida se constituye como una pieza fundamental. La determinación de este parámetro debe ser considerada como un factor importante dentro del análisis de decisión clínica. Sin embargo, su evaluación y cuantificación es compleja, no existiendo un test que pueda ser aplicado de forma global a todos los pacientes oncológicos.

6. CONCLUSIONES

- 1.** El aumento de la edad de los pacientes tratados de COCE mostró una relación inversamente proporcional al nivel de calidad de vida de los mismos.
- 2.** Las mujeres tratadas de COCE presentaban peor calidad de vida que los hombres.
- 3.** Los pacientes con cánceres localizados en mucosa oral tenían una peor calidad de vida que los pacientes tratados de cánceres localizados en glándulas salivales o amígdala o laringe.
- 4.** La presencia de un estadio TNM elevado en el momento del diagnóstico del cáncer afectaba directamente en la calidad de vida de los pacientes después de su tratamiento.
- 5.** Los pacientes tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia mostraron peor calidad de vida que los tratados exclusivamente con cirugía.
- 6.** El aumento del tiempo transcurrido desde el tratamiento de los pacientes diagnosticados de COCE influía directamente sobre la calidad de vida de los mismos.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aaronson, N. K., Meyerowitz, B. E., Bard, M., Bloom, J. R., Fawzy, F. I., Feldstein, M., ... & Ware, J. E. (1991). Quality of life research in oncology. Past achievements and future priorities. *Cancer*, 67(S3), 839-843

- Akbulut, N., Oztas, B., Kursun, S., & Evirgen, S. (2011). Delayed diagnosis of oral squamous cell carcinoma: a case series. *Journal of Medical Case Reports*, 5(1), 291-4.

- Ajudarte Lopes, M., Nikitakis, N. G., Reynolds, M. A., Ord, R. A., SAUK, J. J., HELMAN, J. I., & BAUR, D. (2002). Biomarkers predictive of lymph node metastases in oral squamous cell carcinoma. Discussion. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 60(2), 142-148.

- Allison, P. J., Locker, D., & Feine, J. S. (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Social Science & Medicine*, 45(2), 221-230.

- Alicikus, Z. A., Akman, F., Ataman, O. U., Dag, N., Orcin, E., Bakis, B., & Kinay, M. (2009). Importance of patient, tumour and treatment related factors on quality of life in head and neck cancer patients after definitive treatment. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 266(9), 1461-1468.

- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica (Barc)*, 104(20), 771-776.

- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., & De la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica (Barc)*, 111(11), 410-416.

- Andersen, P. E., Cambronero, E., Shaha, A. R., & Shah, J. P. (1996). The extent of neck disease after regional failure during observation of the N 0 neck. *The American Journal of Surgery*, 172(6), 689-691.

- Angelo, A. R., Medeiros, A. C. D., & De Biase, R. D. C. C. (2010). Quality of life in patients with cancer of the head and neck. *Revista de Odontologia da UNESP*, 39(1), 1-7.

- Anguita, J. C., Labrador, J. R. R., & Candel, J. P. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina clínica*, 116(20), 789-796.

- Arraras, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Vera, R., Pruiá, E., Marcos, M., ... & Valerdi, J. J. (2001). El cuestionario de Calidad de Vida para tumores de cabeza y cuello de la EORTC QLQ-HFN35. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología*, 482-491.

- Arraras, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E., & Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) quality of life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11(3), 249-256.

- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98.

- Babin, E., Sigston, E., Hitier, M., Dehesdin, D., Marie, J. P., & Choussy, O. (2008). Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European Archives of Otorhino-laryngology*, 265(3), 265-270.

- Barasch, A., Morse, D. E., Krutchkoff, D. J., & Eisenberg, E. (1994). Smoking, gender, and age as risk factors for site-specific intraoral squamous cell carcinoma. A case-series analysis. *Cancer*, 73(3), 509-513.

- Bhattacharyya, N. (2004). Survival and prognosis for cancer of the submandibular gland. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 62(4), 427-430.

- Barrios, R., Montero, J., González-Moles, M. A., Baca, P., & Bravo, M. (2013). Levels of scientific evidence of the quality of life in patients treated for oral cancer. *Medicina oral, Patología oral y Cirugía bucal*, 18(4), e578.

- Bascones, A., Seoane, J. M., Aguado, A., & Quintanilla, J. (2003). Cáncer y precáncer oral. Bases clínico-quirúrgicas y moleculares. Madrid: Ediciones Avances, 157-77.

- Baumann, I., Seibolt, M., Zalaman, I., Dietz, K., Maassen, M., & Plinkert, P. (2006). Quality of life in patients with oropharyngeal carcinoma after primary surgery and postoperative irradiation. *The Journal of Otolaryngology*, 35(5), 332-337.
- Becker, S. T., Menzebach, M., Kuchler, T., Hertrampf, K., Wenz, H. J., & Wiltfang, J. (2012). Quality of life in oral cancer patients—effects of mandible resection and socio-cultural aspects. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 40(1), 24-27.
- Benowitz, N. L., Pérez-Stable, E. J., Herrera, B., & Jacob, P. (2002). Slower metabolism and reduced intake of nicotine from cigarette smoking in Chinese-Americans. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(2), 108-115.
- Bernát, L., & Hrušák, D. (2014). Hypothyroidism after radiotherapy of head and neck cancer. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 42(4), 356-361.
- Berrino, F., Gatta, G., & EUROCORE Working Group. (1998). Variation in survival of patients with head and neck cancer in Europe by the site of origin of the tumours. *European Journal of Cancer*, 34(14), 2154-2161.
- Berrino, F., De Angelis, R., Sant, M., Rosso, S., Lasota, M. B., Coebergh, J. W., ... & EUROCORE Working Group. (2007). Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EUROCORE-4 study. *The Lancet Oncology*, 8(9), 773-783.
- Betiol, J., Villa, L. L., & Slichero, L. (2013). Impact of HPV infection on the development of head and neck cancer. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 46(3), 217-226.
- Bjordal, K., Hammerlid, E., Ahlner-Elmqvist, M., de Graeff, A., Boysen, M., Evensen, J. F., & Kaasa, S. (1999). Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. *Journal of Clinical Oncology*, 17(3), 1008-1019.

- Bjordal, K., De Graeff, A., Fayers, P. M., Hammerlid, E., van Pottelsberghe, C., Curran, D., & EORTC Quality of Life Group. (2000). A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. *European Journal of Cancer*, 36(14), 1796-1807.

- Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Hammerlid E, Boysen M, Evensen JF, Biörklund A, et al (2001) A prospective study of quality of life in head and neck cancer patients. PartII: longitudinal data. *Laryngoscope* 111: 1440e1452.

- Blanco, M. Á. B., & González-Botas, J. H. (2011). Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinomas de orofaringe, laringe o hipofaringe. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 62(2), 103-112.

- Boffetta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*,7(2), 149-156.

- Borggreven, P. A., Verdonck-de Leeuw, I. M., Muller, M. J., Heiligers, M. L., de Bree, R., Aaronson, N. K., & Leemans, C. R. (2007). Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pretreatment values of a prospective study. *European Archives of Otorhino-laryngology*, 264(6), 651-657.

- Brockstein, B., & Vokes, E. (2012). Locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: Approaches combining chemotherapy and radiation therapy. *UpToDate Online Journal* [serial online]. Waltham, MA: UpToDate; updated February 6, 2012. [Website]: www.uptodate.com. Acceso 3 de junio 2013.

- Butt, F. M. A., Chindia, M. L., Rana, F., & Machigo, F. G. (2008). Pattern of head and neck malignant neoplasms in HIV-infected patients in Kenya. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 37(10), 907-911.

- Byrd, D. R., Compton, C. C., Fritz, A. G., Greene, F. L., & Trotti, A. I. I. I. (2010). *AJCC Cancer Staging Manual* (Vol. 649). New York: Springer.

- Campbell, B. H., Marbella, A., & Layde, P. M. (2000). Candidate's thesis: quality of life and recurrence concern in survivors of head and neck cancer. *The Laryngoscope*, 110(6), 895-906.

- Campisi, G., & Margiotta, V. (2001). Oral mucosal lesions and risk habits among men in an Italian study population. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 30(1), 22-28.

- Carranza, E. T., Cossío, P. I., Guisado, J. M. H., Aumente, E. H., & Perez, J. L. G. (2008). Assessment of quality of life in oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13, 735-41.

- Carretero, P. M., Esparza, G. G., Figuero, R. E., & Cerero, L. R. (2003). Alcohol-containing mouthwashes and oral cancer. Critical analysis of literature. *Medicina oral: organo oficial de la Sociedad Espanola de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patologia y Medicina Bucal*, 9(2), 120-3.

- Carrión, B., Otero Rey, E. M., Peñamaría-Mallón, M., & Blanco-Carrión, A. (2013). Desórdenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. *Campaña de Prevención del Cáncer Oral 2013*, 18(2), 101-110.

- Chandu, A., Smith, A. C., & Rogers, S. N. (2006). Health-related quality of life in oral cancer: a review. *Journal of Oral and Maxillofacial surgery*, 64(3), 495-502.

- Chimenos Küstner, E. (2008). Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 61-67.

- Chirlaque, M. D., Tortosa, J., Valera, I., López-Rojo, C., Párraga, E., Salmerón, D., & Navarro, C. Casos y Tasas de Incidencia de Cáncer en la Región de Murcia 1983-2003 Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; Dirección General de Salud Pública, 2009. Accesible a texto completo en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/163618-incidencias_cancer.pdf. Acceso 19 febrero 2013.

- CHOI, SY, y KAHYO, H. (1991). Efecton del tabaquismo y consumo de alcohol en la etiología del cáncer de la cavidad oral, faringe y laringe. *International Journal of Epidemiology*, 20 (4) 878-885.

- Cooper, J. S., Pajak, T. F., Forastiere, A. A., Jacobs, J., Campbell, B. H., Saxman, S. B., ... & Fu, K. K. (2004). Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine*, 350(19), 1937-1944.
- Costa, G., & Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2), 453-462.
- Dal Maso, L., Franceschi, S., Polesel, J., Braga, C., Piselli, P., Crocetti, E., ... & Rezza, G. (2003). Risk of cancer in persons with AIDS in Italy, 1985–1998. *British Journal of Cancer*, 89(1), 94-100.
- D'Souza, G., Kreimer, A. R., Viscidi, R., Pawlita, M., Fakhry, C., Koch, W. M., & Gillison, M. L. (2007). Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *New England Journal of Medicine*, 356(19), 1944-1956.
- Deleyiannis, F. W. B., Weymuller, E. A., & Coltrera, M. D. (1997). Quality of life of disease-free survivors of advanced (stage III or IV) oropharyngeal cancer. *Head & Neck*, 19(6), 466-473.
- Dequanter, D., Saint-Aubin, N., Paesmans, M., Badr-El-Din, A., Lothaire, P., & Andry, G. (2001, October). [Prognostic factors in epidermoid carcinoma of the mobile tongue classified as T1-T2]. In *Annales d'oto-laryngologie et de chirurgie cervico faciale: bulletin de la Societe d'oto-laryngologie des hopitaux de Paris* (Vol. 118, No. 5, pp. 315-322).
- De Stefani, E., Deneo-Pellegrini, H., Mendilaharsu, M., & Ronco, A. (1999). Diet and risk of cancer of the upper aerodigestive tract—I. Foods. *Oral Oncology*, 35(1), 17-21.
- Dhar, P. K., Rao, T. R., Sreekumaran, N. N., Mohan, S., Chandra, S., Bhat, K. R., & Rao, K. (1999). Identification of risk factors for specific subsites within the oral and oropharyngeal region--a study of 647 cancer patients. *Indian journal of cancer*, 37(2-3), 114-122.

- Du, X., Squier, C. A., Kremer, M. J., & Wertz, P. W. (2000). Penetration of N-nitrosornicotine (NNN) across oral mucosa in the presence of ethanol and nicotine. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 29(2), 80-85.

- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.

- Espantoso, R., Rodríguez, C. F., Sánchez, C. P., Vázquez, I. A., Fernández, E. V., Gracia, J. M., ... & Peláez, I. (2007). Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Psicooncología: Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 4(1), 43-58.

- Edge, S. B., & Compton, C. C. (2010). The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Annals of Surgical Oncology*, 17(6), 1471-1474.

- Espinosa, J. C. C., de Cirugía Bucal, A. D. M., Aguilar, J. N., Lagares, D. T., Pérez, J. L. G., de Cirugía, D. D. E. D., ... & del Rocío, V. (2006). Generalidades en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello y sus complicaciones. *Revista Secib On Line*, 1, 1-33. Acceso 3 marzo 2011.

- Fakh, A. R., Rao, R. S., Borges, A. M., & Patel, A. R. (1989). Elective versus therapeutic neck dissection in early carcinoma of the oral tongue. *The American Journal of Surgery*, 158(4), 309-313.

- Feldman, P. S., Kaplan, M. J., Johns, M. E., & Cantrell, R. W. (1983). Fine-needle aspiration in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Archives of Otolaryngology*, 109(11), 735-742.

- Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM: GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010 Available from: [http:// globocan.iarc.fr](http://globocan.iarc.fr). Acceso 16 febrero de 2011.

- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., ... & Bray, F. (2013). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*, 49(6), 1374-1403.

- Fernández, M. H., Sebastián, J. B., Alegría, J. B., & De Miguel, E. L. (2001). Prevalencia de liquen plano oral y leucoplasia oral en 112 pacientes con carcinoma oral de células escamosas. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 52(3), 239-243.

- Figuro Ruiz, E., Carretero Peláez, M., Cerero Lapiedra, R., Esparza Gómez, G., & Moreno López, L. A. (2004). Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Ed. impresa)*, 9(1), 14-23.

- Franceschi, S., Dal Maso, L., Levi, F., Conti, E., Talamini, R., & La Vecchia, C. (2001). Leanness as early marker of cancer of the oral cavity and pharynx. *Annals of Oncology*, 12(3), 331-336.

- Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P., & Boyle, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 122(1), 155-164.

- García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Avances en Odontostomatología*, 25(5), 239-248.

- Garrote, L. F., Herrero, R., Reyes, R. O., Vaccarella, S., Anta, J. L., Ferbeyre, L., & Franceschi, S. (2001). Risk factors for cancer of the oral cavity and oro-pharynx in Cuba. *British Journal of Cancer*, 85(1), 46.

- George, A., Sreenivasan, B. S., Sunil, S., Varghese, S. S., Thomas, J., Gopakumar, D., & Mani, V. (2011). Potentially malignant disorders of oral cavity. *Oral & Maxillofacial Pathology Journal*, 2(1).

- Gomes, F. C., Kustner, E. C., López, J. L., Zubeldia, F. F., & Melcior, B. G. (2003). Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. *Med Oral*, 8(33), 178-187.

- Gómez, I., Seoane, J., Varela-Centelles, P., Diz, P., & Takkouche, B. (2009). Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *European Journal of Oral Sciences*, 117(5), 541-546.
- González-Arriagada, W. A., Santos-Silva, A. R., Carvalho de Andrade, M. A., Elias, R. D. A., & Lopes, M. A. (2010). Criterios de evaluación odontológica pre-radioterapia y necesidad de tratamiento de las enfermedades orales post-radioterapia en cabeza y cuello. *International Journal of Odontostomatology*, 4(3), 255-266.
- González-Moles, M. A., Gil-Montoya, J. A., & Ruiz-Ávila, I. (2008). Bases moleculares de la cancerización de cavidad oral. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 55-60.
- González, U., Grau, J., & Amarillo, M. A. (1997). La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. Acosta JR. *Bioética desde una perspectiva cubana*. Ciudad de la Habana, 279-285.
- Graeff, A. de, Leeuw, J. R. J., Ros, W. J., Hordijk, G. J., Blijham, G. H., & Winnubst, J. A. (2000). Pretreatment factors predicting quality of life after treatment for head and neck cancer. *Head & Neck*, 22(4), 398-407.
- Grau, J. (1997). Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. *Revista chilena de Psicología*, 17, 1996-1997.
- Greenblatt, M. S., Bennett, W. P., Hollstein, M., & Harris, C. C. (1994). Mutations in the p53 tumor suppressor gene: clues to cancer etiology and molecular pathogenesis. *Cancer research*, 54(18), 4855-4878.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Hammerlid, E., Mercke, C., Sullivan, M., & Westin, T. (1997). A prospective quality of life study of patients with oral or pharyngeal carcinoma treated with external beam irradiation with or without brachytherapy. *Oral Oncology*, 33(3), 189-196.

- Hammerlid, E., Bjordal, K., Ahlner-Elmqvist, M., Jannert, M., Kaasa, S., Sullivan, M., & Westin, T. (1997). Prospective, longitudinal quality-of-life study of patients with head and neck cancer: a feasibility study including the EORTC QLQ-C30. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 116(6), 666-673.
- Hammerlid, E., Silander, E., Hörnestam, L., & Sullivan, M. (2001). Health-related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer—A longitudinal study. *Head & Neck*, 23(2), 113-125.
- Hammerlid, E., Bjordal, K., Ahlner-Elmqvist, M., Boysen, M., Evensen, JF, Böörklund, A., ... y Westin, T. (2001). Un estudio prospectivo de la calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Parte I. Al momento del diagnóstico El laringoscopio, 111 (4), 669-680.
- Hammerlid, E., & Taft, C. (2001). Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *British Journal of Cancer*, 84(2), 149.
- Hammerlid, E., & Taft, C. (2001). Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *British Journal of Cancer*, 84(2), 149.
- Herce, J., Rollon, A., & Polo, J. (2007). [Quality of life in long-term oral cancer survivors and comparison with reference values of Spanish people]. *Medicina Clinica*, 128(18), 692-696.
- Hong, J., Tian, J., Zhang, W., Pan, J., Chen, Y., Ma, L., & Lv, W. (2013). Patient characteristics as indicators for poor quality of life after radiotherapy in advanced nasopharyngeal cancer. *Head Neck Oncol*, 5, 17.
- Infante-Cossio, P., Torres-Carranza, E., Cayuela, A., Gutierrez-Perez, J. L., & Gili-Miner, M. (2009). Quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38(3), 250-255.
- Jarpa, P. (2003). Potencial mutagénico del tabaco de mascar venezolano. *Revista de la Facultad de Farmacia*, 45(2), 2-6.

- J Crean, S. (1996). Long-term quality of life after ablative intraoral tumour surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54(4), 532-533.
- Jane, C., Nerurkar, A. V., Shirsat, N. V., Deshpande, R. B., Amrapurkar, A. D., & Karjodkar, F. R. (2006). Increased survivin expression in high-grade oral squamous cell carcinoma: a study in Indian tobacco chewers. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 35(10), 595-601.
- Jemal, A., Murray, T., Ward, E., Samuels, A., Tiwari, R. C., Ghafoor, A., ... & Thun, M. J. (2005). Cancer statistics, 2005. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(1), 10-30.
- Johnson, N. W. (1991). Orofacial neoplasms: global epidemiology, risk factors and recommendations for research. *International Dental Journal*, 41(6), 365-375.
- Kazi, R., Sayed, S., & Dwivedi, R. C. (2010). Clinical importance of quality of life measures in head and neck cancer. *Indian Journal of Cancer*, 47(3), 237.
- Kernohan, M. D., Clark, J. R., Gao, K., Ebrahimi, A., & Milross, C. G. (2010). Predicting the prognosis of oral squamous cell carcinoma after first recurrence. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 136(12), 1235-1239.
- Klug, C., Neuburg, J., Glaser, C., Schwarz, B., Kermer, C., & Millesi, W. (2002). Quality of life 2–10 years after combined treatment for advanced oral and oropharyngeal cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 31(6), 664-669.
- Klug C, Berzaczy D, Voracek M, Nell C, Ploder O, Millesi W, et al. (2009) Preoperative radiochemotherapy in the treatment of advanced oral cancer: outcome of 276 patients. *J Craniomaxillofac Surg* 37: 344e347.
- La Vecchia, C., Tavani, A., Franceschi, S., Levi, F., Corrao, G., & Negri, E. (1997). Epidemiology and prevention of oral cancer. *Oral Oncology*, 33(5), 302-312.

- Langendijk, J. A., Doornaert, P., Verdonck-de Leeuw, I. M., Leemans, C. R., Aaronson, N. K., & Slotman, B. J. (2008). Impact of late treatment-related toxicity on quality of life among patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 26(22), 3770-3776.
- Lee, J. H., Barich, F., Karnell, L. H., Robinson, R. A., Zhen, W. K., Gantz, B. J., & Hoffman, H. T. (2002). National Cancer Data Base report on malignant paragangliomas of the head and neck. *Cancer*, 94(3), 730-737.
- Lee, C. H., Lee, J. M., Wu, D. C., Hsu, H. K., Kao, E. L., Huang, H. L., ... & Wu, M. T. (2005). Independent and combined effects of alcohol intake, tobacco smoking and betel quid chewing on the risk of esophageal cancer in Taiwan. *International Journal of Cancer*, 113(3), 475-482.
- Lewin, F., Norell, SE, Johansson, H., Gustavsson, P., Wennerberg, J., Biörklund, A., y Rutqvist, LE (1998). Fumar tabaco, tabaco oral, y el alcohol en la etiología de carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello. *Cáncer*, 82 (7), 1367 - 1375.
- Lissowska, J., Pilarska, A., Pilarski, P., Samolczyk-Wanyura, D., Piekarczyk, J., Bardin-Mikollajczak, A., ... & Franceschi, S. (2003). Smoking, alcohol, diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *European Journal of Cancer Prevention*, 12(1), 25-33.
- Llewellyn, C. D., Linklater, K., Bell, J., Johnson, N. W., & Warnakulasuriya, K. A. A. S. (2003). Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients aged 45 years and under: a descriptive analysis of 116 cases diagnosed in the South East of England from 1990 to 1997. *Oral Oncology*, 39(2), 106-114.
- Locker, D. (1997). Conceptos de salud oral, la enfermedad y la calidad de vida. La medición de la salud oral y calidad de vida, 11-24.
- López-Abente, G., & Muñoz-Tinoco, C. (2005). Time trends in the impact factor of Public Health journals. *BMC Public Health*, 5(1), 24.
- López – Abente, G. y cols. Planificación Sanitaria, (2005). La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 89.

- Macfarlane, G. J., Zheng, T., Marshall, J. R., Boffetta, P., Niu, S., Brasure, J., ... & Boyle, P. (1995). Alcohol, tobacco, diet and the risk of oral cancer: a pooled analysis of three case-control studies. *European Journal of Cancer Part B: Oral Oncology*, 31(3), 181-187.
- Maciejewski, O., Smeets, R., Gerhards, F., Kolk, A., Kloss, F., Stein, J. M. & Yekta, S. S. (2010). Gender specific quality of life in patients with oral squamous cell carcinomas. *Head Face Med*, 6, 21.
- Manterota, A., Aguillo, M. M., Milagro, N. L., & Urdaniz, J. I. A. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico: el grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 1(1), 87-98.
- Mashberg, A., Boffetta, P., Winkelman, R., & Garfinkel, L. (1993). Tobacco smoking, alcohol drinking, and cancer of the oral cavity and oropharynx among US veterans. *Cancer*, 72(4), 1369-1375.
- McLaughlin, P. J., Levin, R. J., & Zagon, I. S. (1999). Regulation of human head and neck squamous cell carcinoma growth in tissue culture by opioid growth factor. *International Journal of Oncology*, 14(5), 991-999.
- McMillan, A. S., Pow, E. H. N., Leung, W. K., Wong, M. C. M., & Kwong, D. L. W. (2004). Oral health-related quality of life in southern Chinese following radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. *Journal of Oral Rehabilitation*, 31(6), 600-608.
- Migliorati, C. A., Siegel, M. A., & Elting, L. S. (2006). Bisphosphonate-associated osteonecrosis: a long-term complication of bisphosphonate treatment. *The Lancet Oncology*, 7(6), 508-514.
- Miloro, M., Ghali, G. E., Larsen, P., & Waite, P. (2004). Oral Cancer: Classification, Staging and Diagnosis. *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery* (Vol. 1). PMPH-USA. 617-658.
- Misono, S., Weiss, N. S., Fann, J. R., Redman, M., & Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(29), 4731-4738.

- Misrachi Launert, C. M., & Espinoza Santander, I. L. (2005). Utilidad de las Mediciones de la Calidad de vida relacionada con la salud.

- Moreno-Lopez, L. A., Esparza-Gomez, G. C., Gonzalez-Navarro, A., Cerero-Lapiedra, R., Gonzalez-Hernandez, M. J., & Dominguez-Rojas, V. (2000). Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. *Oral Oncology*, 36(2), 170-174.

- Mork, J., Lie, A. K., Glattre, E., Clark, S., Hallmans, G., Jellum, E., ... & Dillner, J. (2001). Human papillomavirus infection as a risk factor for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine*, 344(15), 1125-1131.

- Morton, R. P., & Izzard, M. E. (2003). Quality-of-life outcomes in head and neck cancer patients. *World Journal of Surgery*, 27(7), 884-889.

- Munoz, N., Castellsagué, X., de González, A. B., & Gissmann, L. (2006). HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*, 24, S1-S10.

- Nair, M. K., Varghese, C., Mathew, B., & Sankaranarayanan, R. (1993). Prevention and early detection of oral, breast and cervical cancers: a practical approach in Indian context. *Journal of the Indian Medical Association*, 91(4), 94-96.

- Naughton, M. J., Shumaker, S. A., Anderson, R. T., & Czajkowski, S. M (1996). Psychological aspects of health-related quality of life measurement: tests and scales. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker, B. Cap, 15, 117-131.

- Netscher, D. T., Meade, R. A., Goodman, C. M., Alford, E. L., & Stewart, M. G. (2000). Quality of life and disease-specific functional status following microvascular reconstruction for advanced (T3 and T4) oropharyngeal cancers. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(5), 1628-1634.

- Neville, B. W., & Day, T. A. (2002). Oral cancer and precancerous lesions. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), 195-215.

- Oral Cancer. Editores: Jartin P Shah, Newell W Johnson y John G Batsaki. Editorial: Martin Dunitz. Año 2003. Capítulo 7: Workup and staging. pag. 206
- Oskam, I. M., Verdonck-de Leeuw, I. M., Aaronson, N. K., Kuik, D. J., de Bree, R., Doornaert, P., & Leemans, R. C. (2010). Quality of life as predictor of survival: a prospective study on patients treated with combined surgery and radiotherapy for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Radiotherapy and Oncology*, 97(2), 258-262.
- Osoba, D., Rodrigues, G., Myles, J., Zee, B., & Pater, J. (1998). Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *Journal of Clinical Oncology*, 16(1), 139-144.
- Osthus, A. A., Aarstad, A. K. H., Olofsson, J., & Aarstad, H. J. (2011). Health-Related Quality of Life Scores in long-term head and neck cancer survivors predict subsequent survival: a prospective cohort study. *Clinical Otolaryngology*, 36(4), 361-368.
- Pande, P., Soni, S., Kaur, J., Agarwal, S., Mathur, M., Shukla, N. K., & Ralhan, R. (2002). Prognostic factors in betel and tobacco related oral cancer. *Oral Oncology*, 38(5), 491-499.
- Parkin, D. M. (2006). The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer*, 118(12), 3030-3044.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993). Health status and health policy. *Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource*.
- Peña González, A., Arredondo López, M., & Vila Martínez, L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Revista Cubana de Estomatología*, 43(1), 0-0.
- Petersen, P. E. (2009). Oral cancer prevention and control—The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology*, 45(4), 454-460.

- Petridou, E., Zavras, A. I., Lefatzis, D., Dessypris, N., Laskaris, G., Dokianakis, G., ... & Trichopoulos, D. (2002). The role of diet and specific micronutrients in the etiology of oral carcinoma. *Cancer*, 94(11), 2981-2988.
- Petti, S., & Scully, C. (2005). Oral cancer: the association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality. *Oral Oncology*, 41(8), 828-834.
- Pino Juste, M., Bezerra Barbosa, F., & Portela Carreiro, J. (2009). Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. *Revista de Investigación en Educación*, 6, 70-78.
- Plan de Salud de la Región de Murcia, R. (2009). Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de salud de la Región de Murcia, 2015, 2009. Disponible en: www.murciasalud.es (Acceso 18 febrero 2012).
- Po Wing Yuen, A., Lam, K. Y., Lam, L. K., Ho, C. M., Wong, A., Chow, T. L., & Wei, W. I. (2002). Prognostic factors of clinically stage I and II oral tongue carcinoma—A comparative study of stage, thickness, shape, growth pattern, invasive front malignancy grading, martinez-gimeno score, and pathologic features. *Head & Neck*, 24(6), 513-520.
- Pourel, N., Peiffert, D., Lartigau, E., Desandes, E., Luporsi, E., & Conroy, T. (2002). Quality of life in long-term survivors of oropharynx carcinoma. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 54(3), 742-751.
- Pusic, A., Liu, J. C., Chen, C. M., Cano, S., Davidge, K., Klassen, A., & Cordeiro, P. G. (2007). A systematic review of patient-reported outcome measures in head and neck cancer surgery. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136(4), 525-535.
- Ribeiro, K. D. C. B., & Kowalski, L. P. (2000). Impact of comorbidity, symptoms, and patients' characteristics on the prognosis of oral carcinomas. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 126(9), 1079-1085.
- Ringash, J., & Bezjak, A. (2001). A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients. *Head & Neck*, 23(3), 201-213.

- Rodu, B., & Jansson, C. (2004). Smokeless tobacco and oral cancer: a review of the risks and determinants. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 15(5), 252-263.

- Rogers, S. N., Humphris, G., Lowe, D., Brown, J. S., & Vaughan, E. D. (1998). The impact of surgery for oral cancer on quality of life as measured by the Medical Outcomes Short Form 36. *Oral Oncology*, 34(3), 171-179.

- Rogers, S. N., Fisher, S. E., & Woolgar, J. A. (1999). A review of quality of life assessment in oral cancer. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 28(2), 99-117.

- Rogers SN, Lowe D, Patel M, Brown JS, Vaughan ED. (2002). Clinical function after primary surgery for oral and oropharyngeal cancer: an 11-item examination. *Br J Oral Maxillofac Surg* 40: 1-10.

- Rogers, S. N., Ahad, S. A., & Murphy, A. P. (2007). A structured review and theme analysis of papers published on 'quality of life' in head and neck cancer: 2000–2005. *Oral Oncology*, 43(9), 843-868.

- Sadick, M., Schoenberg, SO, Hoermann, K., y Sadick, H. (2012). Current oncologic concepts and emerging techniques for imaging of head and neck squamous cell cancer. *Head and Neck Surgery*. 11:1-24.

- Sanchez, M. J., Martinez, C., Nieto, A., Castellsague, X., Quintana, M. J., Bosch, F. X. & Franceschi, S. (2003). Oral and oropharyngeal cancer in Spain: influence of dietary patterns. *European Journal of Cancer Prevention*, 12(1), 49-56.

- Schliephake H, Neukam FW, Schmelzeisen R, Varoga B, Schneller H. (1995). Long-term quality of life after ablative intraoral tumour surgery. *J. Craniomaxillofac Surg* 23: 243e249.

- -Schliephake, H., & Jamil, M. U. (2002). Prospective evaluation of quality of life after oncologic surgery for oral cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 31(4), 427-433.

- Schuster, M., & Stelzle, F. (2012). Outcome measurements after oral cancer treatment: speech and speech-related aspects—an overview. *Oral and Maxillofacial Surgery*, 16(3), 291-298.

- Scully, C., Epstein, J., & Sonis, S. (2004). Oral mucositis: a challenging complication of radiotherapy, chemotherapy, and radiochemotherapy. Part 2: diagnosis and management of mucositis. *Head & Neck*, 26(1), 77-84.

- Sethi, S., Lu, M., Kapke, A., Benninger, M. S., & Worsham, M. J. (2009). Patient and tumor factors at diagnosis in a multi-ethnic primary head and neck squamous cell carcinoma cohort. *Journal of Surgical Oncology*, 99(2).

- Sharma, R., Tobin, P., & Clarke, S. J. (2005). Management of chemotherapy-induced nausea, vomiting, oral mucositis, and diarrhoea. *The Lancet Oncology*, 6(2), 93-102.

- Sherman, A. C., & Simonton, S. (2010). Advances in quality of life research among head and neck cancer patients. *Current Oncology Reports*, 12(3), 208-215.

- Silvestre-Donat, F. J., & Puente Sandoval, A. (2008). Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 111-121.

- Singer, S., Arraras, J. I., Chie, W. C., Fisher, S. E., Galalae, R., Hammerlid, E., & Hofmeister, D. (2013). Performance of the EORTC questionnaire for the assessment of quality of life in head and neck cancer patients EORTC QLQ-H&N35: a methodological review. *Quality of Life Research*, 22(8), 1927-1941.

- Sobin, L. H., Gospodarowicz, M. K., & Wittekind, C. (Eds.). (2011). *TNM classification of malignant tumours*. John Wiley & Sons.

- Spadari, F., Bruno, E., & Salvato, A. (1997). Oral cavity diseases in HIV and AIDS infections. Clinical, preventive and therapeutic aspects]. *Minerva Medica*, 88(11), 441-457.

- Spiro, R. H., Huvos, A. G., Wong, G. Y., Spiro, J. D., Gnecco, C. A., & Strong, E. W. (1986). Predictive value of tumor thickness in squamous carcinoma confined to the tongue and floor of the mouth. *The American Journal of Surgery*, 152(4), 345-350.
- Stell, P. M., & Rawson, N. S. (1990). Adjuvant chemotherapy in head and neck cancer. *British Journal of Cancer*, 61(5), 779.
- Sturgis, E. M., Moore, B. A., Glisson, B. S., Kies, M. S., Shin, D. M., & Byers, R. M. (2005). Neoadjuvant chemotherapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue in young adults: a case series. *Head & Neck*, 27(9), 748-756.
- Summersgill, K. F., Smith, E. M., Kirchner, H. L., Haugen, T. H., & Turek, L. P. (2000). p53 polymorphism, human papillomavirus infection in the oral cavity, and oral cancer. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 90(3), 334-339.
- Talamini, R., Bosetti, C., La Vecchia, C., Dal Maso, L., Levi, F., Bidoli, E., & Franceschi, S. (2002). Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer Causes & Control*, 13(10), 957-964.
- Talmi, Y. P. (2002). Quality of life issues in cancer of the oral cavity. *The Journal of Laryngology & Otology*, 116(10), 785-790.
- Taylor J.C., Terrel J.E, Ronis D.L, Fowler K.E, Y Cols. (2004). Disability in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*.130(6):764-769.
- Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, Bradford CR, Chepeha DB, Prince ME, et al. (2004). Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 130: 401-408.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840.
- Torres-Carranza E, Infante-Cossío P, Hernández-Guisado JM, Hens-Aumente E, Gutierrez-Pérez JL. (2008). Assessment of quality of life in oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 13: E735-E741, 2008

- Van Breemen, R. B., & Pajkovic, N. (2008). Multitargeted therapy of cancer by lycopene. *Cancer Letters*, 269(2), 339-351.

- Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C., & Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.

- Varela-Centelles, P. I., Fernández, E. V., & Asenjo, J. G. (2008). Survival to oral cancer. A study of clinical risk markers with independent prognostic value. *Bulletin du Groupement International pour la Recherche Scientifique en Stomatologie et Odontologie*, 44(2), 46-51.

- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730.

- Vissink, A., Jansma, J., Spijkervet, F. K. L., Burlage, F. R., & Coppes, R. P. (2003). Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 14(3), 199-212.

- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.

- Warnakulasuriya, S., Johnson, N., & Van der Waal, I. (2007). Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 36(10), 575-580.

- Warnakulasuriya, S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45(4), 309-316.

- Winer, R. L., Lee, S. K., Hughes, J. P., Adam, D. E., Kiviat, N. B., & Koutsky, L. A. (2003). Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *American Journal of Epidemiology*, 157(3), 218-226.

- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient. Conceptual and methodologic issues. *Cancer*, 53(10 Suppl), 2339-2362.

- Wyatt, R. M., Beddoe, A. H., & Dale, R. G. (2003). The effects of delays in radiotherapy treatment on tumour control. *Physics in Medicine and Biology*, 48(2), 139.

- Zhang, X., & Reichart, P. A. (2007). A review of betel quid chewing, oral cancer and precancer in Mainland China. *Oral Oncology*, 43(5), 424-430.

8. ANEXOS

Anexo 1

ANEXO 1

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002

Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCIÓN

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.
2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar

los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público, antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra

persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MÉDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

33. El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.

34. Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médicopaciente. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

Anexo 2

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)
--

PROTOCOLO CALIDAD DE VIDA

PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
--

Nº PROTOCOLO :

NOMBRE Y APELLIDOS :

(ó iniciales del paciente)

Nº Hª CLINICA :

TELEFONO :

ANOTACIONES :

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio: “Protocolo de calidad de vida en pacientes
intervenidos de cáncer de cabeza y cuello”.**

Yo.....

(Nombre y apellidos del paciente)

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio.

.....
(firma del paciente)

(fecha)

.....
(firma del investigador)

DATOS DE FILIACION :

Nº Hª CLIN.

NOMBRE Y APELLIDOS:

Sexo :

Edad :

Profesión:

E. Civil :

Dirección :

Teléf :

Estadío diagnóstico :

I , II , III , IV.

T N M

Recidiva: SI NO

AÑO Diagnóstico :.....

Fumador SI NO

Bebedor SI NO

LOCALIZACION :

-LENGUA

-ENCIA

-SUELO DE BOCA

-GL. PAROTIDA

-GL. SUBMAX.

-GL. SUBMB.

-HUESO MB.

-HUESO MAX.

-OTROS

TRATAMIENTO :

.Cirugía solo.

. RT solo

.RT + QT

.QT solo

.Cirugía + RT

.Cirugía + RT + QT.

.Microcirugía.

Tº DE OPERACIÓN :

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una

mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer,

a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su

trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al

trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como

estar triste, deprimido, o nervioso?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a

causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas

tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE

HAN IDO LAS COSAS **DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS (ULTIMO MES)**. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar

a

los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé

- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

Cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1-¿ Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa pesada o una maleta?	1	2	3	4
2-¿ Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3-¿ Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4-¿ Tiene que permanecer en la cama o sentado en una silla durante el día?	1	2	3	4
5-¿ Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir servicio?	1	2	3	4
Durante la última semana				
6-¿ Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4

7-¿ Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8-¿ Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9-¿ Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10-¿ Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11-¿ Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12-¿ Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13-¿ Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14-¿ Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15-¿ Ha vomitado?	1	2	3	4
16-¿ Ha estado estreñado?	1	2	3	4
17-¿ Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18-¿ Estuvo cansado?	1	2	3	4
19-¿ Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4

20-¿ Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21-¿ Se sintió nervioso?	1	2	3	4
22-¿ Se sintió preocupado?	1	2	3	4
23-¿ Se sintió irritable?	1	2	3	4
24-¿ Se sintió deprimido?	1	2	3	4
25-¿ Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26-¿ Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27-¿ Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28-¿ Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

Pésima (1)

Excelente (7)

29-¿Cómo valoraría su salud general durante

la semana pasada? 1 2 3 4 5 6 7

30-¿Cómo valoraría su calidad de vida en general

durante la semana pasada? 1 2 3 4 5 6 7

Cuestionario de calidad de vida de la EORTC para pacientes con tumor de cabeza y cuello (QLQ- H&N 35)

Durante la semana pasada	En absoluto	Un poco	Bastante	mucho
1-¿Ha tenido alguna molestia en su boca?	1	2	3	4
2-¿Ha sentido dolor en su mandíbula?	1	2	3	4
3-¿Ha tenido su boca irritada?	1	2	3	4
4-¿Ha tenido un dolor fuerte en su garganta?	1	2	3	4
5-¿Ha tenido problemas al tragar líquidos?	1	2	3	4
6-¿Ha tenido problemas al tragar alimentos en puré? 1		2	3	4
7-¿Ha tenido problemas al tragar alimentos sólidos? 1		2	3	4
8-¿Se ha atragantado cuando tragaba?	1	2	3	4
9-¿Ha tenido problemas con sus dientes?	1	2	3	4
10-¿Ha tenido problemas al abrir mucho la boca?	1	2	3	4
11-¿Ha tenido la boca seca?	1	2	3	4
12-¿Ha tenido las saliva pegajosa?	1	2	3	4

13-¿ Ha tenido problemas con su sentido del olfato?	1	2	3	4
14-¿ Ha tenido problemas con su sentido del gusto?	1	2	3	4
15-¿ Ha tosido?	1	2	3	4
16-¿ Ha estado ronco?	1	2	3	4
17-¿ Se ha sentido enfermo?	1	2	3	4
18-¿ Se le ha hecho molesto su aspecto?	1	2	3	4
19-¿ Ha tenido dificultad al comer?	1	2	3	4
20-¿ Ha tenido dificultad al comer delante de su familia?	1	2	3	4
21-¿ Ha tenido dificultad al comer delante de otras personas?	1	2	3	4
22-¿ Ha tenido dificultad al disfrutar de sus comidas?	1	2	3	4
23-¿ Ha tenido dificultad al hablar con otras personas?	1	2	3	4
24-¿ Ha tenido dificultad al hablar por teléfono?	1	2	3	4
25-¿ Ha tenido dificultad al relacionarse con su familia?	1	2	3	4
26-¿ Ha tenido dificultad al relacionarse con sus amigos?	1	2	3	4

27-¿Ha tenido dificultad al salir en público? 1 2 3 4

28-¿Ha tenido dificultad al tener contacto físico con su familia
o amigos? 1 2 3 4

29-¿Ha sentido menos interés en el sexo? 1 2 3 4

30-¿Ha disfrutado menos con el sexo? 1 2 3 4

Durante la semana pasada **Si** **No**

31-¿Ha tomado medicinas para el dolor? 1 2

32-¿Ha tomado algún suplemento nutritivo (excluir vitaminas)? 1 2

33-¿Ha utilizado un tubo de alimentación? 1 2

34-¿Ha perdido peso? 1 2

35 ¿Ha ganado peso? 1 2