



Universidad de Oviedo

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD EN PACIENTES
INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE
DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
EN ASTURIAS. PERSPECTIVA DESDE
LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

Programada de Doctorado:

Clara Fernández Galguera



Universidad de Oviedo

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD EN PACIENTES
INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE
DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO
EN ASTURIAS. PERSPECTIVA DESDE
LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

Programada de Doctorado:

Autor
Clara Fernández Galguera

Director
Prof. Dr. D. Juan Carlos De Vicente Rodríguez

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional en todos los aspectos de varias personas.

En primer lugar, al Prof. Dr. D. Juan Carlos De Vicente Rodriguez, Catedrático de Cirugía Oral y Maxilofacial de la Universidad y Jefe de Servicio de Cirugía Maxilofacial en el Hospital Universitario Central de Asturias, por su inestimable ayuda y orientación en la ordenación de los conceptos y de como llevar a cabo el análisis estadístico, siempre con prontitud y esmero a pesar de sus múltiples ocupaciones.

En segundo lugar al Profesor Simon Rogers, BDS MBChB (Hons) FSD RCS (Eng), FRCS (Eng) FRCS (Max) MD, de la Universidad Edge Hill (EHU), Lancashire, Inglaterra y Cirujano Maxilo en el Hospital Universitario Aintree, por su inestimable ayuda en la aportación y aclaración de conceptos en relación al cuestionario de la UWQOL.

En tercer lugar al Prof. Derek Lowe, por su inestimable aportación en la actualización del cuestionario de la UWQOL.

Por último a mi Esposo e Hija, por haberme comprendido y ayudado a seguir adelante.

Tabla de contenido

<i>AGRADECIMIENTOS</i>	2
<i>1. INTRODUCCIÓN</i>	5
1.1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CALIDAD DE VIDA.....	6
<i>2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA</i>	9
2.1. CONCEPTO	9
2.2. CLASIFICACIÓN.....	10
2.3. TRATAMIENTO	11
2.4. LOCALIZACIONES DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	12
2.4.1. Cáncer de la cavidad oral.	12
2.4.2. Cáncer de nasofaringe o cavum.	13
2.4.3. Cáncer de orofaringe.	13
2.4.4. Cáncer de hipofaringe.....	14
2.4.5. Cáncer de laringe.....	14
2.4.6. Tumores de cavidad nasal y senos paranasales.	15
2.4.7. Tumores de glándulas salivales.....	16
<i>3. CALIDAD DE VIDA</i>	18
3.1. DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA.....	18
3.2. MODELOS DE CALIDAD DE VIDA.....	20
3.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	23
<i>4. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD</i>	25
4.1. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	26
4.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CVRS.....	27

4.3.	PROPIEDADES DE EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CVRS	28
4.4.	CUESTIONARIOS DE CVRS	32
5.	<i>HIPÓTESIS</i>	36
6.	<i>OBJETIVOS</i>	36
7.	<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i>	37
7.1.	<i>MATERIAL</i>	37
7.2.	<i>MÉTODO</i>	40
7.2.1.	Cuestionario “Ad Hoc”	40
7.2.2.	Cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QoL v4).	41
7.3.	<i>RESULTADOS</i>	45
7.3.1.	CUESTIONARIO “AD HOC”	45
7.3.2.	DATOS OBTENIDOS PARA LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO UW-QOL:	47
7.4.	<i>ESTADISTICA INFERENCIAL</i>	61
8.	<i>DISCUSIÓN</i>	66
9.	<i>CONCLUSIONES</i>	70
10.	<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	71
11.	<i>ANEXOS</i>	81
11.1.	<i>ANEXOS</i>	81

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de muerte en las todas las sociedades, (en los países industrializados). En los países desarrollados es la segunda causa de muerte por detrás de las enfermedades cardiovasculares. Entre todos los cánceres, el de cabeza y cuello representa de un 5 a un 10 % de todos ellos¹.

El número de personas fallecidas en España por distintas causas, independientemente del sexo y edad, según el Instituto Nacional de Estadística, se sitúa en el año 2016 en 410.611 personas, de las cuales 208.993 corresponden a hombres (50,89%) y 201.618 a mujeres (49,10%)². Las distintas causas se engloban en XX apartados, desde enfermedades infecciosas hasta causas externas de mortalidad, desglosados según sexo y porcentaje (Anexo I).

El número de personas fallecidas en Asturias durante el año 2016 se sitúa en 13.204, de las cuales 6.461 eran hombres (48,93%) y 6.743 mujeres (51,07%)³. Las causas correspondientes a este período, así como el sexo y porcentaje de personas afectadas puede consultarse en el Anexo II.

Desglosados los procesos tumorales tanto para España como para Asturias, así como aquellos que pertenecen al grupo 009 y 017 (cavidad oral, faringe y laringe, respectivamente), se obtienen resultados muy similares, aunque ligeramente superiores a nivel nacional (Anexos III y IV).

Engloba el cáncer de cabeza y cuello un grupo de procesos malignos que afectan al tracto aerodigestivo superior. Es el séptimo cáncer más frecuente en el mundo, el noveno en Estados Unidos, el primero en países del Sudeste asiático, en España, origina el 5% de los fallecimientos por cáncer⁴. La mayoría son carcinomas de células escamosas, tienen lugar preferentemente en la segunda mitad de la vida y la máxima frecuencia de edad se encuentra entre los 55 y los 60 años⁵. La supervivencia a los 5 años es de un 70% en enfermedad temprana y de un 30% en enfermedad avanzada¹.

1.1. DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CALIDAD DE VIDA

La evolución histórica de este concepto ^{6,7} puede resumirse desde la época de los filósofos griegos hasta mediados del siglo XX según su conceptualización:

1. Aristóteles, no usaba el concepto de calidad de vida, pero sí intentaba definir la felicidad y eso sí, ésta, está relacionada con el concepto de calidad de vida. Afirmaba que unas cosas afectarán a unos y a otros de distinta forma y a su vez dependerá del momento y situación de la persona.
2. En la Edad Media, la religión cobra especial influencia en las personas, pasa así a relacionarse el concepto de calidad de vida con la posibilidad de felicidad futura.
3. En la época de la Ilustración, periodo comprendido desde finales del Siglo XVII hasta la Revolución Francesa (1848), se vincula el concepto de calidad de vida a los derechos de igualdad, fraternidad y libertad de las personas.
4. En la época de la Revolución Industrial, segunda mitad del Siglo XVIII y principios del Siglo XX, sufren los estados un conjunto de transformaciones socioeconómicas, tecnológicas y culturales. Es decir, la revolución industrial fue la causa de la industrialización, las personas tenían desde el punto de vista económico un mayor poder adquisitivo y un mejor acceso a los productos ofertados, mejoraban así por lo tanto su calidad de vida.
5. A mediados del Siglo XX, las sociedades con gran desarrollo tecnológico poseen un elevado poder económico, crece así el interés por conocer el bienestar del ser humano y el impacto que sobre él tiene la industrialización. Por tal motivo, las Ciencias Sociales adquieren un mayor auge por intentar medir los hechos relacionados con el bienestar del ser humano. Cobra importancia en esta época la Escuela Sociológica de Chicago, con ella se empieza los trabajos especializados de sociología urbana y la investigación hacia el entorno urbano combinando la teoría y el estudio de campo etnográfico. Intenta así esta Escuela, medir objetivamente la calidad de vida de las personas.

En esta época se entiende la calidad de vida asociada al desarrollo económico, al mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos.

El inicio e interés para investigar la calidad de vida sucede cuando L. B. Johnson, XXXVI Presidente de los Estados Unidos (1963 – 1969), durante un mitin en el *Madison*

Square Garden (Nueva York) al hablar de su programa dijo “*These goals cannot be measured by the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of the lives that our people leads*”⁸.

Para Flannagan⁹ la evaluación de la calidad de vida se haría teniendo en cuenta las categorías: bienestar físico y material, relaciones interpersonales, actividades sociales, comunitarias y cívicas, desarrollo personal, realización y ocio. Esta escala ofrecía dudas a Burckhardt para ser utilizada en pacientes crónicos, así, Flannagan autorizó a Burckhardt^{10,11} la posibilidad de adaptar su escala para este tipo de pacientes generando un nuevo ítem, el denominado, independencia, ya que los pacientes encuestados, al definir lo que ellos entendían, como calidad de vida lo hacían como “capacidad para ser independientes” y “capacidad para cuidar de mí mismos”.

Desde el punto de vista sociológico, la calidad de vida vendría expresada por la cobertura de las necesidades básicas correspondientes a los niveles 1 y 2 de la pirámide de Maslow,¹² a las cuales se les añadiría, la educación, seguridad y ocio y aspectos cualitativos relacionados con el entorno físico, social y económico. Maslow^{13,14}, modifica su pirámide de 5 niveles a una de 8 en 1970, al añadir el nivel de conocimiento, necesidades estéticas y necesidades transcendentales (Fig.1)



Figura 1. Pirámide de Maslow extendida

A raíz de la conferencia internacional de Alma-Ata (Kazajistán, 1978) no sólo se define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social siendo un derecho fundamental en el cual intervienen sectores sociales y económicos, sino que además se hace énfasis en la importancia que tiene la promoción de la salud incluyendo la

calidad de vida porque de lo que se trata es de añadir vida a los años y no años a la vida. La salud ya no es la ausencia de enfermedad.

Actualmente cobra importancia la evaluación de la calidad de vida de los pacientes existiendo distintos métodos de su control vía telemática y telefónica con el fin de evitar estados de ansiedad de los pacientes, persiguiendo con ello que el paciente añada más vida a los años y no años a la vida.

2. ESTADO ACTUAL DEL TEMA

2.1. CONCEPTO

El cáncer de cabeza y cuello aglutina a los tumores malignos que se desarrollan en la mucosa del tracto aerodigestivo superior.

Según la zona afectada podemos desglosar estos procesos en aquellos situados en la cavidad oral, faringe, laringe, glándulas salivales, fosas nasales y senos paranasales. Las afecciones que pueden darse en estas zonas son ¹⁵:

2.1.1. Cavidad oral:

2.1.1.1. Mucosa oral.

2.1.1.2. Lengua: dos tercios anteriores (porción móvil).

2.1.1.3. Labios.

2.1.1.4. Suelo oral.

2.1.1.5. Paladar duro.

2.1.2. Faringe:

2.1.2.1. Nasofaringe.

2.1.2.2. Orofaringe (amígdala, paladar blando, base de lengua).

2.1.2.3. Hipofaringe.

2.1.3. Laringe:

2.1.3.1. Glótica.

2.1.3.2. Supraglótica.

2.1.3.3. Subglótica.

2.1.4. Glándulas salivales

2.1.5. Fosas nasales

2.1.6. Senos paranasales

No se incluyen en este tipo de afecciones las relacionadas con el esófago, piel, sistema nervioso y glándula tiroidea.

Ocupa a nivel mundial, el 7º lugar, en cuanto a tumoraciones se refiere.

En España, este tumor es predominantemente masculino, ocupando el 6º lugar en incidencia y con 10.000 casos nuevos detectados anualmente. Se presenta en edades superiores a los 50 años, aunque las neoplasias de nasofaringe y glándulas salivales pueden presentarse en edades más tempranas¹⁶.

La tasa de supervivencia es del 75 % al año, viéndose reducida a un 42% a los 5 años¹⁶.

2.2. CLASIFICACIÓN

El sistema de clasificación del estadio tumoral se basa en el sistema TNM establecido por la *American Joint Committee (AJCC)* y la *International Union Against Cancer (IUAC)*^{17,18,19,20} donde:

1. T indica el tamaño y extensión del tumor principal (tumor primario).
 - 1.1. TX. No puede medirse un tumor primario.
 - 1.2. T0. No puede encontrarse un tumor primario.
 - 1.3. Tis. Carcinoma "in situ".
 - 1.4. T1. Tumor de 2 cm o menos de diámetro.
 - 1.5. T2. Tumor de 2 a 4 cm. de diámetro.
 - 1.6. T3. Tumor mayor de 4 cm. de diámetro.
 - 1.7. T4. Enfermedad local o avanzada.
 - T4a. Enfermedad local moderadamente avanzada.
 - T4b. Enfermedad local muy avanzada.
2. N (afectación de los ganglios linfáticos regionales).
 - 2.1. NX. No puede medirse el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
 - 2.2. N0. No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
 - 2.3. N1. Un ganglio ≤ 3 cm.
 - 2.4. N2. Ganglio entre 3 y 6 cm.
 - 2.5. N3. Ganglio > 6 cm.
3. M se refiere a la presencia de metástasis a distancia.
 - 3.1. MX. No puede medirse la metástasis.
 - 3.2. M0. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
 - 3.3. M1. Se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

La ESTADIFICACIÓN del cáncer de cabeza y cuello, siguiendo el sistema TNM es:

Estadio	Tumor	Afectación Ganglionar	Metástasis
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1-3	N1	M0
IVA	T1-3	N2	M0
	T4a	N0-2	M0
IVB	T4b	N0-2	M0

2.3. TRATAMIENTO

El tratamiento en el cáncer de cabeza y cuello engloba: cirugía, radioterapia y quimioterapia, bien de forma combinada o aisladamente. La elección de uno u otro tipo de tratamiento vendrá dado por el tipo de tumor, por su localización y por la existencia de diseminación o no ¹⁵.

Las secuelas de la cirugía dependerán de la extirpación de un órgano (laringe, lengua), y del trastorno funcional y alteraciones que ocasione, como son la deglución y la fonación.

El tratamiento quirúrgico, se realiza en los estadios I y II, pero los estadios III y IV sobretodo en los localizados en cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe, la primera elección son los tratamientos no quirúrgicos ²¹. Estos tratamientos no quirúrgicos combinan radioterapia con quimioterapia, en otros casos se inicia el tratamiento con quimioterapia (quimioterapia de inducción) para posteriormente combinarse como quimio-radioterapia.²¹

El tratamiento radioterápico, se realiza de dos formas, como radioterapia de haz externo (*External Beam Therapy* EBT) o radioterapia de intensidad modulada (*Intensity-modulated radiation therapy* IMRT).

La radioterapia tiene efectos secundarios, entre los cuales podemos incluir: dolor faríngeo, ageusia y xerostomía. De los anteriormente citados el más importante es el dolor faríngeo, lo que motivará una disminución de la ingesta de alimentos y líquidos, hecho que se ve solventado en caso de agravamiento del estado nutricional del paciente con el uso de una sonda de alimentación ^{22,23}.

El uso de la quimioterapia puede ser previo a la cirugía, tras la cirugía o administración de radioterapia y al mismo tiempo que la radioterapia. Tenemos así la quimioterapia: neoadyuvante, adyuvante y concomitante, respectivamente ²¹.

Los efectos secundarios de la quimioterapia estarán en relación con la afección ocasionada sobre las células que tienden a reproducirse de una forma más rápida que

otras. Así podremos encontrar: alteraciones sobre la médula ósea (anemia, neutropenia, trombopenia), alopecia, trastornos digestivos, mucositis ^{21,22}.

Nuevas terapias y factores pronósticos:

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) produce un tipo de tumor especial, localizado más frecuentemente en la orofaringe ^{23,24,25}. Representa un nuevo tipo de tumor, con mejor pronóstico que los tumores que se observan en población de enfermos fumadores-bebedores ^{25,26}.

Actualmente la inmunoterapia se usa y se está investigando su uso en los diferentes tipos de tumores a pesar de que la base del tratamiento de los tumores de cabeza y cuello son la cirugía, radioterapia y la quimioterapia ^{25,26,27}.

2.4. LOCALIZACIONES DEL CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

2.4.1. Cáncer de la cavidad oral.

Las manifestaciones del cáncer de la cavidad oral, dependerán de la localización tumoral. Tenemos así:

- Leucoplasia o eritroplasia.
- Ulceras que no cicatrizan.
- Sangrado oral.
- Odinofagia, molestias faríngeas inespecíficas.
- Otagia.
- Sensación de cuerpo extraño.
- Cambios en el tono de la voz o voz nasal (rinolalia).
- Tumoración cervical.

El tratamiento dependerá del tamaño y localización tumoral pudiendo realizarse cirugía, radioterapia o quimioterapia ²⁸.

La cirugía conlleva la extirpación del tumor con márgenes de tejido sano.

La radioterapia se usa en el tratamiento de:²⁸

- Tumores pequeños.
- Pacientes no admitidos a cirugía por su estado general o edad.
- Tratamiento complementario a la cirugía si los bordes están afectados o existe afectación ganglionar cervical.

Los efectos secundarios de la radioterapia pueden ser ¹⁵:

- Cambios cutáneos.
- Disfonía.
- Ageusia.
- Mucositis.
- Caries.

2.4.2. Cáncer de nasofaringe o cavum.

La nasofaringe o cavum, también es denominada rinofaringe o epifaringe y corresponde a la zona más alta de la faringe. Es la única zona de la faringe que está permanentemente permeable ya que en ella desembocan las trompas de Eustaquio. Está situada detrás de las fosas nasales, por encima del paladar blando y por delante de la columna cervical.

La sintomatología a este nivel suele ser tardía y se relaciona con dificultad en la respiración, en la audición o en la aparición de epistaxis ¹⁵.

Los factores de riesgo más conocidos son ¹⁵.

- Consumo de alimentos salados (ricos en nitritos, que pasan a nitrosaminas durante la cocción, curado o salazón de la carne o por acción de la flora intestinal durante la digestión).
- Infección por el virus de Epstein-Barr, causante de la mononucleosis infecciosa.

La mayoría de las células tumorales presentan en su interior restos de este virus, pero sólo un pequeño porcentaje de paciente que han padecido esta enfermedad presentaran este tipo de tumor.

- Factores genéticos asociados, desconociéndose el alcance real de los mismos.

La OMS distingue tres tipos de tumores ¹⁵ según su histología:

- WHO 1: Carcinoma epidermoide queratinizante, bien diferenciado.
- WHO 2: Carcinoma epidermoide no queratinizante.
- WHO 3: Carcinoma indiferenciado o linfoepitelioma.

2.4.3. Cáncer de orofaringe.

La orofaringe, se sitúa por detrás de la cavidad oral incluye la base de la lengua, amígdalas palatinas, pared posterior de la faringe y el paladar blando,

Síntomas:²⁹

- Odinofagia.
- Alteración en el tono de la voz
- Otagia.

Son factores de riesgo, el consumo de tabaco y alcohol. No obstante se da también en afecciones debidas al virus del papiloma humano ²⁹.

El tratamiento además de la cirugía, incluye, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

2.4.4. Cáncer de hipofaringe

La hipofaringe es la tercera porción de la faringe, que se continúa con el esófago y se sitúa por detrás de la laringe.

Cuando de tumores de hipofaringe se trata es normal la aparición de otagia refleja, también puede aparecer odinofagia ocasionada con la deglución o sin ella ³⁰.

Los factores de riesgo son el consumo de tabaco, alcohol y pacientes malnutridos.³⁰

El tratamiento, en líneas generales, se basa en la cirugía y la radioterapia, usándose la quimioterapia para los casos avanzados.

2.4.5. Cáncer de laringe

El cáncer de laringe predomina en el sexo masculino y su aparición está relacionada con el consumo de tabaco ³¹.

Sintomatología ³¹ :

- Disfonía (síntoma característico de afecciones relacionadas con la glotis).
- Disfagia.
- Disnea (síntoma fundamental en los tumores subglóticos).
- Odinofagia.

Para su diagnóstico se utiliza la fibrolaringoscopia, así como la laringoscopia directa.³¹ Se diferencian en que en la primera se ven las cuerdas vocales en fonación, pero en las segundas no se visualizan las cuerdas vocales en fonación por utilizarse para su uso anestesia general, en cambio se puede realizar una biopsia de la zona afectada. También se utiliza esta segunda prueba cuando el paciente presenta un cuello corto, poco flexible o tiene un reflejo nauseoso exacerbado.

Tratamiento

La elección de un tratamiento u otro dependerá del estadio del tumor y de su localización, entre otros, yendo desde la cirugía a la radioterapia o quimioterapia, y en algunos casos requerirá el uso combinado de algunos de los tratamientos anteriores.

Entre las técnicas quirúrgicas empleadas tenemos:

- Laringectomía total: Se extirpa la laringe. Al extirparse las cuerdas vocales se pierde la voz y se realiza una traqueostomía permanente. Es por lo tanto una cirugía mutilante.
- Laringectomía supraglótica: Se extirpa la supraglotis. Se conservan las cuerdas vocales. La traqueostomía es temporal. Se conserva la voz.
- Cordectomía: Se extirpa parte de una cuerda vocal afectada o toda ella, de forma abierta o por medio de laser de CO₂.
- Linfadenectomía cervical: Se extirpan los ganglios del cuello. Se lleva a cabo en el momento de la cirugía de la laringe. Esta técnica es complementaria de las anteriores.

El tratamiento con radioterapia se realiza en tumores que afecten a una sola cuerda vocal (T1 y T2). Los resultados son muy similares a los quirúrgicos pudiendo por ello sustituir a la cirugía en casos seleccionados.

La radioterapia puede ser administrada además como:

- Radioterapia complementaria: una vez extirpado el tumor y existe afección de los márgenes y /o ganglios cervicales.
- Radioterapia combinada: se administra con la quimioterapia. Se recurre a ella cuando no puede emplearse la cirugía como primera opción en ciertos tumores.

2.4.6. Tumores de cavidad nasal y senos paranasales.

Los tumores malignos de la cavidad nasal y de los senos paranasales afectan por frecuencia al seno maxilar, cavidad nasal y etmoides³².

No existen diferencias étnicas ni raciales aunque la incidencia varía según la zona geográfica como Japón y África. Son más frecuentes en varones, presentándose en la edades a partir de los 50 años³³.

Suelen ser unilaterales y el diagnóstico se dificulta porque la clínica en sus inicios es similar a procesos sinusales benignos como puede ser una sinusitis.

La etiología son la inhalación de determinados agentes químicos, polvo orgánico y el hábito de fumar ³³.

La clínica dependerá del lugar de asentamiento de tumor siendo los síntomas más habituales ³³:

- Obstrucción nasal unilateral y progresiva.
- Rinorrea serosa, purulenta o sanguinolenta.
- Epistaxis o anosmia.
- Dolor.
- Diplopía, epifora.

El diagnóstico se realiza por pruebas de imagen como: Radiología simple de cráneo, TAC (Tomografía axial computerizada) o RNM (Resonancia Nuclear Magnética).

El tratamiento suele ser quirúrgico, no obstante la radioterapia y la quimioterapia se suelen utilizar como tratamiento complementario a la cirugía ³³.

2.4.7. Tumores de glándulas salivales.

Las glándulas salivales se dividen en mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y menores (en la mucosa de la cavidad bucal, fosas nasales y senos paranasales) ³⁴.

La mayor parte de las afecciones en estas glándulas son benignas (80%), y tan sólo < del 0,5% son tumores malignos.

En cuanto a la localización el mayor porcentaje se localiza en las glándulas salivales mayores (91%): correspondiendo un 70% a la parótida, un 20% a la glándula submaxilar y un 1% en la glándula sublingual. Cuando de glándulas salivales menores la localización a este nivel es de un 10%. La afección, es mayor en relación al tamaño glandular, pero, a la vez, también la probabilidad de que la afección sea benigna ³⁴.

Las afecciones malignas suelen aumentar con la edad, predominan en el sexo masculino y las formas benignas son más frecuente en el sexo femenino ³⁴.

Se desconoce la etiología de este tipo de tumores pero se cree que son debido a factores ambientales y alteraciones genéticas adquiridas ³⁴.

Son tumores asintomáticos no obstante y según el tamaño aparecerá una masa palpable en la glándula afectada a la vez que dolor local y dificultad para la apertura y cierre de la boca y en estadios avanzados puede afectar a la deglución.¹⁵

El diagnóstico se realiza por medio de distintas técnicas como ³⁴:

- PAAF (Punción-aspiración con aguja fina), se obtiene una muestra del tumor con una mínima molestia para el paciente.
- Ecografía, útil en tumores de las glándulas salivales mayores (submaxilar y lóbulo superficial de la glándula parótida).
- TAC (Tomografía axial computerizada) de cabeza y cuello, por el poder de resolución, es útil, en la localización, el volumen, la posible afección del lóbulo profundo de la glándula parótida e infiltración de estructuras próximas.
- RNM (Resonancia nuclear magnética), más precisa que el TAC, no obstante ambas técnicas permiten obtener una imagen de la afección y su relación con los tejidos circundantes. Hecho que se pone de manifiesto en el caso de la glándula parótida permitiendo ver las lesiones extrínsecas e intrínsecas a la glándula y determinar la relación que la lesión pueda tener con el nervio facial.

El tratamiento fundamental es quirúrgico empleándose la radioterapia postoperatoria en casos de posible recidiva en las afecciones que puedan darse en las glándulas mayores o como complemento a la cirugía ³⁵.

3. CALIDAD DE VIDA

Un concepto utilizado ampliamente en nuestros días es el de CALIDAD DE VIDA (*Quality of life*). Dicho concepto abarca desde el campo político hasta el sociológico, pero del cual no existe una definición única y unánime por ser un concepto subjetivo. Está relacionado con la percepción que tenemos acerca de nuestra vida, de si nos sentimos realizados con nuestro propio ser. Entran así en su definición variables subjetivas (satisfacción, felicidad, autoestima, bienestar, felicidad, etc.) de difícil medición y variables objetivas, más fáciles de medir (economía, nivel sociocultural, problemas de salud, etc.). Por lo tanto, abarca desde factores contribuyentes al bienestar y al sentido de la vida, como de las relaciones entre estos ³⁶.

3.1. DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA

El hecho anteriormente mencionado fue el evento más importante en salud internacional de la década de los 70 del pasado siglo. Así, a raíz de este evento, distintos autores aportan definiciones de calidad de vida:

Shaw ³⁷ define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa. Diseña una ecuación para determinar la calidad de vida individual:

$QL = NE * (H+S)$, donde

NE representa la dotación anual del paciente.

H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona.

S la contribución hecha por la sociedad.

La crítica hecha a esta ecuación es que la persona no es evaluada por sí misma y no puede haber cero calidad de vida.

Hornquist ³⁸, por su parte, la define en términos de satisfacción de las necesidades de una persona dentro de las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.

Para Calman ³⁹, sería la medición de la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual. Incluye satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar situaciones de stress.

Oppong et al. ⁴⁰ la definen como las condiciones o experiencia de vida.

Ferrans ⁴¹ define calidad de vida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.

Cella et al.^{42,43} aseveran que la calidad de vida es “la apreciación de los pacientes de su nivel funcional actual y su satisfacción con éste respecto de lo que creen que es posible o ideal”.

Bigelow et al.⁴⁴ la definen como la ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar.

Martin & Stockler⁴⁵ la matizan como el tamaño de la brecha existente entre las expectativas individuales y la realidad. A menor intervalo, mejor calidad de vida.

Haas⁴⁶ lleva a cabo una evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.

Lawton⁴⁷ evaluación multidimensional de acuerdo a criterios interpersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.

Dalkey y Rourke⁴⁸ aluden a un sentimiento personal de bienestar, satisfacción/insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad.

Schalock⁴⁹, afirma que en la calidad de vida de una persona influyen el estado físico y mental (Salud y bienestar), la vida en el hogar y en la comunidad y la escuela y el trabajo.

Según Andrews y Whitney⁵⁰, “la calidad de vida no es realmente el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo”.

Shin y Jonson⁵¹, definen la calidad de vida como la posesión de los recursos necesarios para satisfacer las necesidades y deseos, la participación en actividades que posibiliten el desarrollo personal y la autorrealización y comparación satisfactoria de uno mismo con los otros.

Levi y Andersson⁵², definen la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Serían ejes de la calidad de vida la felicidad, la satisfacción con la vida y el bienestar.

Para Najman y Levine⁵³, los términos de felicidad, satisfacción con la vida y bienestar general hacen referencia a una serie de conceptos interrelacionados que constituyen los indicadores subjetivos de la calidad de vida.

Otros autores consideran hasta 12 indicadores para medir la calidad de vida de una población: educación, empleo, energía, medio ambiente, salud, derechos humanos, nivel de ingresos, infraestructura, seguridad nacional, seguridad ciudadana, tiempo libre y vivienda, tal y como ocurre en el modelo Calvert. (*The Calvert- Henderson Quality of Life indicators*: <http://www.calvert-henderson.com/intro.htm>)

La OMS, al intentar lograr estudios comparativos e internacionales desarrollaron un grupo de trabajo en calidad de vida (*World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL*), el cual propuso una definición propia de calidad de vida (*The WHOQOL Group, 1995*)⁵⁵.

Previamente a su definición, explicaron algunas de las características del constructo tales como que la calidad de vida es subjetiva, distingue entre la percepción de condiciones objetivas (recursos materiales) y condiciones subjetivas (satisfacción con ese recurso); tiene una naturaleza multidimensional e incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas.

Así, la calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto cultural y del sistema de valores en el cual se vive y su relación con sus metas u objetivos, sus expectativas, sus normas y sus intereses.

La calidad de vida está estrechamente relacionada con la sensación de salud, por lo tanto puede ser definida como la capacidad de la persona de desempeñar un papel en la sociedad y de disfrutar plenamente de ese papel como ciudadano, sea cual fuere su situación social⁵⁶.

Implica al referirnos a la calidad de vida hacerlo desde una perspectiva multidimensional y no sólo del estado de salud ni de la situación económica. Debemos tener en cuenta una serie de factores interrelacionados entre sí existiendo gran variabilidad en el número de factores propuestos.

3.2. MODELOS DE CALIDAD DE VIDA

González P. et al.^{57,58} y Rodríguez Suarez LF^{59,60} citan en sus capítulos “Modelos de calidad de vida” y en “Calidad de vida en la vejez” a Baca-Baldomero⁶¹, quien en 1991, realizó una síntesis de los modelos de calidad de vida, distinguiendo entre los denominados “enumerativos” y “complejos”.

1. Modelos enumerativos. Hacen referencia a aquellas condiciones que la persona puede satisfacer en mayor o menor grado.

Son aproximaciones a este modelo las aportadas por Flannagan (1978)⁶², que lo contempla desde un punto de vista sociológico, Torrance⁶³, quien evalúa dos aspectos fundamentales: la discapacidad y el sufrimiento psicológico, y Spilker (1990)⁶⁴, quien aparte de los aspectos aportados por Torrance busca las repercusiones que dichos aspectos producen sobre la interacción social del individuo y sobre su situación económica.

2. Modelos complejos. Intentan buscar los mecanismos que determinan la calidad de vida en las personas. Se dividen en:
 - 2.1. Modelos Matriciales. Campbell et al. (1976)⁶⁵ y Andrews y Whithey (1976)⁶⁶ consideran que el bienestar general sería la interacción entre las características personales, condiciones objetivas de vida en determinadas áreas de la misma y la satisfacción con las condiciones de vida en esas áreas. Así la satisfacción es mayor cuando los logros se aproximan a las aspiraciones y menor cuando se alejan. Estas aspiraciones se basan en comparaciones con los demás y con la propia experiencia pasada.
 - 2.2. Modelo de discrepancias múltiples. Descrito por Michalos en 1985⁶⁷, las medidas de discrepancia predecían la satisfacción global mejor que la suma de satisfacciones en diversos campos. La discrepancia que mejor predecía era la existente entre aspiraciones y logros, la comparación con los demás y lo que se alcanzaba y los que se creía merecer.
 - 2.3. Medidas de utilidad, que tienden a establecer un valor objetivo medio de la población respecto a su salud. Como ejemplo tenemos *Time Trade-off* de Torrance (1972)⁶⁸ que se basa en la pregunta ¿Prefiere vivir sano poco tiempo o por el contrario vivir el doble tal como está?.
3. Modelo biomédico u organicista. En él se recogen datos aportados por la persona sobre la sintomatología de su enfermedad. Este modelo presenta lagunas ya que las personas mayores padecen de pluripatología, alteraciones cognitivas y de comunicación, además problemas funcionales, emocionales, psíquicos y económicos que influyen de forma notable en su salud.
4. Modelo bio-psico-social, más completo que el anterior por incluir el elemento psicológico y social ausentes en aquél, pero no obstante se queda corto en su uso por estar ausentes aspectos influyentes como son: la pareja, la familia, la comunidad, la sociedad, la cultura y la religión.
5. Modelo funcional. Pretende explicar cómo la variación del estado funcional de la persona es el indicador más sensible para identificar un cambio en la calidad de vida. El declive de la capacidad funcional está condicionado por los cambios fisiológicos de la edad, que sin llegar a producir enfermedad, son responsables de “minusvalías funcionales fisiológicas” en mayor o menor grado.

Fuentes del bienestar	Ingresos, educación, trabajo, condiciones de la vivienda, matrimonio, familia, recursos materiales.
VARIABLES PSÍQUICAS	Percepción del grado de salud psíquica, personalidad, autocontrol, adaptación al entorno, reacción ante un acontecimiento, estado de ánimo, hedonismo, comportamiento, autoestima, sexualidad.
VARIABLES FÍSICAS	Nivel de salud físico, vitalidad, autonomía, percepción del grado de salud general, actividades de la vida diaria, ejercicio físico.
VARIABLES SOCIALES	Funcionamiento social, relaciones sociales interpersonales, adaptación social, status social, recursos sociales, participación en la comunidad, seguridad ciudadana, trabajadores sociales, soporte social.
Capacidad funcional	Hábitos (actividades básicas de la vida diaria-AVD), instrumentalidad (actividades instrumentales de la vida diaria-AIVD).

Figura 2. Tomado de González García-Portilla MP, Díaz Suárez J, Rodríguez Suárez LF, Bobes García J. Calidad de vida: Modelos de Calidad de Vida. Monográfica de psiquiatría V. 6: 21-32; 1993.

A pesar de que aparentemente sean indicadores comunes a todas las sociedades, existe en cambio una gran variabilidad entre las culturas teniendo así que se han valorado de forma distinta según la época y el momento los factores que afectan a la calidad de vida de una persona. Actualmente y debido a la multiculturalidad poblacional, los valores de los factores que influyen en la vida de las personas, varía y dependerán de la situación particular, de los valores y de las connotaciones culturales.

3.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

González P ⁶⁹, analiza la opinión de distintos autores en relación a qué es lo que debe medirse cuando evaluamos la calidad de vida desde una perspectiva psicosocial por medio de indicadores objetivos que delimitan los aspectos de la vida material que se consideran necesarios desde una perspectiva social y los indicadores objetivos, importantes una vez cubiertas las necesidades básicas.

1. Indicadores sociales objetivos

La aproximación objetiva a la calidad de vida lleva añadido que la salud, el medio ambiente físico, la calidad de la vivienda y otras circunstancias materiales son indicadores válidos de la misma (Najman y Levine, 1981) ⁵³. Señalan estos autores cuatro factores que han restringido la utilidad de los indicadores sociales objetivos: Conceptualización vaga de las dimensiones básicas constitutivas de calidad de vida, desacuerdo acerca de cuáles son los indicadores relevantes, escasa capacidad para relacionar los *inputs* con los resultados, escasa comprensión de la asociación entre las condiciones objetivas y la percepción subjetiva de esas condiciones.

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en 1973 es quien da e intenta de forma más consistente generar cierto acuerdo en qué se debe medir y define la calidad de vida en términos de situación del individuo en relación a una serie de aspectos sociales ⁷⁰.

Estos aspectos serían: Salud, desarrollo individual mediante la educación, empleo y calidad de vida laboral, tiempo y ocio, bienes y servicios, entorno físico, seguridad personal y administración de justicia, oportunidad social y participación.

Existe un acuerdo general en relación a la importancia que tienen los niveles adecuados de nutrición, vestido, vivienda, sanidad y demás elementos fisiológicos para la supervivencia. A estas necesidades básicas, las sociedades añaden, educación, seguridad y ocio juntamente con aspectos cualitativos de los entornos físicos, social, político y económico según señala Lleó de la Viña (1980),⁷¹ pero además habría que añadir y tener en cuenta excedente de renta, ya que cubiertas las necesidades materiales y básicas, es necesaria para el consumo de otros bienes y servicios en el mercado.

También, autores como Palmore y Luikart ⁷²; Larson⁷³; Wilkening y McGranaham ⁷⁴; Levi y Anderson ⁷⁵, Najman y Levine ⁵³ consideran que los estudios que sólo usan indicadores objetivos contribuyen escasamente a la comprensión de la experiencia de vida.

2. Indicadores sociales subjetivos

Cubiertas las necesidades básicas de la persona van surgiendo otras necesidades superiores. Si seguimos la pirámide de Maslow, el nivel más alto es el de las necesidades transcendentales, ayudar a otras personas a alcanzar su autorrealización.

Aggernaes (1994)⁷⁶ cita las necesidades básicas como: necesidades biológicas elementales, necesidad de contactos humanos cálidos, necesidad de actividades, necesidad de una vida variada y en cierto grado, excitante (no aburrimiento).

Las considera fundamentales por encontrarlas en todos los seres humanos en las distintas culturas y todos sufren si alguna está totalmente insatisfecha.

Para Najman y Levine (1981)⁵³ los indicadores subjetivos incluyen términos como felicidad, satisfacción con la vida y bienestar general.

Pero es difícil valorar el bienestar o la calidad de vida a través de indicadores subjetivos, no obstante se buscan los mejores predictores de felicidad o satisfacción con la vida.

Tenemos por lo tanto que los determinantes más importantes de un elevado nivel subjetivo de calidad de vida parecen ser :

- 2.1. Relaciones sociales positivas, estable e íntimas.
- 2.2. Ausencia de distancia entre las expectativas y los logros alcanzados.

4. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Definir la calidad de vida relacionada con la salud, implica centrarse en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la medida de que cada individuo logre y mantenga un nivel de funcionamiento que le permita alcanzar sus objetivos vitales lo cual quedará reflejado en su bienestar general.

Por ello, hablar de calidad de vida relacionada con la salud implica tener presentes dos dimensiones que no son en modo alguno independientes, sino que están relacionadas entre ellas. Estas dimensiones son: ⁷

- a) Dimensión relacionada con la salud, denominada, “calidad de vida relacionada con la salud”.
- b) Dimensión no relacionada directamente con la salud que incluye familia, amistades, creencias religiosas, educación, trabajo, ingresos y otras circunstancias de la vida.

Explica esta relación entre ambas dimensiones el que enfermedades que afectan al organismo repercuten en el estado psicológico de la persona, de su grado de independencia y en sus relaciones con los demás. A su vez, aspectos no médicos pueden influir en la salud como son: familia, trabajo, situación económica y otras circunstancias de la vida ⁷.

El inicio de este tipo de investigación en cuanto a CVRS surge en Estados Unidos a raíz de confluir dos líneas de investigación, la investigación clínica de la medición del estado funcional de los pacientes, lo conocido como las actividades de la vida diaria (AVDs) o *activities of daily living* (ADL) ^{77,78} y la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental, nace así la investigación clínica de la CDV ^{79,80} y completa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, el aporte de la sociología relacionada con la salud, en el sentido de cómo la dimensión social de la vida humana afecta a la salud, al bienestar y a la susceptibilidad a enfermar ^{81,82,83,84}.

El desarrollo de la medición de la CVRS ha aumentado ya que independientemente de los indicadores que describen grados y gravedad de enfermedades se incluye y tiene en cuenta cómo los pacientes perciben su estado general de salud y la capacidad que tienen para seguir haciendo lo que hasta ahora venían haciendo.

4.1. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud toma en consideración el punto de vista de la persona afectada de una forma individual permitiéndole participar en el proceso de su enfermedad y en su tratamiento. No sólo es novedoso si no que es una concepción filosófica de la forma en que han de practicarse las profesiones relacionadas con las ciencias de la salud. Es por lo tanto la CVRS un proceso de humanización de las profesiones sanitarias ya que se tiene en cuenta la opinión de los pacientes reforzándose así la relación profesional de la salud – paciente.

Cuando queremos evaluar la calidad de vida en relación a las experiencias y expectativas asociadas con el estado de salud y la asistencia socio-sanitaria hablamos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Calman ⁸⁵ la define como “diferencia en un período de tiempo específico entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias reales”.

Schumaker ⁸⁶ señala que la CVRS se preocupa de aspectos relacionados con la percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente, particularmente en las áreas física, mental, social y la percepción general de la salud.

Otros autores ⁸⁷ la han definido como el “efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como es percibido por el paciente”. La salud puede definirse según Bergner ⁸⁸ en cinco dimensiones:

- a) Características genéticas o hereditarias, forman la estructura básica del individuo.
- b) Características bioquímicas, fisiológicas o anatómicas. Que incluyen la enfermedad, la disminución, la incapacidad y el *hándicap*.
- c) Estado funcional, incluye el desarrollo de actividades de la vida diaria como trabajar, caminar o relacionarse.
- d) Estado mental, incluye la auto-percepción del estado de ánimo y la emoción.
- e) El potencial de salud individual que incluye la longevidad, el potencial funcional del individuo y el pronóstico de la enfermedad y de la incapacidad.

Cada vez más se utilizan modelos de medición de la CVRS ya que si bien interesa evaluar el éxito de un tratamiento y su percepción general de salud, también interesa identificar los problemas de salud, físicos, mentales o sociales de los pacientes que no se detectan en la evaluación clínica convencional a la vez que sirve para mejorar el seguimiento y control de los pacientes. Con ella se consigue una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo.

4.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CVRS

En la mayoría de instrumentos de medida de la CVRS⁸⁹ se destacan tres aspectos:

- a) La importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto.
- b) La subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud mediante preguntas a los pacientes.
- c) La obtención de un número que representa un valor de la preferencia del paciente por el estado de salud.

Los INSTRUMENTOS para su medición se componen de cuestionarios que incorporan una serie de preguntas y unas opciones de respuesta. Estas preguntas se agrupan en dimensiones que miden diferentes aspectos de la salud, como son las funciones física, mental y social. El número y tipo de dimensiones y preguntas dependerá del propósito del instrumento, el modelo conceptual en el que se basa y las consideraciones prácticas como el tiempo disponible para administrarlo y la carga para el individuo o paciente. Las opciones de respuesta son generalmente de tipo dicotómico o en forma de escala Likert (entre cuatro y siete opciones ordinales de respuesta), aunque en algunos cuestionarios también se utilizan escalas visuales analógicas.

Según su propósito, los instrumentos pueden ser:^{90,91}

1. Instrumentos discriminantes (se pretende diferenciar entre pacientes que tienen mejor y peor CVRS en un momento determinante de tiempo).
2. Instrumentos evaluativos, pretenden medir cuánto ha cambiado la calidad de vida de los pacientes en dos momentos de tiempo distintos.
3. Instrumentos predictivos intentan predecir la CVRS futura a partir de una medición única actual.

4.3. PROPIEDADES DE EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE CVRS

La construcción de instrumentos de CVRS dependerá del propósito que se persiga. Además del propósito para el que se elabore el instrumento, la demostración de su viabilidad y de las propiedades de medición de las medidas de la CVRS es fundamental para obtener datos clínicos válidos y fiables para su uso en la práctica y la investigación clínicas.

1. VIABILIDAD

Los mejores instrumentos de CVRS serán inservibles si su aplicación resulta difícil, compleja y costosa. El desarrollo de instrumentos que no supongan una carga importante para el paciente, para el hábito clínico y para los profesionales sanitarios es una necesidad si se quiere que la CVRS sea una medida de resultado de utilidad clínica. Características como el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario, la sencillez y la amenidad del formato y el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas, así como la facilidad de corrección, la interpretación y la presentación de los resultados, son algunos aspectos relacionados con la viabilidad de su aplicación en la asistencia clínica ⁹². Entre los cuestionarios disponibles, dos cumplen estas premisas ampliamente: el EuroQol-5D y las viñetas COOP/WONCA.

2. FIABILIDAD

La fiabilidad expresa la reproducibilidad de los resultados cuando se aplica la medida de CVRS en condiciones similares y la homogeneidad de los ítems que componen el cuestionario

El término fiabilidad es sinónimo de precisión o estabilidad y se refiere al grado en que pueden reproducirse los resultados obtenidos por un procedimiento de medición en las mismas condiciones. Indica el grado en que una medida está libre de error aleatorio, o dicho de otro modo, la fiabilidad es una medida de la capacidad del cuestionario para distinguir hasta qué punto una variable fluctúa como resultado de un error en la medición o de un cambio real. Se emplean comúnmente tres métodos para evaluar la fiabilidad^{91,92}:

2.1. Fiabilidad test-retest

Hace referencia a que dicha prueba dará resultados iguales o similares al aplicarlo a una misma persona en más de una ocasión. Conlleva algunos problemas.

- a) Los sujetos pueden variar con el tiempo. A mayor tiempo entre las pruebas (test-retest) mayor probabilidad de que se den cambios en relación al estado de su salud, opinión o actitud hacia el problema a estudio. En este caso la medida de la CVRS será infravalorada.
- b) Si el tiempo transcurrido entre las mediciones es breve, los resultados de la segunda medición estarán influenciados por la primera ya que el recuerdo de las respuestas dadas en la primera marcará las dadas en la segunda. Estamos ante una situación de fiabilidad sobrestimada.

Los estándares de fiabilidad aceptados usando correlaciones son por encima de 0,70.

2.2. Fiabilidad intra e interobservador

El término consistencia intraobservador se refiere al grado de concordancia de un observador consigo mismo y el término consistencia interobservador se refiere a la concordancia entre dos observadores independientes sobre una medida practicada en el mismo individuo.

Hace referencia a la estabilidad de las mediciones en los cuestionarios administrados por el entrevistador. En ellos, los observadores han de inferir la puntuación de cada ítem según la información que ofrece el individuo entrevistado.

En ocasiones, este proceso de inferencia lleva a valoraciones distintas. Para determinar el grado de relación entre los observadores se calcula habitualmente el índice kappa, que corrige la concordancia observada por la que se esperaría simplemente por azar.

2.3. Fiabilidad interna

Hace referencia a la estabilidad de las puntuaciones entre los diferentes elementos que componen el instrumento de medición. También se denomina consistencia interna. La extensión de este concepto lleva a considerar la fiabilidad interna como una medida de homogeneidad. Si los distintos ítems de un cuestionario pretenden medir un mismo concepto es esperable que las respuestas a estos ítems estén relacionadas entre sí. Clásicamente para evaluar la fiabilidad, o consistencia interna, se utiliza el estadístico alfa de Chronbach, que va de 0 (ausencia de homogeneidad) a 1 (máxima homogeneidad). Se recomiendan valores superiores a 0,70.

Otro método utilizado consiste en dividir la escala global en dos partes y analizar la correlación entre las puntuaciones de una y otra (método de la división en mitades o fiabilidad de las dos mitades, *split-half*), mediante el cálculo de diversos coeficientes de

consistencia. Este análisis proporciona, además, la correlación del ítem con la puntuación total de la escala y refleja la aportación con que el ítem contribuye a medir el constructo de que se trate ^{91,92}.

3. VALIDEZ

La validez expresa el grado en que una medición mide aquello para lo que está destinada. Un determinado instrumento de medida del estado de salud será válido según la capacidad que posea de medir realmente el estado de salud del individuo. Es un concepto ligado al de error sistemático.

Cuanto menos válida sea una medida más probabilidades hay de cometer un error sistemático o sesgo.

El proceso de validación engloba un conjunto de información desde múltiples fuentes; es un proceso continuado de recopilación de evidencias empíricas. Cada pieza de la evidencia para la validez de una medida proporciona un respaldo añadido para la validación global del instrumento.

Validar una escala es un proceso mediante el cual se determina el grado de confianza en las inferencias que se hacen en la población, basadas en la puntuación que han obtenido en la nueva escala. Además, hay que tener en cuenta que una herramienta de medida puede utilizarse con diferentes fines y puede ser necesaria una validación para cada aplicación o investigación.

3.1. TIPOS DE VALIDEZ ^{91,92}

3.1.1. Validez de contenido.

Es una evaluación fundamentalmente cualitativa que consiste en determinar si el cuestionario abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir.

3.1.2. Validez aparente.

Es una forma de validez de contenido que se centra en el grado en que los ítems parecen medir lo que se proponen. Las cuestiones deben ser necesarias, repetibles, gramaticalmente correctas, fáciles de responder, no ser ambiguas, inteligibles, referidas al momento actual o a un tiempo determinado, codificadas adecuadamente y éticas.

La validez aparente es la parte de «sentido común» de la validez de contenido que asegura que el ítem, o el cuestionario global, esté en su punto.

3.1.3. Validez de criterio

La validez de criterio consiste en la correlación del cuestionario con alguna otra medida de la variable a estudio que se considera estándar o regla de oro, normalmente utilizada y aceptada en el campo de estudio. Cuando el fenómeno a estudiar es complejo y no existen medidas previas que puedan considerarse como reglas o criterios, la evaluación de la validez de criterio es muy difícil.

Cuando estas correlaciones se establecen en el mismo momento temporal se dice que se está estudiando la validez concurrente. En ocasiones, la variable criterio es un acontecimiento futuro que se intenta predecir mediante el resultado del instrumento de medición. En estas circunstancias la validez analizada se denomina predictiva.

3.1.4. Validez de constructo.

Representa el grado en que una medida particular se relaciona con otras, de manera consistente, en la línea de las hipótesis teóricas que definen el fenómeno o constructo que se quiere medir. Para ello, primero se deben enunciar las hipótesis teóricas sobre el comportamiento del instrumento en diversas situaciones. Se considera que la validez está sustentada cuando las correlaciones observadas confirman las hipótesis.

Estadísticamente se utiliza una matriz de correlaciones entre dimensiones e ítems de diferentes medidas y el análisis factorial de los ítems que forman un instrumento de medición. Este procedimiento pretende distinguir las dimensiones subyacentes que establecen las relaciones entre los ítems del instrumento.

La validez convergente y de discriminación o divergente se consideran dos aspectos de la validez de constructo.

La **validez convergente** se refiere al grado en que diferentes formas de medir el mismo constructo se correlacionan entre sí.

La **validez discriminante o divergente** demuestra que una medida no se correlaciona con otras medidas efectuadas sobre rasgos, dimensiones o constructos diferentes a los que ella mide.

4. SENSIBILIDAD AL CAMBIO

La sensibilidad al cambio es la capacidad del instrumento de detectar cambios en la salud de los pacientes cuando mejora o empeora su CVRS después de un tratamiento o intervención sanitaria ^{91,92}.

La sensibilidad al cambio está relacionada con la magnitud de la diferencia en la puntuación del paciente que ha mejorado o empeorado y las puntuaciones de los pacientes que no han cambiado su salud en la medida de CVRS empleada. Estadísticamente se

utiliza el cálculo del tamaño del efecto para evaluar la sensibilidad al cambio de un instrumento de CVRS (D/DE ; donde D = diferencia de las puntuaciones en los tiempos de la evaluación, y DE = desviación estándar de la primera evaluación).

El instrumento evaluativo tiene que ser capaz de detectar la diferencia en la puntuación que significa un cambio clínico mínimamente importante.

5. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

Para un instrumento discriminante se debe conocer qué puntuación de él corresponde a una afectación de la CVRS leve, moderada o grave. Para un instrumento evaluativo, por ejemplo, en una escala que va de 0 (ausencia de dolor) a 100 (extremo dolor), pasar de una puntuación basal en el pretratamiento de 40 a una puntuación post tratamiento de 50, ¿qué significa?, ¿es una mejoría clínicamente significativa? Una manera de conocer la significación de la magnitud del efecto de un tratamiento es preguntando al paciente directamente por el cambio que percibe.

Así, en instrumentos de CVRS que contienen ítems con escalas de respuesta con siete opciones se ha comprobado que unos efectos pequeños, medianos y grandes clínicamente relevantes corresponden a cambios pre - post tratamiento de 0,5, 1 y mayor que 1, respectivamente, en la escala.

4.4. CUESTIONARIOS DE CVRS

Los CUESTIONARIOS DE CVRS ⁷, son herramientas útiles para medir la historia natural de la enfermedad, su curso clínico mediante la evolución del impacto de la enfermedad y de la eficacia y efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias. Se dividen en genéricos y específicos:

Los GENÉRICOS, contienen distintas dimensiones, de diseño aplicable a la población general y a gran variedad de afecciones, no obstante, de no existir un modelo específico para una determinada afección puede ser usado para tener así una idea inicial del impacto de esa afección en la CVRS.

Se dividen en perfiles de salud y medidas de utilidad.

Los más utilizados son:

- *Sickness Impact Profile* (Perfil de las consecuencias de la enfermedad).
- *Nottingham Health Profile*: NHP (Perfil de Salud de Nottingham).

- Cuestionario de evaluación multifuncional OARS.
- Cuestionario de calidad de vida en los ancianos.
- Cuestionario de calidad de vida (*Quality of Life: QOL*).
- EuroQol-5D(*European Research Questionnaire Quality of Life*).
- Cuestionario de salud SF-36.
- *RAND 36-Item Health Survey Questionnaire: RAND-SF-36*.
- WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.
- *The Duke Health profile: DUKE*.

Los cuestionarios *Sickness Impact Profile* (Perfil de las consecuencias de la enfermedad) y *Nottingham Health Profile: NHP* (Perfil de Salud de Nottingham) son insensibles a la hora de aplicarlos a pacientes asintomáticos ⁹².

Los ESPECÍFICOS, incluyen aspectos importantes de un determinado problema de salud, de una determinada población para valorar ciertas funciones o un determinado síntoma clínico.

Son más sensibles a los cambios de la CVRS que los genéricos ante el problema de salud que se está evaluando.

No se pueden aplicar a la población general, no pudiendo obtenerse valores de referencia ni permiten comparaciones entre distintas afecciones.

- PECVEC (Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos)
- Cuestionario español de calidad de vida en pacientes postinfarto.
- Cuestionario de calidad de vida en la diabetes
- Cuestionario de calidad de vida para la enfermedad de Parkinson
- Calidad de vida en esclerosis múltiple
- Cuestionario de calidad de vida en el asma
- Cuestionario de calidad de vida en la enfermedad renal
- Cuestionario de evaluación de la CVRS en VIH/SIDA.
- Cuestionario de la calidad de vida de la Universidad de Washington (UW QOLQ).
- Cuestionario de cabeza y cuello (HNS).
- Cuestionario de calidad de vida de cabeza y cuello 35 de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (EORTC QLQ-H&N35).

3.2. DIMENSIONES MÁS COMUNES DE LA CVRS

Dimensiones más importantes	Descripción
1. Función física	Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.
2. Función Psicológica	Sensación de bienestar: sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión.
3. Función social	Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos.
4. Rol	Participación y realización de los roles sociales habituales, como trabajar, llevar a cabo tareas domésticas, cuidar de los niños, ir a la escuela y/o participar en actividades comunitarias.
5. Síntomas	Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad.
6. Función	Habilidad y capacidad para razonar, pensar, función cognitiva, concentrarse y recordar.
7. Percepción	Impresión subjetiva del estado de salud actual de la salud o previo, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura.

OTRAS DIMENSIONES ESPECÍFICAS

A veces están incluidas en las siete dimensiones descritas anteriormente.

8. Alteración del sueño	Problemas y conductas relacionadas con el sueño como insomnio, despertarse durante el sueño y dificultades para conciliar el sueño.
9. Función sexual	La medida en que la salud u otros problemas interfieren con el interés por el sexo y las relaciones sexuales.
10. Energía/ vitalidad	Cantidad de energía, fatiga o cansancio
11. Dolor	Sensación subjetiva de malestar y sufrimiento experimentado en distintas partes del cuerpo, incluyendo el dolor de cabeza, el dolor de espalda, el dolor muscular y articular.
12. Satisfacción	Valoración de uno mismo, comparado con los estándares de referencia en relación a la vida o las aspiraciones personales.
13. Imagen corporal	Sentimiento de atractivo personal, masculinidad/feminidad y sentido de integridad corporal.

Es de resaltar dentro del ámbito que nos ocupa la revisión realizada por Djan R. y Penington A.⁹³ en base a la desfiguración facial que presentan los pacientes con cáncer

de cabeza y cuello tras cirugía y el impacto en su calidad de vida. Evalúan aquellos cuestionarios que puedan medir los resultados percibidos por los pacientes, las propiedades psicométricas de los cuestionarios de calidad de vida que incluyan un dominio de apariencia y determinar que instrumento puede ser el más apropiado para el uso en este tipo de pacientes, en la práctica clínica e investigación.

Los cuestionarios que evalúan los resultados percibidos por el paciente son: El cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington (UWQOLQ); el estudio de cabeza y cuello (HNS); el cuestionario de calidad de vida de cabeza y cuello 35 de la organización Europea para el tratamiento e investigación del cáncer (EORTC-QLQ-H&N 35); la escala de apariencia 59 de Derriford (DAS 59); la escala de apariencia 24 de Derriford (DAS 24). De todos ellos es el de la Universidad de Washington el que tiene una mejor cobertura en cuanto a aspectos de apariencia, mejor que el EORTC-QLQ-H&N35 y el HNS. Las escalas DAS 59 y DAS 24 evalúan solo aspectos de apariencia y no son específicos de cáncer de cabeza y cuello.

5. HIPÓTESIS

5.1. ¿Pueden el sexo y la estructura anatómica afectada influir en la calidad de vida de los pacientes sometidos a cirugía de cabeza y cuello?.

5.2. ¿Puede relacionarse la recuperación post-anestésica con el soporte familiar?.

6. OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen son:

6.1. Identificar los resultados de la intervención quirúrgica en términos de calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello, a medio plazo.

6.2. Estudiar la calidad de vida post-cirugía de cabeza y cuello en dos tiempos, versus calidad de vida pre-intervención quirúrgica, medidos en términos de funcionalidad.

6.3. Diseñar un programa de seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía de cabeza y cuello.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. MATERIAL

7.1.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Población sometida a intervención quirúrgica de cáncer de cabeza y cuello en el Hospital Universitario Central de Asturias de octubre de 2016 a octubre de 2017.

7.1.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes de edad igual o mayor de 40 años que van a ser sometidos a cirugía oncológica de cabeza y cuello.
- Ausencia de alteración cognoscitiva recogido en la historia clínica.
- Intervención electiva.
- Aceptación para formar parte en el estudio.

7.1.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes de edad menor a 40 años sometidos a cirugía de cabeza y cuello.
- Presencia de alteración cognoscitiva reflejada en la historia clínica.
- Intervención urgente.
- No aceptar formar parte del estudio.

7.1.1.3. Descripción de la muestra

Pacientes ingresados en los servicios de Cirugía Maxilofacial y de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Central de Asturias, intervenidos desde el 1 de octubre de 2016 al 1 de octubre de 2017.

Variable	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Estadio tumoral	46	0,172
Afección Ganglionar	14	0,052
Existencia de Metástasis	2	0,007
Complicaciones postoperatorias	29	0,108
Tratamiento previo	49	0,183
Tratamiento complementario	23	0,086
Transfusión sanguínea	22	0,082

Traqueotomía	32	0,119
Alimentación no oral	22	0,082
Factores de riesgo	28	0,104

Tabla 1. Frecuencias absolutas y relativas de las variables a estudio.

Variable	Frecuencia	Frecuencia relativa	Frecuencia acumulada	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estadio Tumoral					
T1	14	0,30	14	30,4	30,4
T2	12	0,26	26	26,1	56,5
T3	5	0,10	31	10,9	67,4
T4	15	0,32	46	32,6	100,0
Afección Ganglionar					
N0	35	0,71	35	71,4	100,0
N+	14	0,28	49	28,6	28,6
Metástasis					
Sí	2	0,04	2	4,1	4,1
No	47	0,95	49	95,9	100,0
Traqueotomía					
Sí	32	0,65	32	65,3	65,3
No	17	0,34	49	26,5	100,0
Factores de riesgo					
Tabaco	9	0,18	9	18,4	18,4
Alcohol	6	0,12	15	12,2	30,6
Tabaco y Alcohol	13	0,26	28	26,5	57,1
No consta	21	0,42	49	42,9	100,0
Complicaciones postoperatorias					
Sí	29	0,59	29	59,2	59,2
No	20	0,40	49	40,8	100,0
Tipo de complicación postoperatoria					
Dehiscencia	13	0,26	13	26,5	26,5
Necrosis del colgajo	1	0,02	14	2,0	28,5
Hematoma	6	0,12	20	12,2	40,7
Infección	5	0,10	25	10,2	50,9
Hemorragia	4	0,08	29	8,2	59,1
No presentaron	20	0,40	49	40,8	99,9
Tratamiento Primario					
Exéresis	2	0,04	2	4,1	4,1
Exéresis + Colgajo libre	21	0,42	23	42,9	46,9
Exéresis + Colgajo local	3	0,06	26	6,1	53,1
Exéresis + Disección cervical	23	0,46	49	46,9	100,0
Tratamiento complementario					
Radioterapia	21	0,42	21	42,9	42,9
Radioterapia y Quimioterapia	2	0,04	23	4,1	46,9
No	26	0,53	49	53,1	100,0
Transfusión sanguínea					
Intraoperatoria	11	0,22	11	22,4	22,4
Intraoperatoria y Postoperatoria	3	0,06	14	6,1	28,5
Postoperatoria	8	0,16	22	16,3	44,8
No	27	0,55	49	55,1	99,9
Alimentación					
Oral	27	0,55	27	55,1	55,1
S.N.G	14	0,28	41	28,6	83,7
P.E.G.	8	0,16	9	16,3	100,0

Tabla 2. Desglose de las variables a estudio. SNG: sonda nasogástrica, PEG: gastrostomía endoscópica percutánea.

El número de pacientes intervenidos durante ese período ha sido de 49, todos fueron incluidos en el estudio ya que todos dieron su consentimiento para formar parte del mismo. De estos 49 pacientes, 27 pertenecían al servicio de Otorrinolaringología y 22 al servicio de cirugía maxilofacial. Uno de los pacientes falleció en el transcurso del estudio. Así en la tercera medición el total de pacientes fue de 48.

La edad media de los pacientes estudiados fue de 67,04 años.

El estadio tumoral observado con mayor frecuencia fue el T4, predominó la no afección ganglionar y la inexistencia de metástasis. Las complicaciones postoperatorias estuvieron presentes en un 59,1% siendo la dehiscencia de la herida quirúrgica la más frecuente. En todos los pacientes el tratamiento primario fue la cirugía y el complementario la radioterapia.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (Estudio número 171/16, de fecha 28 de septiembre de 2016).

7.1.1.4. Instrumentos de evaluación

Para llevar a cabo el estudio, se utilizó:

7.1.1.4.1. Protocolo "ad hoc".

7.1.1.4.2. Cuestionario de Calidad de vida de la Universidad de Washington.

7.1.1.5. Cronograma

- Septiembre 2016.
Revisión bibliográfica y solicitud de autorización al Comité de Ética del Principado de Asturias.
- Octubre 2016 – Octubre 2017.
Recogida de datos en las distintas etapas del estudio:
T0 al ingreso de los pacientes.
T1 a las 48 horas del procedimiento.
T2 un mes después del procedimiento.
- Noviembre 2017.
Introducción los datos recogidos en una hoja Excel.
- Diciembre 2017.
Análisis de los datos obtenidos con el programa SPSS versión 15.
- Enero 2018 – Enero 2021
Redacción de la tesis.

7.2. MÉTODO

Con el fin de alcanzar cada uno de los objetivos y el contraste de las hipótesis mencionadas, se realizó un estudio prospectivo, con mediciones llevadas a cabo en tres momentos temporales durante un período de 12 meses.

7.2.1. Cuestionario “Ad Hoc”.

Se aplicó el cuestionario “ad hoc” con las variables e ítems citados a continuación.

1. Datos de filiación: número de historia.
2. Edad.
3. Sexo.
4. Servicio al cual pertenece el paciente: Otorrinolaringología (ORL), Cirugía Maxilofacial (MaxFac).
5. Localización tumoral: Lengua, suelo de la boca, resto de la cavidad oral, orofaringe, laringe, otros (especificar).
6. Estadio tumoral: T1, T2, T3, T4.
7. Estadio ganglionar: N0 o N+.
8. Metástasis a distancia: Sí, no.
9. Presencia de factores de riesgo: Tabaco, alcohol.
10. Tipo de tratamiento primario: Cirugía (extirpación del tumor y eventual reconstrucción mediante un colgajo local, regional o microvascularizado).
11. Traqueotomía: Sí, no.
12. Tratamientos complementarios presentes: Sí (radioterapia y/o quimioterapia), no.
13. Recidiva tumoral: Sí, no.
14. Complicaciones postoperatorias: Sí (hematoma, hemorragia, infección, escara), no.
15. Administración de transfusión sanguínea: Intraoperatorias, postoperatorias.
16. Tiempo de estancia hospitalaria expresado en días.
17. Tipo de alimentación: Vía oral, sonda de nutrición, PEG.

7.2.2. Cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington (UW-QoL v4).

El cuestionario UW-QoL v4 fue descrito por Hassan y Weymuller en 1993 ⁹⁴ en pacientes con cáncer de cabeza y cuello y validado por Nazar G et al. en 2010 ⁹⁵. Así mismo, se han utilizado los artículos de Simon Rogers y Derek Lowe sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer oral y sus aportaciones en relación al cuestionario de la UW ^{96 – 104}.

UW-QoL v4 evalúa el estado funcional específico y tiene un bajo coste. La versión utilizada, es la versión 4, que ha añadido, con respecto a versiones anteriores, los dominios de ansiedad y estado de ánimo (Tabla 3).

Es un cuestionario basado en el punto de vista del paciente, es auto administrado y consiste en 15 preguntas: 12 ítems específicos de la enfermedad tales como dolor, aspecto, actividad, recreación, deglución, masticación, lenguaje, problemas de hombro, gusto, saliva, estado de ánimo y ansiedad. Además tiene 3 ítems generales que miden la CVRS global, una sección importante donde los pacientes evalúan que cambios en los dominios fueron más significativos para ellos y un texto libre permitiendo a los pacientes tocar temas no tratados en el cuestionario. En el último ítem general, se les pide que consideren no solo la salud física y mental, sino también otros aspectos como familia, amigos, espiritualidad o actividades personales de ocio o tiempo libre. Todo el cuestionario pone énfasis en la CV en los últimos 7 días.

Cada pregunta se puntúa de 0 (pésimo) a 100 (la mejor) usando una escala de Likert, con una puntuación máxima de 900. Las 3 preguntas globales o generales se puntúan individualmente. La sección de texto libre ha servido para incrementar la visión de aspectos concernientes al paciente.

La versión 4 consiste en 12 ítems específicos que tienen entre 3 y 6 opciones de respuesta y que van desde la puntuación 0 (pésimo) a 100 (la mejor) de acuerdo con la jerarquía u orden de respuesta.

Ítem	Versión 1	Versión 2	Versión 3	Versión 4
Dolor	X	X	X	X
Aspecto	X	X	X	X
Actividad	X	X	X	X
Recreación	X	X	X	X
Deglución	X	X	X	X
Masticación	X	X	X	X
Lenguaje	X	X	X	X
Hombro	X	X	X	X
Gusto	-	-	X	X
Saliva	-	-	X	X
Estado de ánimo	-	-	-	X
Ansiedad	-	-	-	X
Empleo	X	X	-	-
Ítems QOL global	-	X	X	X
Texto libre	X	X	X	X
Calificación de importancia	-	X	X	X

Tabla 3. Desarrollo histórico de UW-QOL. Tomada de Derek Lowe & Simon N Rogers (UW-QoL v4 and v4.1)¹⁰²

Puntuación de los ítems:

La puntuación establecida para aquellos ítems que presentan 5 respuestas posibles (dolor, aspecto, actividad, recreación y estado de ánimo) es: 100,75,50,25,0. Para aquellos ítems con 4 respuestas posibles: deglución, lenguaje, hombro, gusto, saliva y ansiedad, puntuarán de la mejor a la peor respuesta posible de la siguiente forma: 100, 70, 30, 0. El ítem masticación tiene solo 3 respuestas posibles y su puntuación es 100, 50, 0.

Entre las respuestas de las preguntas generales, una tiene 5 opciones posibles y su puntuación es 100, 75, 50, 25 y 0; las otras dos preguntas generales presentan 6 respuestas posibles y su puntuación es de 100, 80, 60, 40, 20 y 0.

En relación con la pregunta sobre los ítems importantes para los pacientes, estos deben elegir hasta 3 de ellos. Se debe crear una tabla donde aquel ítem elegido se puntuará con "1" el resto tendrán valor de "0". Cabe la opción de que algún paciente elija más de tres ítems en tal caso todos se deben puntuar "1". Los resultados pueden presentarse como el porcentaje de pacientes que han elegido cada dominio.

Subescalas del cuestionario:

1. Física: comprende los ítems masticación, deglución, lenguaje, gusto, saliva y aspecto.
2. Socio-emocional: comprende los ítems ansiedad, estado de ánimo, dolor, actividad, recreación y función del hombro.

Interpretación de la puntuación de la subescala:

Los datos sugieren que dos subescalas son más apropiadas en lugar de una única puntuación compuesta de 12 ítems por separado. Un área importante de mayor desarrollo es hacer interpretaciones clínicas significativas de las diferencias en las puntuaciones de las subescalas. Quizás uno de los mejores documentos para demostrar el valor de las subescalas es el de Bekiroglu F et al ¹⁰⁵.

El tamaño del efecto se puede obtener dividiendo los cambios de la media por la desviación estándar (DE) en los datos previos al cambio, un efecto "pequeño" representa aproximadamente el 0,20 de DE, un efecto "moderado" aproximadamente 0,50 de la DE y un efecto "grande" aproximadamente 0,80 de la DE.

Puntuaciones de referencia:

Según Rogers¹⁰², los valores de referencia¹⁰⁴ para las subescalas del cuestionario así como de los dominios son:

La puntuación general normativa de la mediana (rango intercuartílico) fue:

- 100 (95 a 100) para la subescala física.
- 90 (74 a 100) para la subescala socio-emocional.

La puntuación de la media (DE) fue:

- 95 (10) para la subescala física.
- 83 (19) para la subescala socio-emocional.

	N = 349
Dolor	86 (1)
Aspecto	93 (1)
Actividad	86 (1)

Recreación	86 (1)
Deglución	98 (1)
Masticación	94 (1)
Lenguaje	98 (1)
Hombro	91 (1)
Gusto	95 (1)
Saliva	97 (1)
Estado de ánimo	82 (1)
Ansiedad	83 (1)

Tabla 4. Puntuaciones de los dominios de la UW-QOL Media (DE). Tomada de Rogers SN¹⁰²

7.3. RESULTADOS

7.3.1. CUESTIONARIO "AD HOC"

CARACTERÍSTICAS	Número	%
SERVICIO:		
ORL	27	55,1%
CMF	22	44,9%
EDAD media (años), mediana y rango	67,08; 68; 44-89	
ESTANCIA media hospitalaria (días), mediana y rango	27,51; 26; 5-88	
SEXO:		
Hombre	36	73,5%
Mujer	13	26,5%
LOCALIZACIÓN:		
Cavidad oral	24	49%
Laringe	10	20,4%
Piel cara	4	8,2%
Hipofaringe	3	6,1%
Tiroides	3	6,1%
Otros (Fosa pterigomandibular, carcinoma adenoide quístico, cordoma, piel cuello)	5	10,2%
ESTADIO TUMORAL:		
T1	14	28,6%
T2	12	24,5%
T3	5	10,2
T4	15	30,6%
No Consta	3	6,1
AFECCIÓN GANGLIONAR:		
N0	14	28,6%
N+	35	71,4%
METÁSTASIS A DISTANCIA (M):		
M+	2	4,1%
M0	47	95,9%
TRATAMIENTO DE ELECCIÓN:		
Exéresis	2	4,1%
Exéresis + colgajo microvascularizado	21	42,9%
Exéresis + colgajo local	3	6,1%
Exéresis + disección cervical	23	46,9%
TRATAMIENTO PREVIO:		
Radioterapia	21	42,9%
Radioterapia y Quimioterapia	2	4,1%

No	26	53,1%
TRAQUEOTOMÍA:		
Sí	32	65,3%
No	17	34,7%
RECIDIVA TUMORAL:		
Sí	11	22,4%
No	38	77,6%
COMPLICACIONES:		
Dehiscencia	13	26,5%
Necrosis del colgajo	1	2%
Hematoma	6	12,2%
Infección	5	10,2%
Hemorragia	4	8,2%
No	20	40,8%
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:		
Intraoperatoria	11	22,4%
Intraoperatoria y Postoperatoria	3	6,1%
Postoperatoria	8	16,3%
No	27	55,1%
ALIMENTACIÓN:		
Oral	27	55,1%
SNG	14	28,6%
PEG	8	16,3%
FACTORES DE RIESGO		
Sí	28	57,1%
No Consta	21	42,9%
TIPO DE FACTOR DE RIESGO		
Tabaco	9	18,4%
Alcohol	6	12,2%
Tabaco y Alcohol	13	26,5%

Tabla 5. Frecuencias y Porcentajes de las variables del cuestionario "Ad hoc". (SNG = Sonda nasogástrica, PEG = Gastrostomía endoscópica percutánea).

7.3.2. DATOS OBTENIDOS PARA LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO UW-QOL:

7.3.2.1. DOLOR

	Dolor T0 Número (%)	Dolor T1 Número (%)	Dolor T2 Número (%)
Ausencia de dolor	25 (51)	13 (26,5)	20 (40,8)
Dolor leve que no requiere medicación	7 (14,3)	4 (8,2)	2 (4,1)
Dolor moderado que requiere medicación regular	13 (26,5)	30 (61,2)	24 (49)
Dolor intenso controlado sólo con opiáceos	4 (8,2)	2 (4,1)	2 (4,1)

Tabla 6. Datos obtenidos en relación al dolor.

El dolor varía de una medición a otra. La valoración inicial (T0) se caracteriza por la inexistencia de dolor (51%) como la situación más frecuente, no obstante, está presente en segundo lugar con un porcentaje del 26,5 %, siendo el dominante el dolor moderado con un 61,2% en el instante T1 y, en la última medición, tanto la inexistencia de dolor como el dolor moderado obtienen unos valores muy similares, predominando el dolor moderado con un 49%. El dolor intenso se redujo y se mantuvo con los mismos valores en las dos últimas mediciones. El dolor leve disminuyó en las tres mediciones.

7.3.2.2. ASPECTO

	Aspecto T0 Número (%)	Aspecto T1 Número (%)	Aspecto T2 Número (%)
No hay ningún cambio en mi aspecto	34 (69,4)	2 (4,1)	3 (6,1)
El cambio de mi aspecto es menor	8 (16,3)	21 (42,9)	27 (55,1)
Mi aspecto me incomoda	5 (4,1)	21 (42,9)	14 (28,6)
Me siento desfigurado	2 (4,1)	5 (10,2)	4 (8,2)

Tabla 7. Datos obtenidos en relación al aspecto.

En cuanto al aspecto, en la primera medición la mayor parte de los pacientes (69,4%) manifiestan que no han padecido cambios, mientras que en las mediciones posteriores hay igualdad de porcentajes para aquellos que han percibido un cambio menor y aquellos cuyos cambios les incomodan (42,9 %).

En la última medición cobra valor la percepción de que han experimentado un cambio menor en su aspecto con un 55,1%, seguido de aquellos cuyo aspecto les incomoda. Mantienen casi similares valores en las dos últimas mediciones aquellos que refieren sentirse desfigurados.

7.3.2.3. ACTIVIDAD

	Actividad T0 Número (%)	Actividad T2 Número (%)	Actividad T3 Número (%)
Estoy tan activo como siempre	35 (71,4)	5 (10,2)	8 (16,3)
A veces no puedo mantener mi antiguo ritmo	5 (10,2)	14 (28,6)	13 (26,5)
A menudo estoy cansado	8 (16,3)	21 (42,9)	20 (40,8)
No salgo porque no tengo fuerzas	1 (2)	6 (12,2)	6 (12,2)
Por lo general estoy en la cama	0 (0)	3 (6,1)	1 (2)

Tabla 8. Datos obtenidos en relación a la actividad.

Los pacientes estudiados, en la primera medición, refieren estar tan activos como antes de padecer la enfermedad, tan sólo un paciente refiere no tener fuerzas para salir. En las mediciones posteriores refieren estar muy cansados, disminuyendo sus actividades sin verse mermada la capacidad para salir de su casa. Tan solo 1 paciente en la última medición refiere estar encamado sin salir de su hogar.

7.3.2.4. RECREACIÓN

	Recreación T0 Número (%)	Recreación T1 Número (%)	Recreación T2 Número (%)
No hay limitación para la recreación	34 (69,4)	6 (12,2)	12 (24,5)
Existen unas pocas cosas que no puedo hacer	6 (12,2)	17 (34,7)	13 (26,5)
Muchas veces me gustaría salir más	4 (8,2)	14(28,6)	12 (24,5)
Tengo grandes limitaciones	4 (8,2)	12 (24,5)	11 (22,4)

Tabla 9. Datos obtenidos en relación a la recreación.

En cuanto a la recreación, 34 pacientes (69,4%) no han tenido limitación alguna en la primera medición, en cambio existe una escasa limitación en las mediciones posteriores y casi igualándose los valores de la recreación en la última medición.

7.3.2.5. DEGLUCIÓN

	Deglución T0 Número (%)	Deglución T1 Número (%)	Deglución T2 Número (%)
Puedo tragar tan bien como siempre	32 (65,3)	5 (10,2)	14 (28,6)
No puedo tragar ciertos alimentos sólidos	6 (12,2)	3 (6,1)	12 (24,5)

Solo puedo tragar alimentos líquidos	10 (20,4)	11 (22,4)	10 (20,4)
No puedo tragar	0 (0)	28 (57,1)	10 (20,4)

Tabla 10. Datos obtenidos en relación a la deglución.

Según los datos obtenidos en la primera medición, un 65,3% de los pacientes refiere no tener ningún problema de deglución, en cambio tras la intervención el porcentaje mayor se observa en aquellos que refieren no poder tragar con normalidad. La última medición refleja unas frecuencias muy similares en los datos obtenidos.

7.3.2.6. MASTICACIÓN

	Masticación T0 Número (%)	Masticación T1 Número (%)	Masticación T2 Número (%)
Puedo masticar tan bien como siempre	27 (55,1)	5 (10,2)	16 (32,7)
Puedo comer alimentos blandos	15 (30,6)	5 (10,2)	16(32,7)
No puedo masticar	7 (14,3)	38 (77,6)	16 (32,7)

Tabla 11. Datos obtenidos en relación a la masticación.

Al inicio del estudio 27 pacientes (55,1%) refieren que pueden masticar sin problema, pero posteriormente tras la intervención, 38 pacientes (77,6%) refieren no poder masticar. En la tercera medición existe igualdad de valores para las tres respuestas siendo el valor obtenido del 32,7 %.

7.3.2.7. LENGUAJE

	Lenguaje T0 Número (%)	Lenguaje T1 Número (%)	Lenguaje T2 Número (%)
Mi forma de hablar es la misma de siempre	40 (81,6)	9 (18,4)	13 (26,5)
Tengo dificultades para decir algunas palabras	7 (14,3)	13 (26,5)	22 (44,9)
Sólo me entienden mis familiares y amigos	2 (4,1)	3 (6,1)	10 (20,4)
No se me entiende	0 (0)	24 (49)	3 (6,1)

Tabla 12. Datos obtenidos en relación al lenguaje.

Al inicio del estudio 40 pacientes (81,6%) referían no padecer ninguna alteración en el lenguaje, en cambio, en la primera medición tras la cirugía, 24 pacientes (49%) refirieron grandes alteraciones en el lenguaje, no siendo posible ser entendidos y 13 pacientes (26,5%) tuvieron dificultad para decir algunas palabras, porcentaje que se ve casi duplicado al finalizar el estudio con una muestra de 22 pacientes (44,9%).

7.3.2.8. HOMBRO

	Hombro T0 Número (%)	Hombro T1 Número (%)	Hombro T2 Número (%)
No tengo ningún problema en el hombro	43 (87,8)	32 (65,3)	29 (59,2)
Tengo el hombro rígido	3 (6,1)	14 (28,6)	15 (30,6)
El dolor o la debilidad en el hombro me ha hecho cambiar de trabajo	3 (6,1)	2 (4,1)	3 (6,1)

Tabla 13. Datos obtenidos en relación a la función del hombro.

En los tres períodos de medición es de destacar que más del 50% de los pacientes no refieren haber tenido problema con el hombro, no obstante, los porcentajes vienen a ser muy similares en las mediciones segunda y tercera siendo respectivamente de un 28,6% y de un 30,6% para aquellos que refieren tener hombro rígido, pero sin afectar a su actividad ni fuerza.

7.3.2.9. GUSTO

	Gusto T0 Número (%)	Gusto T1 Número (%)	Gusto T2 Número (%)
Puedo saborear normalmente los alimentos	41 (83,7)	10 (20,4)	26 (53,1)
Puedo saborear normalmente la mayoría de los alimentos	4 (8,2)	2 (4,1)	5 (10,2)
Puedo saborear algunos alimentos	1 (2,0)	1 (2,0)	8 (16,3)
No puedo saborear ningún alimento	3 (6,1)	36 (73,5)	9 (18,4)

Tabla 14. Datos obtenidos en relación al gusto.

En relación con el gusto al inicio del estudio un 83,7% refieren poder saborear los alimentos. En las mediciones posteriores el 73,5% refieren no poder saborear ningún alimento y sólo un 20,4% refiere poder saborearlos con normalidad, porcentaje este último que se ve aumentado hasta el 53,1% en la tercera medición y reduciéndose a un 18,4% la de aquellos que no pueden saborear ningún alimento.

7.3.2.10. SALIVA

	Saliva T0 Número (%)	Saliva T1 Número (%)	Saliva T2 Número (%)
Mi saliva es normal	40 (81,6)	36 (73,5)	39 (79,6)
Tengo menos saliva	3 (6,1)	7 (14,3)	2 (4,1)
Tengo muy poca saliva	5 (10,2)	5 (10,2)	6 (12,2)

No tengo saliva	1 (2)	1 (2,0)	1 (2,0)
-----------------	-------	---------	---------

Tabla 15. Datos obtenidos en relación saliva.

Los resultados en cuanto a esta variable reflejan, en todas las mediciones, que tienen una saliva normal con un 81,6%, un 73,5% y un 79,6% de frecuencia. En la segunda medición refieren tener menos saliva, aunque suficiente un 14,3% y muy poca saliva un 10,2%. En cambio, en la tercera medición tienen muy poca saliva un 12,2%. En las tres mediciones sólo un paciente refirió no tener saliva (2%).

7.3.2.11. ESTADO DE ÁNIMO

	Estado de ánimo T0 Número (%)	Estado de ánimo T1 Número (%)	Estado de ánimo T2 Número (%)
Mi estado de ánimo es excelente	18 (36,7)	16 (32,7)	11 (22,4)
Por lo general mi estado de ánimo es bueno	15 (30,6)	14 (28,6)	18 (36,7)
No estoy ni de buen ánimo ni deprimido	3 (6,1)	5 (10,2)	5 (10,2)
Estoy algo deprimido	12 (24,5)	12 (24,5)	11 (22,4)
Estoy sumamente deprimido	1 (2,0)	2 (4,1)	3 (6,1)

Tabla 16. Datos obtenidos en relación al estado de ánimo.

Los datos obtenidos para esta variable son muy similares con un 24,5% para aquellos que refieren estar algo deprimidos. En líneas generales el estado de ánimo es bueno en las tres mediciones. Sólo refieren estar muy deprimidos en la primera medición 1 paciente (2%), 2 en la segunda (4,1%) y 3 en la tercera (6,1%). Es de señalar que en la tercera medición el número de pacientes fue de 48, ya que un paciente falleció en el transcurso del estudio.

7.3.2.12. ANSIEDAD

	Ansiedad T0 Número (%)	Ansiedad T1 Número (%)	Ansiedad T2 Número (%)
No estoy ansioso por el cáncer	29 (59,2)	29 (59,2)	29 (59,2)
Estoy un poco ansioso por el cáncer	8 (16,3)	15 (30,6)	12 (24,5)
Estoy ansioso por el cáncer	8 (16,3)	4 (8,2)	4 (8,2)
Estoy muy ansioso por el cáncer	4 (8,2)	1 (2,0)	1 (2,0)

Tabla 17. Datos obtenidos en relación a la ansiedad.

El 59,2% de los pacientes no refieren estar ansiosos por el cáncer en las tres mediciones. Sólo 4 pacientes en la primera medición refieren estar muy ansiosos por la enfermedad (8,2%), proporción que se ve reducida a 1 paciente (2%) en las sucesivas mediciones.

7.3.2.13. SUBESCALAS

La Calidad de Vida de la Universidad de Washington, no es sólo la valoración de las variables propiamente dichas, si no que encontramos dentro de ella dos escalas: la escala física y la escala socio-emocional.

La Escala Física la integran las variables: aspecto, deglución, masticación, lenguaje, gusto y saliva.

La Escala Socio-Emocional, la integran las variables: dolor, actividad, recreación. hombro, estado de ánimo y ansiedad.

Subescala Función Física T0	N	0	25	30	50	70	75	100	Media	DE	%Mejor Resultado (de 100)
Aspecto	49		2		5		8	34	87,76	21,11	69,39
Deglución	49			10		6		33	81,67	28,53	67,35
Masticación	49	7			15			27	70,41	36,68	55,1
Lenguaje	49			2		7		40	92,86	16,83	81,63
Gusto	49	3		1		4		41	90	26,45	83,67
Saliva	49	1		5		3		40	88,98	25,51	81,63

Tabla 18. Datos obtenidos de la función física en la primera medición.

El valor de la media de las variables en su conjunto (*composite score*) para la subescala de la función física en la primera medición es de 85,28 y la DE es de 25,85.

Subescala Socio-Emocional T0	N	0	25	30	50	70	75	100	Media	DE	%Mejor Resultado (de 100)
Dolor	49		4		13		7	25	77,04	26,43	51,02
Actividad	49		1		8		5	35	87,76	21,11	71,43
Recreación	49		4		4		7	34	86,46	24,16	69,39
Hombro	49			3		3		43	93,88	18	87,76
Estado de ánimo	49	1	12		3		15	18	68,88	31,26	36,73
Ansiedad	49	4		8		8		29	75,51	34,46	59,18

Tabla 19. Datos obtenidos de la función socio-emocional en la primera medición.

El valor de la media de todas las variables en su conjunto (*composite score*) para la subescala de la función socioemocional en la primera medición es de 81,58 y la DE es de 25,90.

Subescala Función Física T1	N	0	25	30	50	70	75	100	Media	DE	%Mejor Resultado (de 100)
Aspecto	49		5		21		21	2	60,2	18,34	4,08
Deglución	49	28		11		3		7	22,13	33,48	14,29
Masticación	49	38			5			5	15,63	32,87	10,2
Lenguaje	49	24		3		13		9	38,78	41,52	18,37
Gusto	49	36		1		2		10	23,88	41,52	20,41
Saliva	49	1		5		7		36	86,53	25,78	73,47

Tabla 20. Datos obtenidos en relación a la función física en la segunda medición

El valor de la media de todas las variables en su conjunto (*composite score*) para la subescala de la función física en la segunda medición es de 55,61 y la DE es de 32,25.

Subescala Socio-Emocional T1	N	0	25	30	50	70	75	100	Media	DE	%Mejor Resultado (de 100)
Dolor	49		2		30		4	13	64,29	23,38	26,53
Actividad	49	3	6		21		14	5	56,12	25,27	10,2
Recreación	49		12		14		17	6	58,67	24,76	12,24
Hombro	49	1		2		14		32	86,53	22,13	65,31
Estado de ánimo	49	2	12		5		14	16	65,31	32,2	32,65
Ansiedad	49	1		4		15		29	83,06	24,59	59,18

Tabla 21. Datos obtenidos en relación a la función socioemocional en la segunda medición.

El valor de la media de todas las variables en su conjunto (*composite score*) para la subescala de la función socioemocional en la segunda medición es de 68,99 y la DE es de 25,38

Subescala Función Física T2	N	0	25	30	50	70	75	100	Media	DE	%Mejor Resultado (de 100)
Aspecto	48		4		14		27	4	65,1	18,4	8,33

Deglución	48	10		10		12		17	55,22	38,74	35,42
Masticación	48	16			16			17	50	41,25	35,42
Lenguaje	48	3		10		22		14	65,42	29,67	29,17
Gusto	48	9		8		5		27	66,46	41,17	56,25
Saliva	48	1		6		2		40	87,92	26,97	83,33

Tabla 22. Datos obtenidos de la función física en la tercera medición.

El valor de la media de todas las variables en su conjunto (*composite score*) para la subescala de la función física en la tercera medición es de 65,02 y la DE es de 32,7.

Subescala Socio-Emocional T2	N	0	25	30	50	70	75	100	Media	DE	%Mejor Resultado (de 100)
Dolor	48		2		24		2	21	70,83	25,95	43,75
Actividad	48	1	6		20		13	9	60,94	24,68	18,75
Recreación	48		11		12		13	13	63,45	27,75	27,08
Hombro	48	1		3		15		30	84,17	23,59	62,5
Estado de ánimo	48	3	11		5		18	12	61,98	31,36	25
Ansiedad	48	1		4		12		32	83,91	25,16	66,67

Tabla 23. Datos obtenidos de la función socio-emocional en la tercera medición.

El valor de la media de todas las variables en su conjunto (*composite score*) para la subescala de la función física en la tercera medición es de 70,88 y la DE es de 26,41.

Al comparar el tamaño del efecto entre las escalas físicas de la primera medición y la segunda se obtiene un efecto grande (d Cohen = 1,011).

La comparación de las escalas socio-emocional de la primera medición y la segunda refleja un tamaño del efecto moderado (d Cohen = 0,49).

Si se comparan las escalas físicas de la segunda y tercera medición se obtiene un tamaño del efecto medio (d Cohen = 0,41) y para las escalas socio-emocional de las mismas mediciones el valor de d Cohen es de 0,07 obtenemos un tamaño del efecto muy pequeño.

La comparación de la escala física de la primera medición y la tercera refleja un tamaño del efecto grande (d Cohen = 1,09). Cuando se compara las escalas socioemocionales de

la primera y tercera medición el tamaño del efecto es medio ya que se obtiene un valor de $d = 0,40$.

PRIMERA MEDICIÓN – T0

		Escala Física T0	Escala Socio Emocional T0	CVRS Mes Previo T0	CVRS 7 últimos días T0	Calidad de Vida Global T0
N	Válidos	49	49	49	49	49
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	85,31	81,58	53,06	56,33	71,43
	Mediana	91,66	86,66	50,00	60,00	60,00
	Desv. típ.	15,95	16,08	22,028	19,006	23,452
	Mínimo	45,83	45,83	0	20	20
	Máximo	100	100	100	100	100
	Percentil 25	74,58	71,25	50,00	40,00	60,00
	50	91,66	86,66	50,00	60,00	60,00
	75	100	95	50,00	60,00	100,00

Tabla 24. Valores descriptivos de la primera medición (CVRS = Calidad de vida relacionada con la salud, CVG = Calidad de vida global).

SEGUNDA MEDICIÓN – T1

		Escala Física T1	Escala Socio Emocional T1	CVRS Mes Previo T1	CVRS 7 últimos días T1	Calidad de Vida Global T1
N	Válidos	49	49	49	49	49
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	41,34	68,99	50,00	51,43	69,39
	Mediana	30	75	50,00	60,00	60,00
	Desv. típ.	23,39	16,26	28,868	17,321	22,399
	Mínimo	13,33	16,67	0	0	20
	Máximo	100	91,67	100	100	100
	Percentil 25	25	54,16	25,00	40,00	60,00
	50	30	75	50,00	60,00	60,00
	75	50	82,5	75,00	60,00	90,00

Tabla 25. Valores descriptivos de la segunda medición (CVRS = Calidad de vida relacionada con la salud, CVG = Calidad de vida global).

TERCERA MEDICIÓN – T 2

	Escala Física T2	Escala Socio Emocional T2	CVRS Mes Previo T2	CVRS 7 últimos días T2	Calidad de Vida Global T2
N Válidos	48	48	48	48	48
Perdidos	1	1	1	1	1
Media	65,18	70,85	52,08	53,06	69,39
Mediana	71,66	70,41	50,00	60,00	60,00
Desv. típ.	22,36	16,83	29,997	16,609	18,754
Mínimo	25,83	29,17	0	20	20
Máximo	100	100	100	100	100
Percentil					
25	42,91	58,12	25,00	40,00	60,00
50	71,66	70,41	50,00	60,00	60,00
75	82,29	83,12	75,00	60,00	80,00

Tabla 26. Valores descriptivos de la tercera medición (CVRS = Calidad de vida relacionada con la salud, CVG = Calidad de vida global).

7.1.1.2. PRINCIPALES PROBLEMAS

Tras la valoración de las variables anteriormente expuestas, deseamos conocer cuáles han sido los principales problemas para los pacientes en los últimos 7 días. Así, deben escoger hasta tres variables de las que se compone el cuestionario. Los resultados obtenidos han sido:

Problemas más importantes en la fase T0

	Pacientes que eligen este ítem	% de pacientes que lo eligen	Orden
Estado de ánimo	15	30	1
Dolor	14	28	2
Ansiedad	11	22	3
Masticación	8	16	4
Lenguaje	5	10	5
Deglución	4	8	6
Actividad	4	8	7
Hombro	3	6	8
Aspecto	2	4	9
Gusto	2	4	10
Recreación	1	2	11
Saliva	1	2	12

Tabla 27. Resultados de los principales problemas en la primera medición.

Problemas más importantes en la fase T1

	Pacientes que eligen este ítem	% de pacientes que lo eligen	Orden
Lenguaje	22	44	1
Masticación	19	38	2
Deglución	16	32	3
Dolor	14	28	4
Estado de ánimo	13	26	5
Ansiedad	9	18	6
Hombro	6	12	7
Aspecto	4	8	8
Actividad	3	6	9
Gusto	3	6	10
Recreación	1	2	11
Saliva	0	0	0

Tabla 28. Resultados de los principales problemas en la segunda medición

Problemas más importantes en la fase T2

	Pacientes que eligen este ítem	% de pacientes que lo eligen	Orden
Masticación	20	41	1
Deglución	17	35	2
Estado de ánimo	15	31	3
Lenguaje	13	27	4
Dolor	13	26	5
Hombro	7	14	6
Aspecto	6	12	7
Actividad	5	10	8
Recreación	5	10	9
Ansiedad	4	8	10
Saliva	2	4	11
Gusto	1	2	12

Tabla 29. Resultados obtenidos de los principales problemas en la tercera medición.

Problemas en los últimos 7 días	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
T0	35	71,4%	14	28,6%	49	100,0%
T1	43	87,8%	6	12,2%	49	100,0%
T2	45	93,5%	3	6,25%	48	100,0%

Tabla 30. Pacientes que han identificado problemas en los últimos 7 días en las tres mediciones.

Los problemas mas importantes se dieron en las mediciones posteriores a la intervención donde la deglución, masticación y lenguaje resultaron ser los que obtuvieron el mayor porcentaje, no obstante, en la segunda medición, el estado de ánimo está por delante del lenguaje.

CALIDAD DE VIDA

A. CVRS en comparación con el mes previo

Ítems	CVRS en comparación con el mes previo T0 Número (%)	CVRS en comparación con el mes previo T1 Número (%)	CVRS en comparación con el mes previo T2 Número (%)
Mucho mejor	5 (10,2)	6 (12,2)	7 (14,3)
Algo mejor	6 (12,2)	10 (20,4)	11 (22,4)
Más o menos igual	29 (59,2)	15 (30,6)	10 (20,4)
Algo peor	8 (16,3)	14 (28,6)	18 (36,7)
Mucho peor	1 (2,0)	4 (8,2)	2 (4,1)

Tabla 31. Resultados de la CVRS (Calidad de vida relacionada con la salud) en el mes previo en las tres mediciones.

En lo concerniente a la calidad de vida en la primera medición, la mayoría (59,2%) de los pacientes, refieren que es más o menos igual que en la medición previa, valor que se ve reducido en la segunda medición a un 30,6% y seguido de aquellos que la califican como algo peor con un porcentaje de 28,6%.

La tercera medición refleja un mayor valor de aquellos que refieren tener una calidad de vida algo peor frente a los que la encuentran algo mejor o mas o menos igual. Merece señalarse que casi el mismo porcentaje refiere tener una calidad de vida mucho mejor en las 2 ultimas mediciones.

B. CVRS EN ÚLTIMOS 7 DÍAS

Ítems	CVRS últimos 7 días T0 Número (%)	CVRS últimos 7 días T1 Número (%)	CVRS últimos 7 días T2 Número (%)
Excelente	4 (8,2)	2 (4,1)	5 (10,2)
Muy buena	2 (4,1)	2 (4,1)	22 (44,9)
Buena	28 (57,1)	21 (42,9)	18 (36,7)
Regular	11(22,4)	22 (44,9)	3 (6,1)
Mala	4(8,2)	1 (2,0)	
Muy mala		1 (2,0)	

Tabla 32. Resultados de la CVRS (Calidad de vida relacionada con la salud) en los últimos 7 días en las tres mediciones.

Un 57,1% de los pacientes reflejan tener una buena calidad de vida relacionada con la salud en la primera medición tras haber recibido el diagnóstico de la enfermedad. Tras la intervención, la curva se inclina más hacia una calidad de vida buena y regular con unos valores de 42,9 % y 44,9 %, respectivamente, y en la tercera medición se inclina más hacia muy buena y regular con unos valores de 44,9 % y 36,7 %.

C. CV GLOBAL ÚLTIMOS 7 DÍAS

Ítems	CV Global últimos 7 días T0 Número (%)	CV Global últimos 7 días T1 Número (%)	CV Global últimos 7 días T2 Número (%)
Excelente	15 (30,6)	12 (24,5)	7 (14,3)
Muy buena	8 (16,3)	10 (20,4)	13 (26,5)
Buena	18 (36,7)	17 (34,7)	23 (46,9)
Regular	7 (14,3)	9 (18,4)	4 (8,2)
Mala	1 (2,0)	1 (2,0)	1 (2,0)

Tabla 33. Resultados de la calidad de vida global en los últimos 7 días en las tres mediciones.

Los valores obtenidos en la evaluación de la calidad de vida global de los pacientes en la primera medición van de excelente a buena con un porcentaje del 83,6 % frente al 16,3 % que la califica de regular y mala.

Los valores de la segunda medición reflejan un 79,6 % para aquellos que la califican de excelente, muy buena y buena frente a un 20,4 % que la catalogan entre regular y mala.

La tercera medición refleja unos resultados de 87,7 % que la catalogan como excelente, muy buena y buena frente a un 10,2 % que la sitúan entre regular y mala.

En la pregunta libre en relación con otros problemas no recogidos en el cuestionario en la primera medición (T0) tan sólo un paciente refirió estar a tratamiento con morfina oral.

En la segunda medición (T1), de los 49 encuestados, 1 paciente refiere la necesidad de disponer de una preparación psicológica previa a la intervención e información sobre el período postoperatorio, 6 pacientes refieren información sobre los posibles dispositivos que tendrán que precisar como son SNG o traqueotomías y 1 refiere falta de información en relación con el proceso.

En el momento de realizar la tercera medición (T2), un paciente había fallecido por tromboembolismo pulmonar, tres permanecían ingresados, dos se alimentaban mediante PEG, cuatro estaban a punto de iniciar o estaban siendo ya tratados mediante radioterapia y/o quimioterapia y, finalmente, dos pacientes se alimentaban por SNG.

Se han comparado las escalas CVRS del mes previo, la de los últimos 7 días y la CV Global de los últimos 7 días, obteniéndose los siguientes resultados:

Los valores obtenidos para la CALIDAD DE VIDA TOTAL representada por los valores de los datos obtenidos en el cuestionario han sido:

		TOTAL_T0	TOTAL_T1	TOTAL_T2
N	Válidos	49	49	48
	Perdidos	0	0	1
Media		1182,55	834,80	923,16
Mediana		1215,00	855,00	915,00
Desv. típ.		192,854	236,361	222,869
Mínimo		670	340	360
Máximo		1420	1380	1285
Percentiles	25	1037,50	622,50	760,00
	50	1215,00	855,00	915,00
	75	1335,00	987,50	1107,50

Tabla 34. Datos obtenidos de la calidad de vida global en las tres mediciones.

Se ha incluido a todos los pacientes estuviesen con alimentación por sonda nasogástrica o por gastrostomía endoscópica percutánea y no incluyéndose al paciente fallecido. El valor máximo es de 1200 para este cuestionario.

7.4. ESTADISTICA INFERENCIAL

El análisis inferencial se llevó a cabo por medio del paquete estadístico SPSS v.15. aplicándose el análisis de la varianza (ANOVA), contrastándose las variables de dicho cuestionario con las variables a estudio. Se obtuvieron así, los siguientes resultados:

Variables a estudio	UWQOL											
	D	As	Ac	Rec	De	Mas	Len	H	G	S	EA	A
Servicio	0,672	0,842	0,447	0,533	0,869	0,640	0,569	0,456	0,637	0,276	0,442	0,779
Localización	0,282	0,364	0,675	0,808	0,000	0,002	0,000	0,432	0,000	0,922	0,432	0,832
Sexo	0,506	0,283	0,804	0,458	0,451	0,093	0,362	0,271	0,028	0,177	0,850	0,133
Edad	0,159	0,313	0,639	0,176	0,523	0,576	0,652	0,779	0,875	0,969	0,454	0,546
Tamaño tumoral	0,431	0,609	0,156	0,040	0,522	0,264	0,176	0,707	0,222	0,672	0,287	0,757
Afección ganglionar	0,619	0,212	0,575	0,205	0,264	0,197	0,023	0,363	0,066	0,300	0,453	0,230
Metástasis	0,149	0,798	0,798	0,734	0,386	0,478	0,909	0,333	0,486	0,582	0,917	0,509
Tratamiento	0,911	0,760	0,695	0,534	0,002	0,005	0,497	0,986	0,034	0,695	0,413	0,886
Traqueotomía	0,854	0,203	0,006	0,157	0,067	0,173	0,000	0,026	0,000	0,768	0,201	0,616
Tratamiento previo	0,573	0,727	0,127	0,850	0,266	0,079	0,983	0,242	0,333	0,148	0,444	0,739
Recidiva tumoral	0,650	0,586	0,319	0,945	0,074	0,143	0,345	0,470	0,287	0,249	0,762	0,100
Complicaciones postoperatorias	0,492	0,012	0,476	0,008	0,297	0,591	0,010	0,658	0,140	0,893	0,536	0,790
Alimentación	0,319	0,256	0,217	0,593	0,003	0,109	0,000	0,536	0,001	0,848	0,995	0,839
Factores de riesgo	0,803	0,556	0,005	0,118	0,357	0,065	0,058	0,939	0,026	0,599	0,592	0,226

Tabla 35. Grados de significación de las variables de la UWQOL (D=Dolor, As=Aspecto, Ac=Actividad, Rec=Recreación, De=Deglución, Mas=Masticación, Len=Lenguaje, H=Hombro, G=Gusto, S=Saliva, EA=Estado de ánimo, A=Ansiedad). Se resalta el valor de $p < 0,05$.

7.4.1. DOLOR

El dolor varía de forma significativa entre las mediciones realizadas ($p=0,029$) pero esta variación no se asocia con ninguna de las variables estudiadas

7.4.2. ASPECTO.

El aspecto el aspecto varía de forma significativa entre las mediciones ($p < 0,0005$), pero esta variación no se asocia con ninguna de las variables estudiadas tan sólo se relaciona con el tipo de complicación postoperatoria.

7.4.3. ACTIVIDAD

La actividad varía en las tres mediciones ($p < 0,0005$) pero al contrastarla con las variables sólo tiene relación con la existencia o no de traqueotomía y con los factores de riesgo.

7.4.4. RECREACIÓN

La recreación varía en las tres mediciones ($p < 0,0005$), pero tan solo se asocia significativamente con el tamaño tumoral y con las complicaciones postoperatorias.

7.4.5. DEGLUCIÓN,

La deglución varía en las tres mediciones ($p < 0,0005$), pero tan solo se asocia significativamente con la localización tumoral, el tratamiento recibido y el tipo de alimentación.

7.4.6. MASTICACIÓN

La masticación varía en las tres mediciones ($p < 0,0005$), pero tan solo se asocia significativamente con la localización tumoral y con el tratamiento recibido.

7.4.7. LENGUAJE

La alimentación varía en las tres mediciones ($p < 0,0005$), pero tan solo se asocia significativamente con la localización tumoral, la afección ganglionar, la existencia o no de traqueotomía, las complicaciones postoperatorias y el tipo de alimentación.

7.4.8. HOMBRO

Las molestias relacionadas con el hombro varían en las tres mediciones ($p < 0,0005$), pero tan solo se asocian significativamente con la existencia o no de traqueostomía.

7.4.9. GUSTO

El gusto varía en las tres mediciones ($p < 0,0005$), y se asocia significativamente con la localización tumoral, el sexo, la existencia o no de traqueotomía, la alimentación y los factores de riesgo.

7.4.10. SALIVA

La saliva no varía significativamente en las tres mediciones ($p = 0,711$), ni guarda relación con las variables a estudio.

7.4.11. ESTADO DE ÁNIMO

El estado de ánimo, no varia significativamente en las tres mediciones ($p = 0,515$), cuando se contrasta esta variable con las variables a estudio se observa que no guarda relación con ninguna de ellas.

7.4.12. ANSIEDAD

La ansiedad no varía significativamente en las tres mediciones ($p=0,353$), el contraste con las variables a estudio demuestra que no guarda relación con ninguna de ellas.

7.4.13. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

	CVRSmp	CVRS 7	CVG7
Servicio	0,571	0,227	0,071
Localización	0,028	0,011	0,536
Sexo	0,511	0,155	0,197
Edad	0,042	0,914	0,823
Tamaño tumoral	0,599	0,310	0,994
Afección ganglionar	0,592	0,066	0,686
Metástasis	0,555	0,077	0,385
Tratamiento	0,945	0,717	0,763
Traqueotomía	0,181	0,177	0,685
Tratamiento previo	0,633	0,198	0,358
Recidiva tumoral	0,137	0,109	0,584
Complicaciones postoperatorias	0,893	0,571	0,875
Alimentación	0,118	0,709	0,883
Factores de riesgo	0,139	0,076	0,066

Tabla 36. Relación de las variables a estudio con la calidad de vida (CVRSmp=Calidad de vida relacionada con la salud en el mes previo, CVRS7=Calidad de vida relacionada con la salud en los últimos 7 días, CVG7=Calidad de vida global en los últimos 7 días). Se resalta el valor de $p<0,05$.

El análisis inferencial de la calidad de vida relacionada con la salud en el mes previo en las tres mediciones ($p=0,764$) demuestra que esta no varía. Cuando se analiza con las variables a estudio se observa una asociación significativa con la localización del tumor y con la edad del paciente.

El análisis inferencial de la calidad de vida en los últimos 7 días ($p=0,144$) nos indica que no existe variación en las tres mediciones y se observa una asociación significativa con la localización tumoral.

El análisis inferencial de la calidad de vida global en los últimos 7 días ($p=0,237$), muestra la no existencia de diferencias significativas entre ellas, pero cuando se analiza

con las variables a estudio se observa que no existe una asociación significativa con ninguna de ellas.

7.4.14. PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES

1. Problemas en los últimos 7 días. Primera medición (T0)

	Items	Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Dolor	14	20,0%
	Aspecto	2	2,9%
	Actividad	4	5,7%
	Recreación	1	1,4%
	Deglución	4	5,7%
	Masticación	8	11,4%
	Lenguaje	5	7,1%
	Hombro	3	4,3%
	Gusto	2	2,9%
	Saliva	1	1,4%
	Estado de ánimo	15	21,4%
	Ansiedad	11	15,7%
Total		70	100,0%

Tabla 37. Principales problemas detectados en la primera medición.

En cuanto a los problemas que se detectaron en la primera medición (T0), 35 pacientes refirieron haber tenido problemas en los últimos 7 días, mientras que 14 (28,6%) no los presentaron. El estado de ánimo, el dolor y la ansiedad fueron los más frecuentes.

2. Problemas en los últimos 7 días. Segunda medición (T1)

	Items	Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Dolor	14	12,7%
	Aspecto	4	3,6%
	Actividad	3	2,7%
	Recreación	1	,9%
	Deglución	16	14,5%
	Masticación	19	17,3%
	Lenguaje	22	20,0%
	Hombro	6	5,5%
	Gusto	3	2,7%
	Estado de ánimo	13	11,8%
	Ansiedad	9	8,2%
Total		110	100,0%

Tabla 38. Principales problemas detectados en la segunda medición

En la segunda medición (T1), se observó que 43 pacientes (87,8%) presentaron problemas, mientras que 6 pacientes (12,8%) no lo hicieron. Destacan en esta medición el lenguaje, la masticación, la deglución, el dolor y el estado de ánimo.

3. Problemas en los últimos 7 días. Tercera medición (T2)

	Items	Respuestas	
		Nº	Porcentaje
	Dolor	13	12,0%
	Aspecto	6	5,6%
	Actividad	5	4,6%
	Recreación	5	4,6%
	Deglución	17	15,7%
	Masticación	20	18,5%
	Lenguaje	13	12,0%
	Hombro	7	6,5%
	Gusto	1	,9%
	Saliva	2	1,9%
	Estado de ánimo	15	13,9%
	Ansiedad	4	3,7%
Total		108	100,0%

Tabla 39. Principales problemas detectados en la tercera medición

Los pacientes que presentan problemas en esta medición son 45 (91,8%) frente a 4 (8,2%) que no los presentaron. Destacan por su frecuencia, la masticación, la deglución, el estado de ánimo, el lenguaje y el dolor.

El dolor y el estado de ánimo fueron los factores más frecuentes al inicio del estudio. Si bien estos dos problemas se mantienen en las siguientes mediciones, se ven superados por la deglución y la masticación.

8. DISCUSIÓN

La edad media de nuestra serie es de 67,08 años; no obstante, otros estudios reflejan, datos con edades discretamente inferiores (Nazar⁹⁵: 64,4 años, Rogers¹⁰³: 62 años).

En nuestros pacientes predomina el sexo masculino con un 73,5%, datos que concuerdan con estudios realizados por Vartanian¹⁰⁶ (63%), Nazar⁹⁵ (77,6%), Rogers¹⁰³ (62%).

En cuanto a la localización predomina las afecciones de la cavidad oral (49%) seguido de las afecciones en la laringe (20,4%), de la afección en la piel de la cara (8,2%) y la hipofaringe (6,1%) iguala a las afecciones a nivel de la glándula tiroides. Dentro del apartado de otros, tenemos, las afecciones de la fosa pterigomandibular, el carcinoma adenoideo quístico, el cordoma y los tumores de la piel del cuello con un 10,2%, datos similares a los referidos por Vartanian¹⁰⁶ y Bolzoni et al.¹⁰⁷.

En cuanto al estadio tumoral, el más frecuente en nuestra serie fue el T4 (30,6%) seguido del T1 (28,6%). Bolzoni et al.¹⁰⁷. reflejan un predominio del estadio T4, en cambio Viana et al.¹⁰⁸ obtienen un mayor número de pacientes para el estadio T1.

El tratamiento de elección en todos fue la cirugía, predominando la exéresis del tumor junto con la disección cervical (46,9%) seguido de la exéresis con reconstrucción con colgajo libre (42,9%). Viana et al.¹⁰⁸ reflejan así mismo un mayor número de pacientes a los cuales se les realiza tratamiento quirúrgico.

Los factores de riesgo encontrados reflejan un valor del 57,1 %; no obstante Viana et al.¹⁰⁸ reflejan unos porcentajes mayores tanto para fumadores como de consumo de alcohol.

Rogers et al.⁹⁷, evalúan la importancia de los dominios en un estudio longitudinal en pacientes diagnosticados de cáncer oral y orofaríngeo. Concluyeron que las asociaciones entre puntuaciones de dominios específicos y su importancia podrían desarrollar estrategias para mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los valores alcanzados para los dominios del cuestionario de la UWQOL han sido:

Los dominios, dolor, hombro y saliva obtuvieron poca relevancia en las tres etapas de medición datos que difieren de los encontrados por Viana et al.¹⁰⁸ que obtuvo como dominios importantes: el dolor, el estado de ánimo y la ansiedad.

Todos los dominios difieren significativamente en las tres mediciones excepto la saliva, el estado de ánimo y la ansiedad siendo esta última la que obtiene mejores resultados a lo largo de las mediciones.

Reciben peor puntuación, a las 48 horas de la intervención, los dominios: deglución, masticación, el lenguaje y gusto, datos similares a los encontrados por Biazevic et al.¹⁰⁹

Nuestros resultados, con excepción de los problemas relacionados con el hombro y la actividad son similares a los observados por Makkanen-Leppänen et al.¹¹⁰, donde obtuvieron una disminución en las puntuaciones de aspecto, actividad, recreación, deglución, masticación, lenguaje y hombro, a los 6 meses de la cirugía.

Así mismo, los dominios del cuestionario, con excepción de la saliva, hombro y ansiedad, obtuvieron peores valores que los previos, hecho que se observa en el estudio de Borggreven et al.¹¹¹, en donde los dominios específicos de la calidad de vida empeoraron del tratamiento, pudiendo volver a valores normales después de 12 meses tras la cirugía.

Al mes del inicio del estudio los dominios con peor puntuación son: el aspecto, la actividad, la recreación, la deglución, la masticación, el lenguaje el gusto y el estado de ánimo.

Todos los dominios fueron señalados por los pacientes. Los tres dominios más importantes en el período preoperatorio fueron: estado de ánimo, dolor y ansiedad, datos que concuerdan con los obtenidos por Viana et al.¹⁰⁸

Los dominios: lenguaje, masticación, deglución y estado de ánimo lo fueron en el período postoperatorio, de forma similar a la referida por Viana et al.¹⁰⁸, a excepción de la función del hombro.

La deglución y la masticación se mencionaron en las tres mediciones, debido a que la deglución, la masticación y el habla se consideran más importantes (Rogers et al.⁹⁷, de Andrade et al.¹¹², Biazevic et al.¹⁰⁹, Biazevic et al.¹¹³, Boyapati et al.¹¹⁴).

La calidad de vida relacionada con la salud en el mes previo (pregunta general A), demuestra la no existencia de diferencias estadísticamente significativa entre las tres mediciones realizada. Los pacientes que consideran que su vida es "algo mejor", duplican su frecuencia al mes, yendo, desde 12,2% inicial al 22,4%. En cambio, existe una reducción en la frecuencia de aquellos que la califican de "más o menos igual", pasando del 59,2 % al 20,4%. Los pacientes que consideran su vida "algo peor" son, al ingreso hospitalario, el 16,3%. Este valor aumenta en las siguientes mediciones obteniéndose cifras del 28,6% a las 48 horas y del 36,7% al mes.

La calidad de vida relacionada con la salud en los últimos 7 días (pregunta general B), demuestra la no existencia de diferencias significativas entre las tres mediciones. Los pacientes, la califican como "buena" en el 57,1% de los casos, un 22,4%

la refieren como “regular”, pero al mes de la intervención, un 44,9% la califican como “muy buena” y un 36,7% como “buena”. A las 48 horas de la intervención ambas descripciones (buena y regular) están ligeramente igualadas, obteniéndose un 42,9% y un 44,9%, respectivamente.

La calidad de vida global en los últimos 7 días (pregunta general C), demuestra que no existen diferencias estadísticamente significativa entre las tres mediciones ($p=0,237$). Los pacientes, la califican como “buena” en un 36% de los casos; “excelente”, en un 30,6%; “muy buena” en un 16,3% y “regular” en un 14,3%. A las 48 horas de la intervención quirúrgica, un 34,7% de los pacientes, la manifiestan como “regular” y los valores para la calificación de “excelente”, “muy buena” y “regular” difieren poco entre sí (24,5%; 20,4% y 18,4% respectivamente). Al cabo de un mes, un 46,9% la califica como “buena”, seguido de un 26,5% que la califica como “muy buena”.

Los valores para la calidad de vida en sus tres preguntas difieren de los obtenidos por Viana et al.¹⁰⁸

No se ha observado la existencia de una relación significativa entre el sexo y la CVRS. Al analizar la relación entre el sexo y la subescalas, física y socio-emocional, no hallamos una asociación significativa, por lo que podemos decir que no existe influencia del sexo en ninguna de las subescalas.

En cuanto a la localización y su posible influencia sobre la calidad de vida, se ha obtenido que existe relación significativa entre ambas en el mes previo y con la calidad de vida relacionada con la salud en los últimos 7 días. Esta variable tampoco se asocia significativamente con la calidad de vida global, ni con la subescala socio-emocional, si bien muestra una asociación significativa con la subescala física.

No pudimos evaluar la relación entre la recuperación postanestésica y el soporte familiar, por falta de datos. No obstante, una aproximación a ello sería la evolución de la calidad de vida global, en la que se incluyen aspectos no médicos y más socio-emocionales.

No cabe duda de que el cáncer de cabeza y cuello puede dejar secuelas físicas, psicológicas y sociales en los pacientes, por lo que un objetivo a medio plazo sería la instauración del *Patient Concerns Inventory-AD* (PCI), aportado por Rogers^{115,116} y en el cual se documentan las preocupaciones que los pacientes puedan tener. En relación con pacientes con cáncer de cabeza y cuello, se utilizan dos inventarios: uno, tras el diagnóstico y el otro, tras el tratamiento. El inventario de preocupaciones tras el diagnóstico de la afección, dará una visión más holística al tratamiento. Lo componen 75 ítems bajo 7

dominios: causa del cáncer (3 ítems), relacionado con el tratamiento (17 ítems), relacionado con la forma de ser (2 ítems), relacionado con el seguimiento (2 ítems), relacionado con el bienestar social y la atención social (10 ítems), relacionado con el bienestar psicológico, emocional y espiritual (13 ítems), relacionado con el bienestar físico y funcional (28 ítems) y otros. Así mismo, muestra los componentes del equipo multidisciplinar por si el paciente precisase de alguno de ellos.

El inventario de preocupaciones tras el tratamiento consta de 56 ítems bajo cinco dominios: bienestar físico y funcional (29 ítems), relacionado con el tratamiento (4 ítems), atención y bienestar sociales (9 ítems), bienestar psicológico, emocional y espiritual (14 ítems), otro (1 ítem de texto libre). Los ítems son tratados con el paciente y en caso de ser demasiados es aconsejable reducirlos a aquellos tres o cuatro más importantes para él.

Ambos cuestionarios ofrecen un soporte excelente tanto para el paciente como para los profesionales. Proporcionan una visión más holística ya que sigue siendo la cirugía el principal tratamiento para los pacientes que padecen cáncer oral ¹¹⁷. Por ello es importante evaluar la calidad de vida y su repercusión en el paciente, ya que el impacto del diagnóstico y de las posibles secuelas del tratamiento tienen impacto sobre las funciones físicas, psicológicas y sociales del mismo.

9. CONCLUSIONES

1. El cuestionario de calidad de vida de la Universidad de Washington versión 4, refleja de una forma clara y con precisión todas las preocupaciones importantes de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico de cánceres de cabeza y cuello, incluyendo parámetros funcionales, psicológicos y sociales. Es, por lo tanto, una valoración completa de los deseos del paciente.
2. La calidad de vida de los pacientes empeora de forma drástica a las 48 horas de la intervención, no obstante, se ve un ligero repunte hacia valores normales al mes del tratamiento.
3. La puntuación de la calidad de vida global disminuye a las 48 horas del tratamiento y al cabo de un mes se van alcanzando valores cercanos a los de referencia iniciales.
4. Los pacientes deberían ser sometidos a un programa de seguimiento informático, como por ejemplo, el *Patient Concern Inventory*.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro Vila C. Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Madrid. 2ª Ed. Aran: 1998.
2. Instituto Nacional de Estadística. Sociedad. Salud. Estadística de defunciones según la causa de muerte 2016. <http://ine.es>.
3. Instituto Nacional de Estadística. Sociedad. Salud. Estadística de defunciones según la causa de muerte. Resultados por provincias 2016. <http://ine.es>.
4. Viana TSA, Silva PGB, Pereira KMA, Lima Mota MR, Negreiros Nunes AP, Fernandes de Siuza E, Bito Sousa F. Prospective evaluation of quality of life in patients undergoing primary surgery for oral cancer: Preoperative and postoperative analysis. Asian Pac J Cancer Prev. 2017; 18(8):2093-2100.
5. Registro hospitalario de tumores del Principado de Asturias. Memoria 2015. ISSN:2176-6885.
6. Bobes J, González P, Bousoño M y Suárez E. Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. Aula Médica. Monografías de Psiquiatría V, 6:5-11.1993.
7. Bobes J. Calidad de vida relacionada con la salud. Discurso ingreso Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. Oviedo. 2007.
8. The American Presidency Project. Lyndon B. Johnson XXXVI President of the United States of America. 751 – Remarks I Madison Square Garden. October 31, 1964 disponible en <http://www.presidency.ucsb.edu/ws?pid=26700>.
9. Flanagan JC, A research approach to improving our quality of life. Am.Psychol. 1978; 33 (2):138-147.
10. Burckhardt CS, Woods SL, Schultz AA and Ziebarth DM: Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. Res Nurs Health. 1989; 12(6):347-354.
11. Burckhardt CS, Anderson KL, Archenholtz B, Hägg O. The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of Construct Validity. Health Qual. Life Outcomes. 2003; 1:59.
12. Maslow, A.H.: A Theory of Human Motivation. Psychological Review.1943; 50(4), 370-396.
13. Maslow, A.H.: Motivation and Personality. New York: Harper & Row;1970.
14. Maslow, A.H.: Religions, values and peak experiences. New York: Penguin Group USA.1970 (Original work published 1964).
15. Ballesteros A. Tumores de cabeza y cuello – ORL. Sociedad Española de Oncología Médica. <https://seom.org>.

16. Cáncer de cabeza y cuello: incidencia y epidemiología. Disponible en: <http://www.otorinoweb.com>.
17. Lydiatt, W. M., Patel, S. G., O'Sullivan, B., Brandwein, M. S., Ridge, J. A., Migliacci, J. C., Loomis, A. M., & Shah, J. P. Head and Neck cancers-major changes in the American Joint Committee on cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*.2017; 67(2):122–137. <https://doi.org/10.3322/caac.21389>.
18. Zanoni,D.K., Patel, S.G. & Shah, J.P. Changes in the 8th Edition of the American Joint Committee on Cancer (AJCC) Staging of Head and Neck Cancer: Rationale and Implications. *Curr Oncol Rep*.2019;21(6):52. <https://doi.org/10.1007/s11912-019-0799-x>.
19. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*.2015;8(9):11884–11894.
20. Manual MSD. Merck Sharp & Dohme Corp. Merck & Co., Inc., Kenilworth, Nj.USA.2021.
21. Goel, R., Moore, W., Sumer, B., Khan, S., Sher, D., & Subramaniam, R. M. Clinical Practice in PET/CT for the Management of Head and Neck Squamous Cell Cancer. *AJRAmJRoentgenol*.2017;209(2):289–303. <https://doi.org/10.2214/AJR.17.18301>.
22. Kawashita Y, Soutome S, Umeda M, Saito T. Oral management strategies for radiotherapy of head and neck cancer. *Jpn Dent Sci Rev*. 2020; 56 (1):62-67.
23. Williams GF, White H, Sen M, Prestwich RJD. Patient's experience of enteral feeding following (chemo) radiotherapy for head and neck cancer: A qualitative study. *Clin Nutr*.2019;38(3):1382-1389.
24. Díaz de Corcuera Frutos I. Alteración de vías moleculares y respuesta clínica en los tumores de cabeza y cuello tratados con terapia biológica con anticuerpos anti-egfr. Universidad del País Vasco. 2017.
25. Villagómez-Ortiz VJ, Paz-Delgadillo DE, Marino-MartínezI, Ceseñas-Falcón LA, Sandoval-de la Fuente A, Reyes Escobedo A. Prevalencia de infección por virus del papiloma humano en carcinoma espinocelular de cavidad oral, orofaringe y faringe. *Cirugía y Cirujanos*. *Academia Mexicana de Cirugía*.2016;84(5):363-368.
26. Lajer CB. Von Buchwald C. The role of human papillomavirus in head and neck cancer. *APMIS*. 2010;118(6-7):510-9.
27. Cohen EEW, Lingen MW, Vokes EE. The expanding role of systemic therapy in head and neck cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(9):1743-52.

28. García-García V., Bascones Martínez A.. Cáncer oral: Puesta al día. Av Odontoestomatol. 2009; 25(5):239-248.
29. Krempl G.A, Medina J.E. Carcinoma orofaríngeo. En: Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 2ª Ed. Medica Panamericana . Tomo IV; 2007.p.3402-3416.
30. Grenman R., Mäkitie A. Características clínicas de los tumores de la hipofaringe y la porción cervical del esófago. En: Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.2ª Ed. Medica Panamericana . Tomo IV; 2007.
31. Quer Agustí M., López Vila M. Características clínicas de los tumores de la laringe. En: Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.2ª Ed. Medica Panamericana . Tomo IV; 2007.
32. Cortés Lambea L., Manzarbeitia Arambarri F. Anatomía patológica de los tumores de fosas nasales y senos paranasales. En: Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.2ª Ed. Medica Panamericana . Tomo IV; 2007.
33. Suárez Nieto C., Álvarez Álvarez I., Llorente Pendás J.L., Sevilla García M.A. Tumores rinosinuales En: Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.2ª Ed. Medica Panamericana . Tomo IV; 2007.
34. de Campora E., Gallo O., Deganello A. , Scala J. Aspectos clínicos en los tumores de las glándulas salivales. En: Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.2ª Ed. Medica Panamericana . Tomo IV; 2007.
35. Shah J.P., Castro J.R., Sevilla García M.A. Tratamiento de los tumores de las glándulas salivales. En: Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.2ª Ed. Medica Panamericana . Tomo IV; 2007.
36. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine.1995; 41, (10):1403-1409.
37. Shaw A. Defining the quality of life. Hastings Cent Rep.1977;7(5):11.
38. Hornquist J.O. The concept of quality of life. Scand J Soc Med. 1982;10 (2): 57-61.
39. Calman, K.C. Definitions and dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson & Beckman (Eds.), The Quality of life cancer patients. New York: Ravens Press.;1987.
40. Oppong J.R., Ironside R.G., & Kennedy L.W. Perceived Quality of Life in a Centre: Periphery Framework. Edmonton Area Series Report No. 52. Department of Sociology, University of Alberta, Edmonton, Alberta. USA.1987.

41. Ferrans C. E. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1990; 17(3):15 - 21.
42. Cella DF, Tulsky DS. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer Invest*. 1993;11(3):327-336.
43. Cella DF, Cherin EA. Quality of life during and after cancer treatment. *Compr Ther*.1988;14(5):69-75.
44. Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Ment Health J*, 1991;27(1):43-55.
45. Martin, A., & Stockler, M. Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Eval Health Prof*. 1998; 21(2):141-156.
46. Haas, B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *J Nurs Scholarsh*.1999;31(3), 215 – 220.
47. Lawton, M. Quality of life in chronic illness. *Gerontology*. 1999;45 (4):181-183.
48. Dalkey N, Rourke D. The Delphi procedure and rating quality of life factors. *Quality of life concept*. Washington DC: Environmental Protection Agency.1973.
49. Schalock, R. *Quality of Life. Application to Persons with Disabilities*. Vol. II. M. Snell, & L. Vogtle *Facilitating Relationships of Children with Mental Retardation in Schools* (Vol. II pp. 43-61).1996.
50. Andrews FM, Withey SB. *Social indicators of well-being*. New York: Plenum Press. 1976.
51. Shin DC, Johnson DM. Avowed Happiness as the Overall Assessment of the Quality of Life. *Social Indicators Research*, 1978; 5: 475 – 492.
52. Levi L, Andersson L. *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: El Manual Moderno.1980.
53. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique*. *Soc Sci Med*. 1981;15 (2-3):107-115.
54. Calman KC. *Definitions and dimensions of quality of life. The quality of life of cancer patients*. New York. Aaronson-Beckman (Ed.).Raven Press;1987.
55. WHOQOL Group: «The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization». *Soc Sci Med*.1995; 41(10):1403-1409.

56. Hernández Mejía R, Fernández López JA, Rancaño García I, Cueto Espinar A. Calidad de vida y enfermedades neurológicas. *Neurología*.2001;16(1):30-37.
57. González, P.; Díaz, J.; Rodríguez, L.F. y Bobes, J. Modelos de calidad de vida. *Aula Médica. Monografías de Psiquiatría V*, 6: 18-20. 1993.
58. González García-Portilla MP, Díaz Suárez J, Rodríguez Suárez LF, Bobes García J. Calidad de vida: Modelos de Calidad de Vida. *Monográfica de psiquiatría V*. 6: 21-32.1993.
59. Rodríguez Suárez LF, "Calidad de vida en la vejez.". En: *Auxiliar Geriátrico. Conceptos generales* Rodríguez Suárez LF. Sevilla. Ed. MAD.2006.
60. Rodríguez Suárez LF, Pérez de Albeniz C, Pedregal J, Reig C, Saiz P, Bobes, J. Vejez, espacio y calidad de vida. *Intus* 5, 1 y 2: 50-64. 1994.
61. Baca-Baldomero E. Calidad de Vida. Ponencia presentada a la XVI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Vitoria.1991.
62. Flanagan, J.C. A research approach to improving our quality of life. *Am Psychol*. 1978;33:138-147.
63. Torrance, G.H. Utility approach to measuring health-related quality of life. *J Chronic Dis*. 1987;40 (6):593-600.
64. Spilker, B. Introduction to the field of Quality of Life trials. *Quality of Life Assessments in Clinical Trials* (pp. 3-10). New York: B. Spilker (Ed.) Raven Press. 1990.
65. Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. New York: Russell Sage Foundation.1976.
66. Andrews,FM.,Whitney, S.B. *Social Indicators of well-being: American´s perceptions of quality of life*. New York: Plenum Press.1976.
67. Michalos, A. Multiple discrepancies theory. *Soc Indic Res*.1985;16:347-413.
68. Torrance GW, Thomas WH, Sackett DL. A utility maximization model for evaluation of health care programs. *Health Serv Res*. 1972;7(2): 118-33.
69. González, P., Bousoño, M.; González, M.; Pérez, C. y Bobes, J. Evaluación de calidad de vida. *Aula Médica. Monografías de Psiquiatría V*, 6: 21-32. 1993.
70. O.C.D.E. *List of Social Concerns Common to Most O.E.C.D. Countries*. The O.C.D.E. Social Indicators Development Programme, Manpower and Social Affairs Directorate. Paris: O.E.C.D.1973.

71. Lleó de la Viña, J.: "Planificar para el hombre" en VV.AA.: La calidad de la vida en el proceso de humanización. págs. 219-298. Medio Ambiente, CEOTMA, ASELCA-ASITEMA, Madrid.1980.
72. Palmore E., Luikart C. Health and social factors related to life satisfaction. *J Health Social Behav.* 1972;13 (1): 68-80.
73. Larson R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans, *J Gerontol.* 1978; 33(1):109-125.
74. Wilkening, E.A., McGranahan, D. Correlates of subjective well-being in Northern Wisconsin. *Soc Indic Res.* 1978; 5: 211-234.
75. Levi, L, Anderson L. La tensión psico-social. Población, ambiente y calidad de vida. *El Manual Moderno.* México.1980.
76. Aggernaes A. On General and Need-Related Quality of Life: A Psychological Theory for Use in Medical Rehabilitation and Psychiatry. In: Nordenfelt L. (eds) *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care. European Studies in Philosophy of Medicine* 1, 1984 vol 47. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-015-8344-2_14
77. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963; 185: 914-919.
78. Katz S, Akpom CA. Index of ADL. *Med Care.* 1976; 14: 116-118.
79. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, Pollard WE, Gilson BS, Morris JR. The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measures. *Int J Health Serv.* 1976; 6:393-415.
80. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med.* 1981; 15A: 221-229.
81. Siegrist J, Junge A. Measuring the social dimension of subjective health in chronic illness. *Psychother and Psychosom.* 1990; 54: 90-98.
82. Ormel J, Linderberg S, Steverink N, Vonkorf M. Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Soc Sci Med.* 1997; 45: 1051-1063.
83. Siegrist J, Fernández-López JA, Hernández-Mejía R. Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Med Clin.* 2000; 114: 22-24.

84. Bousoño, M.; Pedregal, J.; González, P. y Bobes, J. Calidad de vida relacionada con la salud. *Aula Médica. Monografías de Psiquiatría V*, 6: 12-17. 1993.
85. Calman K. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. *J. Med Ethics*. 1984; 10: 124-7.
86. Schumaker S, Naughton M. The International Assessment of Health- Related Quality of Life: a theoretical perspective. *The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications; 1995.
87. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues En. Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2ª ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996;11-23.
88. Bergner M. Measurement of Health Status. *Med Care*. 1985, 23(5):696-704.
89. Badia LX, Lizán TL. Estudios de calidad de vida. En: Martín Zurro A, Cano PJF, Atención primaria. *Conceptos, organización y práctica clínica*. 5ª ed. España: Elsevier; 2003.
90. Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*. 2004. 27(53):2-6.
91. Lujan-Tangarife, JA, Cardona-Arias, J.A. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. 2015. 11 (3:1). doi:10.3823/1251. Disponible en: iMedPub Journals <http://imedpub.com/www.archivosdemedicina.com>
92. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M y Cueto-Espinar A. Evaluación de la equivalencia transcultural de la versión española del perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC) *Med. Clin.* 1997; 109: 245-250.
93. Djan R, Pennington A. A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. *J. Plast Reconst Aesthet Surg*. 2013 May;66(5):647-659.
94. Hassan SJ, Weymuller EA Jr. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck*. 1993; 15:485-96.
95. Nazar G, Garmendia ML, Royer M, McDowel JA, Weymuller EAJr, Yueh B. Spanish validation of the University of Washington Quality of Life questionnaire for head and neck cancer patients. *Otolaryngol. Head and Neck Surg*. 2010; 143 (6): 801-807.

96. Rogers SN, Fisher SE, Woolgar JA. A review of quality-of-life assessment in oral cancer. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999; 28(2):99-117.
97. Rogers SN, Gwane S, Lowe D, Humphris G, Yueh B, Weymuller EA. The addition of mood and anxiety domains to the University of Washington Quality of Life Scale. *Head Neck.* 2002; 24(6):521-529.
98. Rogers SN, Lowe D: Screening for dysfunction to promote multidisciplinary intervention by using the University of Washington Quality of Life questionnaire. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009; 135(4):369-75.
99. Rogers SN, Lowe D, Yueh B, Weymuller EA jr. The physical function and social-emotional function subscales of the University of Washington Quality of Life Questionnaire. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010; 136(4):352-7.
100. Rogers SN, O'Donnell JP, Williams-Hewitt S, Christensen J, Lowe D. Health-related quality of life measured by the UW-QoL - reference values from a general dental practice. *Oral Oncology.* 2006; 42(3):281-287.
101. Rogers SN, Lowe D. University of Washington Quality of Live Questionnaire (OW-QOL v4). Guidance for scoring and presentation (Actualizada 25/05/2012). Disponible en: <http://www.hancsupport.com>
102. Rogers SN, Lowe D. University of Washington Quality of Live Questionnaire (UW-QOLv4 and v4.1). Guidance for scoring and presentation (Actualizada 28/08/2020). SPSS syntax for UW-QOL v4.1.
103. Rogers SN, Cleator A, Lowe D, Ghazali N. Identifying pain-related concerns in routine follow-up clinics following oral and oropharyngeal cancer. *World J Clin Oncol.* 2012;3(8):116-125.
104. Rogers SN, O'Donnell JP, Williams-Hewitt S, Christensen J, Lowe D. Health-related quality of life measured by the UW-QOL- reference values from a general dental practice. *Oral Oncology.* 2006;42 (3):281-287.
105. Bekiroglu F, Ghazali N, Laycock R, Katre C, Lowe D, Rogers SN. Adjuvant radiotherapy and health-related quality of life of patients at intermediate risk of recurrence following primary surgery for oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncol.* 2011; 47(10): 967-973.
106. Vartanian JG, Carvalho AI, Yueh B, Martins AV, Leite de Melo R, Correia LM, Köhler HF, Toyota J, Giacometti IS, Kowaalski LP. Long-term quality of life evaluation after head and neck treatment in a developing country. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg.* 2004;130 (10):1209-1213.

107. Bolzoni A, Cappiello J, Piazza C, Pedruzzi B, Nicolai P. Quality of life in patients treated for cancer of the oral cavity requiring reconstruction: a prospective study. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2008; 28(3):120-125.
108. Viana TSA, Silva P, Pereira K, Alves K, Lima MR, Negreiros AP, Fernandes de Souza E, Bitu Sousa F. Prospective evaluation of quality of life in patients undergoing primary surgery for oral cancer: preoperative and postoperative analysis. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(8):2093-2100.
109. Biazevic M, Ferreira Antunes JL, Togni J, de Andrade F, de Carvalho M, Wünsch-Filho V. Immediate impact of primary surgery on health-related quality of life of hospitalized patients with oral and oropharyngeal cancer. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008; 66(7):1343-1350.
110. Markkanen-Leppänen M, Mäkitie AA, Haapanen ML, Suominen E, Askoseljavaara S. Quality of life after free-flap reconstruction in patients with oral and pharyngeal cancer. *Head Neck*. 2006. 28(3):210-216.
111. Borggreven PA, Aaronson NK, Verdonck-de Leeuw IM, Muller M, Heiligers M, de Bree R, Langendijk J, Leemans CR. Quality of life after surgical treatment for oral and oropharyngeal cancer: A prospective longitudinal assessment of patients reconstructed by a microvascular flap. *Oral Oncol*. 2007;43(10):1034-1042.
112. De Andrade FP, Antunes JLF, Durazzo MD. Evaluation of the quality of life of patients with oral cancer in Brazil. *Brz Oral Res*. 2006;20:290-296.
113. Biazevic M, Antunes JL, Togni J, et al. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. *J Appl Oral Sci*. 2010;18 (3):279-284.
114. Boyapati RP, Shah KC, Flood V, Stassen LF. Quality of life outcome measures using UW-QOL questionnaire v4 in early oral cancer/squamous cell cancer resections of the tongue and floor of mouth with reconstruction solely using local methods. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2013. 51:502-507.
115. Rogers SN, El-Sheikha J., Lowe D., The development of a Patients Concerns Inventory (PCI) to help reveal patients concerns in the head and neck clinic, *Oral Oncol*. 2009; 45 (7) : 555-561.
116. Rogers, SN., Lowe, D., Lowies, C, Tien Yeo S, Allmark C, Mcavery D, Humphris G, Flavel R, Semple C, Thomas S, Kanatas A. Improving quality of life through the routine use of the patient concerns inventory for head and neck cancer

patients: a cluster preference randomized controlled trial. BMC Cancer. 2018;18, 444.

117. Chinn SB, Myers JN. Oral cavity carcinoma: current management, controversies, and future directions. J Clin Oncol. 2015; 33(29):3269-3276.

11. ANEXOS

11.1. ANEXOS

ANEXO I

	Hombres	Mujeres	TOTAL	Porcentaje
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.326	3.707	7033	1,71%
II. Tumores	68619	44320	112939	27,51%
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	807	1079	1886	0,46
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5515	7185	12700	3,09
V. Trastornos mentales y del comportamiento	7152	13828	20980	5,11
VI-VIII Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	9776	15460	25236	6,15
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	55307	64471	119778	29,17
X. Enfermedades del sistema respiratorio	26197	20615	46812	11,4
XI. Enfermedades del sistema digestivo	10582	9514	20096	4,89
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	535	988	1523	0,37
XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1442	2814	4256	1,04
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	5357	6816	12173	2,96
XV. Embarazo, parto y puerperio	0	15	15	0,004
XVI. Afecciones originadas en el periodo perinatal	375	262	637	0,16
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	430	416	846	0,21
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3766	4267	8033	1,96
XX. Causas externas de mortalidad	9807	5861	15688	3,82

ANEXO II

	Hombres	Mujeres	TOTAL	Porcentaje
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	75	103	178	1,35
II. Tumores	2236	1441	3677	27,85
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad	25	35	60	0,45
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	151	233	384	2,91
V. Trastornos mentales y del comportamiento	254	489	743	5,63
VI-VIII Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	253	404	657	4,98
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	1855	2429	4284	32,44
X. Enfermedades del sistema respiratorio	783	669	1452	11
XI. Enfermedades del sistema digestivo	293	258	551	4,17
XII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	16	26	42	0,32

XIII. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	45	114	159	1,2
XIV. Enfermedades del sistema genitourinario	128	213	341	2,58
XV. Embarazo, parto y puerperio	0	1	1	0,01
XVI. Afecciones originadas en el período perinatal	5	1	6	0,05
XVII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9	15	24	0,18
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	43	84	127	0,96
XX. Causas externas de mortalidad	290	228	518	3,92

ANEXO III

009-041 II. TUMORES	NACIONAL		ASTURIAS	
Ambos sexos	112939	27,51%	3677	27,85%
Hombres	68619	16,71 %	2236	16,93 %
Mujeres	44320	10,79 %	1441	10,91 %
009 Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe				
Ambos sexos	2428	0,59%	69	0,52%
Hombres	1.801	0,44 %	52	0,39 %
Mujeres	627	0,15 %	17	0,13 %
010 Tumor maligno del esófago				
Ambos sexos	1.841	0,45%	69	0,52%
Hombres	1.558	0,38 %	59	0,45 %
Mujeres	283	0,07 %	10	0,08 %
011 Tumor maligno del estómago				
Ambos sexos	5418	1,32%	186	1,41%
Hombres	3.331	0,81 %	111	0,84 %
Mujeres	2.107	0,51 %	75	0,57 %
012 Tumor maligno del colon				
Ambos sexos	11781	2,87%	394	2,98%
Hombres	6.892	1,68 %	245	1,86 %
Mujeres	4.858	1,19 %	149	1,13 %
013 Tumor maligno del recto, de la porción rectosigmoide y del ano				
Ambos sexos	4012	0,98%	142	1,08%
Hombres	2.538	0,62 %	90	0,68%
Mujeres	1.474	0,36 %	52	0,39%
014 Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas				
Ambos sexos	4989	1,22%	180	1,36%
Hombres	3.410	0,83 %	125	0,95 %

Mujeres	1.579	0,38 %	55	0,42 %
015 Tumor maligno del páncreas				
Ambos sexos	6789	1,65%	225	1,7%
Hombres	3.434	0,84 %	110	0,83 %
Mujeres	3.355	0,82 %	115	0,87 %
016 Otros tumores malignos digestivo				
Ambos sexos	2516	0,61%	83	0,63%
Hombres	1.235	0,3%	35	0,27%
Mujeres	1.281	0,31%	48	0,36%
017 Tumor maligno de la laringe				
Ambos sexos	1320	0,32%	43	0,33%
Hombres	1.228	0,3%	41	0,31%
Mujeres	92	0,02%	2	0,02%
018 Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón				
Ambos sexos	22187	5,4%	748	5,66%
Hombres	17624	4,29%	569	4,31%
Mujeres	4563	1,11%	179	1,36%
019 Otros tumores malignos respiratorios e intratorácicos				
Ambos sexos	494	0,12%	19	0,14%
Hombres	332	0,08%	16	0,12%
Mujeres	162	0,04%	3	0,02%
020 Tumores malignos del hueso y de los cartílagos articulares				
Ambos sexos	310	0,08%	5	0,04%
Hombres	179	0,044%	3	0,02%
Mujeres	131	0,032%	2	0,02%
021 Melanoma maligno de la piel				
Ambos sexos	959	0,23%	26	0,2%
Hombres	537	0,13%	16	0,12%
Mujeres	422	0,1%	10	0,08%
022 Otros tumores malignos de la piel y de los tejidos blandos				
Ambos sexos	1483	0,36%	48	0,36%
Hombres	858	0,21%	29	0,22%
Mujeres	625	0,15%	19	0,14%
023 Tumor maligno de la mama				
Ambos sexos	6477	1,58%	171	1,3%

Hombres	92	0,02%	1	0,008%
Mujeres	6385	1,55%	170	1,288%
024 Tumor maligno del cuello del útero				
Ambos sexos	620	0,15%	25	0,19%
Hombres	0	0	0	0
Mujeres	620	0,15%	25	0,19%
025 Tumor maligno de otras partes del útero				
Ambos sexos	1615	0,39%	42	0,32%
Hombres	0	0	0	0
Mujeres	1615	0,39%	42	0,32%
026 Tumor maligno del ovario				
Ambos sexos	1960	0,48%	71	0,54%
Hombres	0	0	0	0
Mujeres	1960	0,48%	71	0,54%
027 Tumores malignos de otros órganos genitales femeninos				
Ambos sexos	567	0,14%	22	0,17%
Hombres	0	0	0	0
Mujeres	567	0,14%	22	0,17%
028 Tumor maligno de la próstata				
Ambos sexos	5752	1,4%	217	1,64%
Hombres	5752	1,4%	217	1,64%
Mujeres	0	0	0	0
029 Tumores malignos de otros órganos genitales masculinos				
Ambos sexos	182	0,04%	5	0,04%
Hombres	182	0,04%	5	0,04%
Mujeres	0	0	0	0
030 Tumor maligno del riñón, excepto pelvis renal				
Ambos sexos	2095	0,51%	104	0,79%
Hombres	1360	0,33%	62	0,47%
Mujeres	735	0,18%	42	0,32%
031 Tumor maligno de la vejiga				
Ambos sexos	4861	1,18%	178	1,35%
Hombres	3918	0,95%	131	0,99%
Mujeres	943	0,23%	47	0,36%
032 Otros tumores malignos de las vías urinarias				

Ambos sexos	1342	0,33%	14	0,11%
Hombres	1048	0,26%	8	0,06%
Mujeres	294	0,07%	6	0,05%
033 Tumor maligno del encéfalo				
Ambos sexos	2974	0,72%	85	0,64%
Hombres	1675	0,41%	41	0,31%
Mujeres	1299	0,32%	44	0,33%
034 Otros tumores malignos neurológicos y endocrinos				
Ambos sexos	603	0,15%	25	0,19%
Hombres	262	0,06%	7	0,05%
Mujeres	341	0,08%	18	0,14%
035 Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados				
Ambos sexos	4789	1,17%	133	1,01%
Hombres	2556	0,62%	66	0,5%
Mujeres	2233	0,54%	67	0,51%
036 Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, excepto leucemia				
Ambos sexos	4910	1,2%	149	1,13%
Hombres	2635	0,64%	90	0,68%
Mujeres	2275	0,55%	59	0,45%
037 Leucemia				
Ambos sexos	3419	0,83%	99	0,75%
Hombres	1941	0,47%	50	0,38%
Mujeres	1478	0,36%	49	0,37%
038 Tumores in situ				
Ambos sexos	10	0,002%	1	0,008%
Hombres	6	0,001%	0	0
Mujeres	4	0,001%	1	0,008%
039 Tumores benignos				
Ambos sexos	603	0,15%	31	0,23%
Hombres	280	0,07%	19	0,14%
Mujeres	323	0,08%	12	0,09%
040 Síndrome mielodisplásico				
Ambos sexos	1136	0,28%	32	0,24%
Hombres	618	0,15%	13	0,1%

Mujeres	518	0,13%	19	0,14%
041 Otros tumores de comportamiento incierto o desconocido				
Ambos sexos	2497	0,61%	36	0,27%
Hombres	1357	0,33%	25	0,19%
Mujeres	1140	0,28%	11	0,18%

ANEXO IV

	Nacional	Asturias
Tumor maligno del labio, de la cavidad bucal y de la faringe		
Ambos sexos	2428	69
Hombres	1801	52
Mujeres	627	17
Tumor maligno de laringe		
Ambos sexos	1320	43
Hombres	1228	41
Mujeres	92	2