



VNIVERSITAT  
E VALÈNCIA [ (è) (à) ]  
Facultat de Medicina i Odontologia

Departamento de Cirugía

Programa de Doctorado: 3139 Medicina

Estudio de calidad de vida en pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de mucosa oral, estadios I-IV, intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

### **Tesis Doctoral**

Presentada por:

**Dña. Presentación Risueño Mata**

Dirigida por:

Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Baquero Ruiz de la Hermosa

Valencia, septiembre de 2018





VNIVERSITAT  
E VALÈNCIA (0 人)  
Facultat de Medicina i Odontologia

## Departamento de Cirugía

**Dra. María del Carmen Baquero Ruiz de la Hermosa,**

Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Profesora Asociada Asistencial de la Universidad de Valencia.

**Certifica:** Que el trabajo presentado por D<sup>a</sup>. Presentación Risueño Mata “Estudio de calidad de vida en pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de mucosa oral, estadios I-IV, intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia”, ha sido realizado bajo mi dirección y reúne todos los requisitos necesarios para optar al grado de doctor, siempre que así lo considere el tribunal designado por la Universidad de Valencia.

Y para que así conste, firmo el presente certificado en Valencia, Diciembre de 2018.

Fdo.

Dra. María del Carmen Baquero Ruiz de la Hermosa



*A Ismael, por su amor incondicional, estar a mi lado todos estos años, y apoyarme en todos y cada uno mis sueños y proyectos.*

*A mis hijos Pablo y Lázaro, que son y serán mi logro más valioso.*

*A mis padres Joaquín e Isabel, que a pesar de las dificultades que tuvieron a lo largo de sus vidas, dieron a sus hijos todo su amor y apoyo.*

*A mi familia que siempre ha estado a mi lado cuando la he necesitado. En especial mi hermana Pilar por servirme de guía e inspiración en todos mis proyectos.*



*Agradecimientos:*

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

*En primer lugar, agradecer a mi directora de tesis, la Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Baquero Ruiz de la Hermosa, Jefa de Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, por aceptar la dirección de este trabajo de investigación, por su asesoramiento, orientación, por incentivar me, y por su continuo estímulo y apoyo durante la realización del mismo.*

*Agradecer también al Dr. Luis Miguel Floria García, Jefe de Sección Oncológica del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, su inestimable contribución en la realización de los tratamientos y seguimiento de los pacientes oncológicos.*

*Asimismo, quiero agradecer su apoyo a los compañeros del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, que con su trabajo diario contribuyen al elevado nivel asistencial y humano que ofrece nuestro servicio.*

*Agradecer al Dr. Alfredo Perales, Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, Profesor Titular en el departamento de Ginecología y Obstetricia, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, sus enseñanzas a la hora de seleccionar la metodología de trabajo.*

*Finalmente, quiero dar las gracias a todos los pacientes que de forma altruista han contribuido a que este proyecto que fue un día, se haya hecho realidad. Gracias de todo corazón.*



# Acrónimos

---

**ADN:** Ácido desoxirribonucleico.

**AJCC:** American Joint Committee on Cancer.

**AP:** Anatomía patológica.

**ARN:** Ácido ribonucleico.

**Ca:** Cáncer.

**CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades.

**COCE:** Carcinoma oral de células escamosas.

**CV:** Calidad de vida.

**CVRS:** Calidad de vida en relación con la salud.

**ECO-Doppler:** Ecografía doppler.

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

**EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**HPV:** Virus del papiloma humano.

**HTA:** Hipertensión arterial.

**INE:** Instituto nacional de estadística.

**IC95%:** Intervalo de confianza 95%

**MOS:** Medical Outcome Study.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPG:** Ortopantomografía.

**PAAF:** Punción aspiración aguja fina.

**PET:** Tomografía por emisión de positrones.

**RNM:** Resonancia nuclear magnética.

**SEOM:** Sociedad Española de Oncología Médica.

**TAC:** Tomografía axial computerizada.

**VADS:** Vías aéreo-digestivas superiores.

**VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.

**VPH:** Virus del papiloma humano.

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



# Índice

---

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1. Generalidades: cáncer oral.....	1
1.2. Antecedentes históricos.....	2
1.3. Epidemiología .....	4
1.3.1. Incidencia.....	4
1.3.2. Supervivencia.....	5
1.3.3. Mortalidad.....	6
1.3.4. Pronóstico.....	11
1.4. Etiología.....	12
1.4.1. Factores de riesgo.....	12
1.5. Clínica.....	15
1.5.1. Lesiones precancerosas.....	16
1.5.2. Clasificación histológica.....	17
1.6. Historia natural del cáncer.....	20
1.7. Diagnóstico.....	22
1.7.1. Exploración física.....	22
1.7.2. Biopsia.....	25
1.7.3. Biopsia por aspiración con aguja fina.....	25
1.7.4. Ortopantomografía.....	25
1.7.5. Tomografía axial computerizada.....	26
1.7.6. Endoscopia.....	28
1.7.7. Ecografía cervical.....	28
1.7.8. Resonancia nuclear magnética.....	28
1.7.9. Tomografía por emisión de positrones.....	29
1.7.10. Angio-TAC y ECO-Doppler.....	29
1.8. Estadificación de cáncer oral. Clasificación TNM.....	30
1.8.1. Tumor primario (T).....	30
1.8.2. Ganglios linfáticos regionales (N).....	32
1.8.3. Metástasis a distancia (M).....	33
1.8.4. Estadios.....	33
1.8.5. Localizaciones y sublocalizaciones anatómicas.....	33
1.9. Anatomía patológica.....	35
1.9.1. Características.....	35
1.9.1.1. Grados histológicos.....	35
1.9.1.2. Variables histológicas.....	36
1.10. Tratamiento.....	37
1.10.1. Posibilidades terapéuticas.....	38
1.10.1.1. Cirugía.....	38
1.10.1.2. Radioterapia.....	42
1.10.1.3. Quimioterapia.....	44
1.11. Marco conceptual.....	46
1.11.1. Antecedentes de la calidad de vida.....	46
1.11.2. Dimensiones estudiadas en la calidad de vida.....	47
1.11.3. Utilidad y contribución del estudio de la calidad de vida.....	48
1.11.4. Métodos de evaluación de la calidad de vida.....	50
1.11.5. Instrumentos utilizados para la medida de la calidad de vida.....	51

# Índice

---

<b>2. Justificación.....</b>	<b>57</b>
<b>3. Hipótesis y Objetivos</b>	
3.1. Hipótesis.....	61
3.2. Objetivos.....	62
3.2.1. Objetivo general.....	62
3.2.2. Objetivos específicos.....	62
<b>4. Material y Métodos</b>	
4.1. Material.....	65
4.1.1. Muestra clínica.....	65
4.1.2. Cumplimentación del Test.....	66
4.1.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	66
4.1.4. Cuestionarios:	
Cuestionario EORTC QLQ-H&N35.....	68
Cuestionario con datos de filiación.....	70
4.1.5. Documentos gráficos.....	71
4.2. Métodos.....	72
4.2.1. Diseño del estudio.....	72
4.2.2. Protocolo de recogida de datos.....	73
4.2.3. Tratamiento estadístico.....	74
<b>5. Resultados</b>	
5.1. Descripción de la muestra.....	77
5.2. Epidemiología de la muestra.....	79
5.3. Evaluación de la calidad de vida.....	88
5.4. Factores pronósticos de la evaluación de la calidad de vida.....	91
5.5. Interacción de Variables.	
Factores pronósticos de la evolución de componentes de la calidad de vida.....	106
<b>6. Discusión.....</b>	<b>117</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>129</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>133</b>
<b>9. Anexos</b>	
Anexo 1.....	151
Anexo 2.....	157
Anexo 3.....	165
Anexo 4.....	171
Anexo 5.....	177
Anexo 6.....	185
Anexo 7.....	189

# *1. INTRODUCCIÓN*



## 1.1. Generalidades

El cáncer representa un grave problema sanitario en muchos países. Tanto por la mortalidad derivada del mismo, como por la morbilidad asociada, que en numerosas ocasiones aparece como consecuencia de los tratamientos recibidos.

A la hora de describir los límites de la cavidad oral encontramos que no siempre es fácil definirlos. Esto, unido a la gran variedad de tumores de características heterogéneas que podemos encontrar dentro de la cavidad oral, dificulta en ocasiones la valoración de los distintos estudios. Por ello, los tumores de labios y de glándulas salivares que presentan diferentes estructuras histológicas, son excluidos en la mayoría de los trabajos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), sugiere la siguiente agrupación bajo la denominación de cáncer oral: *“lesiones asentadas en la porción móvil de la lengua, suelo de boca, mucosa yugal, mucosa del reborde alveolar superior e inferior y paladar. Asimismo, plantean que se debe analizar separadamente las lesiones cancerosas en labio, orofaringe y glándulas salivares”*.

Observamos, que dentro de los tumores de la orofaringe, los de lengua, encía, suelo, otras partes de la boca y faringe comparten una serie de factores etiológicos. Los factores de riesgo más importantes son el tabaco y el alcohol, especialmente para los consumidores de bebidas alcohólicas blancas. Estos dos factores tendrían una acción sinérgica<sup>125,111,189</sup>. Asimismo, el consumo de estos tóxicos, en ocasiones favorece la aparición de segundos tumores primarios, tanto en áreas próximas, como a distancia de la cavidad oral. Estos segundos tumores primarios pueden empeorar el estado de salud del paciente y ser un factor de confusión a la hora de realizar los distintos estudios. Asimismo, el consumo elevado de frutas y verduras disminuye el riesgo de desarrollar tumores, representando su consumo un factor protector frente a éstos<sup>141,60</sup>.

Por otra parte, se están realizando numerosos estudios que intentan encontrar la relación de la infección por el virus del papiloma humano con el aumento de incidencia de estos tumores en personas menores de 40 años<sup>28</sup>.

La tendencia en la actualidad es realizar un tratamiento coordinado entre los diferentes profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar implicado en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes que presentan carcinoma epidermoide oral. Este equipo está formado por cirujanos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, radiólogos, psicólogos clínicos y médicos rehabilitadores. La actuación conjunta de estos profesionales mejoran los resultados funcionales, estéticos, y de supervivencia de estos pacientes.

La supervivencia condiciona el éxito o fracaso de un tratamiento, pero debemos ir más allá, ya que nuestro objetivo no es sólo aumentar la esperanza de vida de un paciente, sino que este aumento de esperanza de vida se vea correlacionado con una mayor calidad de vida, porque de ella también va a depender de un modo sustancial la supervivencia y el curso de la enfermedad.

## 1.2. Antecedentes históricos

En un principio, el tratamiento de los tumores de la cavidad oral era exclusivamente quirúrgico. Pietro Marchetti (1589-1673) nos describe la primera glosectomía por cáncer realizada con cauterización. Dicha técnica fue sustituida por la extirpación con bisturí en el siglo posterior. Con descubrimientos tan importantes como los rayos X (Roentgen en 1895), de la radioactividad (Becquerel ese mismo año), y el radio (Curie en 1898), aparece una nueva forma de tratamiento de los tumores.

En la Segunda Guerra Mundial, comienza la preocupación por los procedimientos de reconstrucción, y empiezan a utilizarse los colgajos regionales para el tratamiento de heridas de guerra. Esta técnica, además de ayudar a la reconstrucción de heridas de guerra, empezó a implementarse para mejorar la estética en pacientes que se sometían a cirugías oncológicas, que en algunas ocasiones eran muy mutilantes.

Debido al aumento progresivo en el número de enfermos con diagnóstico de cáncer de la cavidad oral, han ido surgiendo nuevos tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos<sup>36,8,37</sup>, que tienen como fin común aumentar la esperanza de vida en estos enfermos. La supervivencia, la respuesta tumoral, el periodo libre de enfermedad, y el control de la enfermedad, han sido hasta ahora las medidas que nos permitían valorar la eficacia del tratamiento<sup>156,29,7</sup>. Pero estas medidas no tenían en cuenta otros aspectos muy importantes para el enfermo que sobrevivía, y que estaba necesitado de una visión más amplia en la que se recogiera la calidad de vida que presentaba tras la cirugía. Ya que, a veces, la resección de la zona tumoral implica un gran cambio, tanto físico, como funcional y emocional para el enfermo<sup>119,213</sup>.

Aunque en 1948 se utilizaba ya una escala para valorar el grado de autonomía de los pacientes con cáncer avanzado<sup>171</sup>, los estudios de calidad de vida en oncología, no son abordados hasta la década de los setenta<sup>148</sup>. A partir de los años 90 aumenta el interés por ir más allá de esos parámetros y evaluar más formalmente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la Calidad de Vida<sup>22,33,4,179,145</sup>. Se pone en relevancia la importancia de la calidad de vida tras la reunión de los Institutos Nacionales de Cáncer, donde se recomienda que los recursos económicos se otorguen en función de tres variables: la supervivencia, la morbilidad y la calidad de vida.

La OMS en 1994 define calidad de vida, presentandola como *“una percepción que se va a ver modificada continuamente por las circunstancias personales de cada paciente”*<sup>55,1,42</sup>.

La evaluación de la calidad de vida es una de las diferentes intervenciones que se realizan con el paciente oncológico y su entorno<sup>156</sup>, cuya filosofía de trabajo es como procurar ofertar los mejores cuidados para ellos. El estudio de calidad de vida nos ofrece aplicaciones que están relacionadas con la práctica clínica<sup>20,70,18</sup>.

Existen diferentes definiciones del término Calidad de Vida. Aaronson<sup>3</sup> en 1993, plantea que la definición de la Salud de la OMS como *“bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”*, es una base adecuada para definir la calidad de vida, y señala que en el campo de la Oncología *“se deben incluir tanto los efectos de la enfermedad, como de los tratamientos aplicados”*.

En los primeros estudios, la calidad de vida se evaluaba con escalas que medían áreas individuales, como el performance status<sup>56</sup>, o el bienestar<sup>70</sup>. Sin embargo, actualmente, se acepta que la calidad de vida es un concepto multidimensional<sup>134</sup>. Osaba considera que instrumentos unidimensionales, como los que miden el estado de ánimo<sup>135</sup>, síntomas u otras áreas, y que se tienden a utilizar como indicadores de la calidad de vida global, no deberían recibir esa etiqueta.

Debemos tener en cuenta la subjetividad a la que nos vamos a enfrentar, ya que cada enfermo tendrá valoraciones distintas, en función de gustos, valores éticos, cultura, etc.<sup>78</sup>

European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) cuenta con diferentes divisiones o grupos de estudio, uno de los cuales se dedica a la Calidad de Vida. Uno de los objetivos principales de dicho grupo de estudio es el desarrollo de cuestionarios de medición de la Calidad de Vida para su uso en ensayos clínicos internacionales<sup>31,18,2,148,179,145,47</sup>. Uno de los módulos de estos cuestionarios, el QLQ-H&N35, evalúa la calidad de vida en pacientes con tumores de cabeza y cuello, y permite obtener datos sobre la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física y las relaciones interpersonales. Este módulo ha sido validado para nuestro país.

## 1.3. Epidemiología

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel global, habiendo sido responsable de 8,8 millones de muertes en 2015 (OMS plataforma *The Global Cancer Observatory*). Se estima que este número ascenderá a más de 14 millones en el año 2035 (estimación de la mortalidad por tumores en el mundo 2012-2025 en la población general, excluyendo tumores cutáneos no melanoma). En España representa la segunda causa de mortalidad en la población general tras las muertes por enfermedades cardiovasculares (datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística año 2016). Se considera la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres<sup>115</sup>.

El carcinoma de cavidad oral representa el 3% de todos los cánceres en el mundo, siendo el octavo más frecuente en hombres y el decimocuarto en mujeres<sup>59</sup>. En el caso de España, los tumores de cabeza y cuello se sitúan en el séptimo lugar de afectación a la población<sup>71</sup>.

El carcinoma epidermoide (carcinoma de células escamosas) representa el 90% de los tumores de la cavidad oral, el resto son adenocarcinomas de las glándulas salivares menores, tumores indiferenciados, metástasis, linfomas, sarcomas, melanomas, etc<sup>68</sup>.

Se ha observado un aumento de la incidencia del carcinoma de células escamosas de lengua en pacientes menores de 45 años en la última década, tanto en Estados Unidos como en Europa<sup>128,77,15</sup>.

El cáncer de cavidad oral, se ha asociado históricamente a pacientes fumadores y bebedores de alcohol entre la quinta y la sexta década de la vida<sup>113</sup>. Sin embargo, se observa que entre los pacientes jóvenes la mayoría no presentan dichos factores de riesgo<sup>117</sup>. Es en estos casos, donde otros factores de riesgo como los carcinógenos ambientales, la susceptibilidad genética, el estrés, las infecciones víricas o una historia de cáncer familiar, adquieren especial importancia<sup>114</sup>.

Los factores epidemiológicos, genéticos, etiológicos y clinicopatológicos de los pacientes jóvenes con cáncer sugieren una divergencia biológica frente a lo que ocurre con los pacientes añosos<sup>164</sup>.

### 1.3.1. Incidencia:

El cáncer constituye una de las principales causas de morbilidad mundial, con un número aproximado de nuevos casos de 14 millones en todo el mundo durante el año 2012 (Datos estimados proyectos EUCAN y GLOBOCAN, de la OMS). Se estima que el número de casos nuevos probablemente aumente en un 70 % en las próximas décadas, alcanzando los 24 millones de casos aproximadamente en el año 2035. La incidencia de tumores en España<sup>7</sup> es de 2% con una tasa de mortalidad algo superior al 1%.

En las últimas décadas el número de tumores ha aumentado debido al aumento poblacional, a una mejora en las técnicas de detección precoz y a un aumento de la esperanza de vida. Se observa una diferente distribución de la oncología. Esto ya es evidenciable en los últimos 10 años, donde nuestros pacientes oncológicos tienen más de 65 años y no siendo fumadores muchos de ellos. Posiblemente las cifras de tumores en el futuro sean distintas por el control de los principales factores de riesgo: el consumo de tabaco y alcohol, la contaminación ambiental o el control de la obesidad. La adquisición de hábitos de vida saludable puede contribuir a reducir los factores de riesgo.

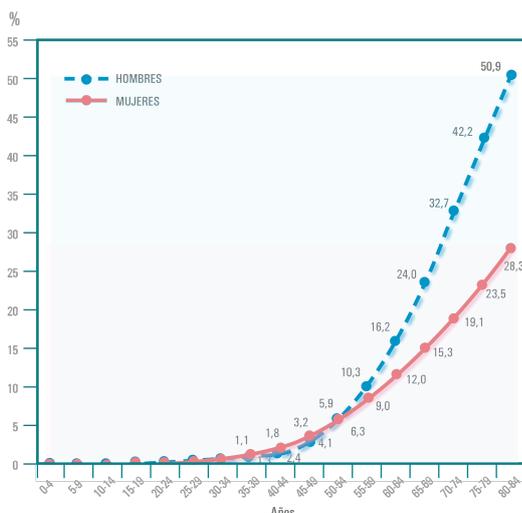


Figura 1. Probabilidad (%) de desarrollar un cáncer en España durante el periodo 2003-2007. Fuente REDECAN, en Cancer incidente in Spain, 2015.

En España se estima una incidencia de 4.364 casos de tumores de cavidad oral y labio (ambos sexos) en el año 2017, correspondiendo a la posición número 12 de todos los tumores. La incidencia estimada en España, de los tumores de cavidad oral y labio en varones es de 3.080 para el año 2017 (posición número 12 de todos los tumores) y de 1.284 casos en mujeres (posición número 17 de todos los tumores). (GLOBOCAN 2012, datos extrapolados a la población española para el año 2017 proporcionada por el INE).

### 1.3.2. Supervivencia:

La supervivencia relativa en España en adultos diagnosticados de cáncer de la cavidad oral y orofaringe, pasados 5 años de realizado el diagnóstico, fue del 40,59% (para ambos sexos) entre los años 2000-2007, según los resultados obtenidos en el proyecto EUROCORE-5 (La situación del cáncer en España: informe 2015)<sup>115</sup>.

Algunos autores demuestran mejores supervivencias a 5 años en pacientes jóvenes que en pacientes mayores de 40 años (83% frente a 63%, respectivamente)<sup>211</sup>. Otros estudios demuestran un mayor número de recidivas entre los pacientes jóvenes, así como un mayor número de muertes causadas por el tumor inicial. Se observa un 50% de muertes causadas por cáncer de lengua entre los pacientes jóvenes frente a 23% de muertes entre los mayores de 40 años<sup>77</sup>.

Podemos observar que los índices de supervivencia en el cáncer oral van a depender de varios factores: el estadio, la localización del tumor primario (encontramos que cuanto más posterior es la localización, generalmente presentan peor el pronóstico), la efectividad del primer tratamiento, el índice de Karnofsky y el tipo histológico del tumor<sup>143,29,19</sup>.

Dequanter<sup>62</sup> en su estudio de pacientes con tumores de lengua móvil T1 y T2, encontró una tasa de supervivencia libre de enfermedad a los 3 años del 67% en los T1, mientras que para los T2 era de 28%; a los 5 años de 59% para los T1 y de 26% para los T2.

Se consideran importantes factores pronósticos secundarios el estado general del paciente (hábito enólico y tabáquico) y la predisposición a múltiples lesiones orales<sup>146,51</sup>.

Podemos expresar los índices de supervivencia en función de la ratio observada, que se basa en la proporción de pacientes vivos en el período de tiempo tras el diagnóstico, y la ratio relativa, que ajusta las ratios de supervivencia del cáncer, teniendo en cuenta las muertes por otras causas<sup>84</sup>.

### 1.3.3. Mortalidad:

El cáncer representa la segunda causa de morbilidad en España. Con un número de fallecidos de 112.939 en 2016, que corresponden al 27,5% del total de las muertes de este año. Se observa una tendencia al alza en torno al 1,4% en estas muertes. El número de fallecidos debido a tumores malignos de labio, cavidad oral y faringe en España en el año 2016 fueron de 2.428, representando el 2,15% de las muertes por cáncer en España. De estos casos, 1.801 correspondían a varones y 627 a mujeres (datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)).

Por grupos de edad, los tumores fueron la causa principal de muerte en los grupos de 1-14 años de edad (28,4%) y de 40 a 79 (44,5% del total). En los grupos de 15-39 y en mayores de 79 años, la principal causa de muerte correspondía a las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas (INE).

A pesar de la tendencia al aumento de número de casos de cáncer, la tasa de mortalidad por tumores se redujo un 1,32% en hombres y 0,56% en mujeres entre los años 2003-2012, con una mejora en la supervivencia debido a las actividades de diagnóstico precoz, campañas preventivas y avances terapéuticos (INE).

España es uno de los países europeos donde se diagnostican más tumores y donde hay mayor número de fallecimientos por cáncer. Pero hemos de tener en cuenta que nuestro país existe una de las mayores esperanzas de vida de Europa, de manera que si hacemos un estudio comparativo por grupos de edad la incidencia y la mortalidad es similar al resto de Europa (datos obtenidos del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III)<sup>115</sup>.

Durante el año 2015 el número de defunciones en España como consecuencia de carcinoma bucal y faríngeo (C00-C14) fue de 2.321 (1.732 varones y 589 mujeres), representando 9,56 % de las defunciones en España (figuras: 2 y 3). De estas defunciones, 222 tuvieron lugar en la Comunidad Valenciana (164 varones y 58 mujeres) (datos obtenidos del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III).

**C. bucal y faringe (C00–C14), Hombres, 2015**

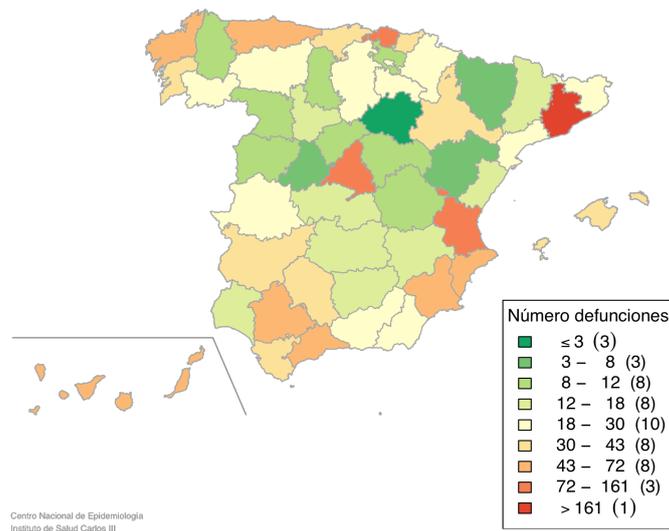


Figura 2. Distribución por provincias en España del número de defunciones en varones por C. Bucal y faríngeo durante el año 2015.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III

**C. bucal y faringe (C00–C14), Mujeres, 2015**

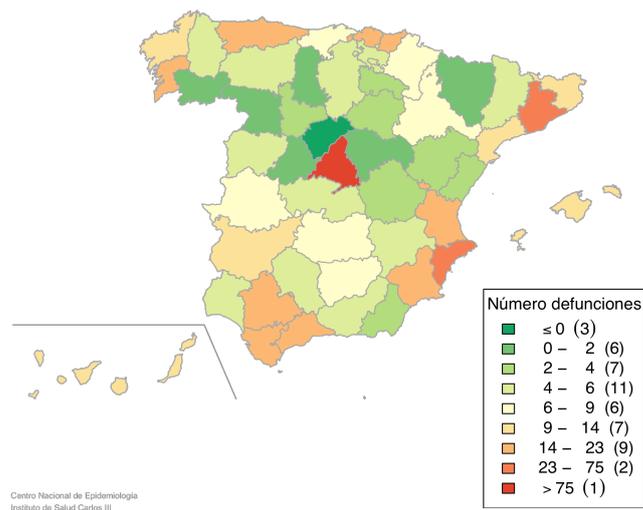


Figura 3. Distribución por provincias en España del número de defunciones en mujeres por C. Bucal y faríngeo durante el año 2015.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III

El desglose por provincias de las Tasas crudas de mortalidad correspondientes a carcinoma bucal y faríngeo (C00-C14) para el año 2015 es el siguiente (datos obtenidos del Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III).

Hemos de señalar, que en los datos expuestos presentan de manera unificada el número de casos correspondiente a C. bucal y el número de casos de C. faríngeo, por lo que los valores son orientativos para C. epidermoide oral, al no ser posible el desglose de los datos.

- Tasa cruda de mortalidad correspondientes a carcinoma bucal y faríngeo (C00-C14) para el año 2015 en varones en la Comunidad Valenciana:
  - Valencia: 7,11 muertes/100.000 habitantes.
  - Alicante: 6,34 muertes/100.000 habitantes.
  - Castellón: 6,32 muertes/100.000 habitantes.
  
- Tasa cruda de mortalidad correspondientes a carcinoma bucal y faríngeo (C00-C14) para el año 2015 en mujeres en la Comunidad Valenciana:
  - Valencia: 1,64 muertes/100.000 habitantes.
  - Alicante: 3,57 muertes/100.000 habitantes.
  - Castellón: 1,39 muertes/100.000 habitantes.

Si estudiamos los gráficos de las Tasas crudas de mortalidad correspondientes a carcinoma bucal y faríngeo (C00-C14), en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2005-2015 en España (figuras 4 y 5), observamos un descenso progresivo en varones desde 2000 hasta 2008, con un ascenso progresivo desde 2008 hasta 2013 para observar un nuevo descenso en la tasa de mortalidad. Por otro lado, al observar la Tasa cruda de mortalidad en mujeres observamos un continuo ascenso desde 2000 hasta 2015.

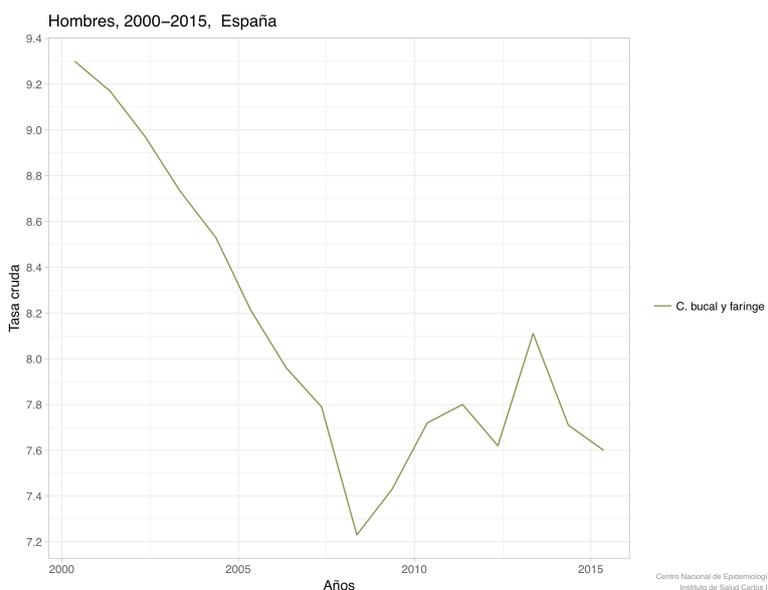


Figura 4. Evolución de la Tasa cruda de mortalidad por carcinoma bucal y faríngeo en hombres (C00-C14) desde el 2000 al 2015 en España.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III

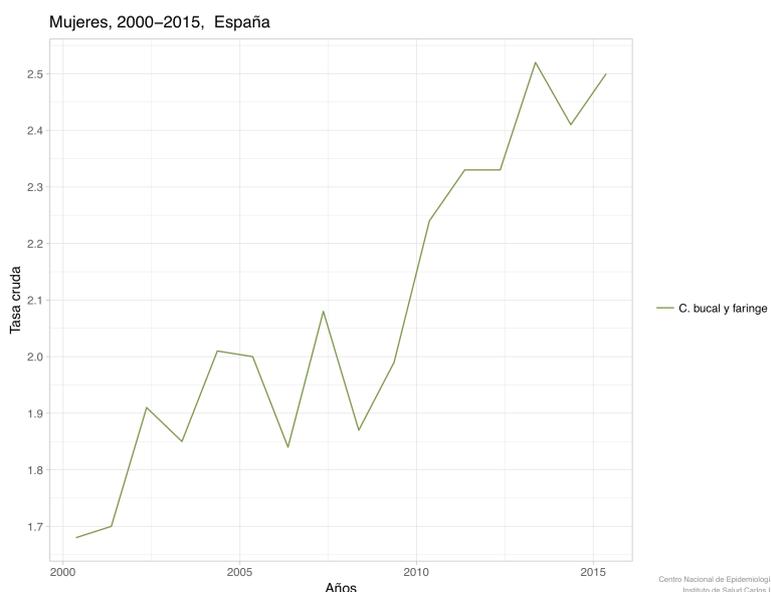


Figura 5. Evolución de la Tasa cruda de mortalidad por carcinoma bucal y faríngeo en mujeres (C00-C14) desde el 2000 al 2015 en España.

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III

Si comparamos la Tasa cruda de mortalidad correspondientes a carcinoma bucal y faríngeo (C00-C14) en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2000-2015 en la Comunidad Valenciana con los valores medios en España, observamos una tendencia a disminuir la Tasa cruda de mortalidad en las provincias de Valencia y Alicante (manteniéndose por debajo de la media nacional en todo momento), y una tendencia al alza en la provincia de Castellón (se mantiene por debajo de la media nacional hasta 2012, con un ascenso pronunciado a partir de 2010 hasta superar los valores nacionales, y un descenso a partir del 2014 hasta el 2015 que sitúa sus valores próximos a los de España) en varones. Asimismo, podemos ver en mujeres, un acenso constante en las provincias de Castellón (manteniéndose por debajo de la media nacional) y Alicante (manteniéndose por encima de la media nacional), siendo este último muy pronunciado, y un descenso en la provincia de Valencia (por debajo de la media nacional)(figuras: 6 y 7).

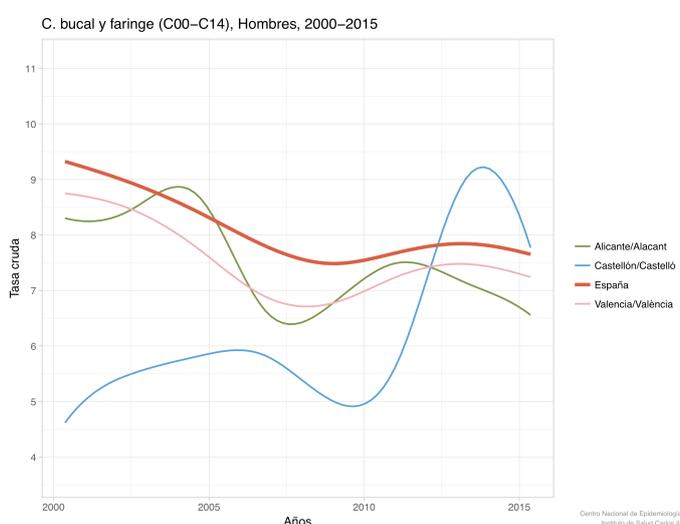


Figura 6. Comparativa de la evolución de la Tasa cruda de mortalidad por carcinoma bucal y faríngeo en hombres (C00-C14) desde el 2000 al 2015 en las distintas provincias de la Comunidad Valenciana.  
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III

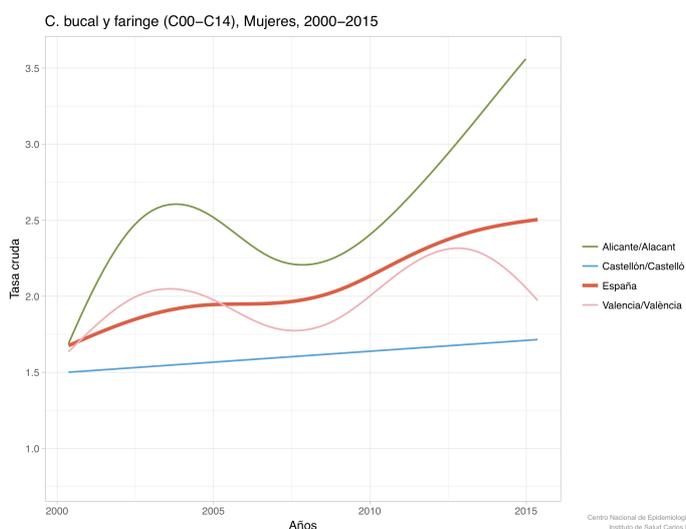


Figura 7. Comparativa de la evolución de la Tasa cruda de mortalidad por carcinoma bucal y faríngeo en mujeres (C00-C14) desde el 2000 al 2015 en las distintas provincias de la Comunidad Valenciana.  
Fuente: Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III

## 1.3.4. Pronóstico:

Pese a los avances significativos en las técnicas quirúrgicas de resección y reconstrucción, y en las técnicas de aplicación de radioterapia y quimioterapia, las tasas de mortalidad no han mejorado durante estas últimas décadas.

Probablemente, una de las causas de esta falta de resultados positivos sea que las tasas de curación de cáncer oral dependen de su estadio<sup>25</sup>.

La detección precoz aumenta significativamente la posibilidad de curación del paciente<sup>180</sup>.

La detección precoz en estadios asintomáticos garantiza, no sólo un aumento en las tasas de supervivencia, sino también una mejor calidad de vida, como consecuencia de tratamientos menos agresivos y mutilantes<sup>167</sup>. Por ello debemos aconsejar un examen sistemático de la mucosa oral en todo examen dental rutinario.

El pronóstico en el momento del diagnóstico va a estar condicionado por factores dependientes del tumor: manifestación clínica, localización, grado histológico y presencia o ausencia de metástasis. Asimismo, el pronóstico también va a depender de factores clínicos del paciente como: edad, sexo, estado general e inmunidad.

## 1.4. Etiología

De etiología multifactorial, el cáncer oral se asocia a distintos factores de riesgo como la exposición a tóxicos y alteraciones sistémicas del estado de salud de los pacientes, como pueden ser déficit nutricionales o alteraciones del estado inmunológico. La presencia de varios factores de riesgo (co-cancerígenos), se estima imprescindible en el desarrollo de la enfermedad.

La principal lesión precancerosa que encontramos asociada a los carcinomas epidermoides orales son las leucoplasias<sup>45,63,131</sup>.

### 1.4.1. Factores de riesgo:

- Tabaco

La proporción de fumadores entre los pacientes con cáncer oral es de dos a tres veces mayor que en la población general<sup>130</sup>.

Se considera el principal factor de riesgo para el desarrollo de cánceres orales, en muchas ocasiones asociado al consumo de alcohol<sup>205</sup>. Cuando el tabaco no está presente como factor de riesgo, las características del carcinoma oral se modifican, siendo más frecuente entonces en mujeres jóvenes con mutación en el p53 u otros genes supresores de tumores<sup>182</sup>.

Entre el 50-70% de los pacientes con carcinoma escamoso de lengua presentan una exposición al tabaco y al alcohol. Sin embargo, el 5% de dichos cánceres suceden en pacientes jóvenes, cuya exposición al alcohol y al tabaco no es significativa. Se estima que existe una sensibilidad intrínseca entre los pacientes jóvenes con cáncer de lengua, que hace que los factores externos como son el tabaco y el alcohol sean más nocivos para ellos. Lo que sugiere que la patogénesis del cáncer oral difiera entre adultos y jóvenes<sup>164,202,149</sup>.

El consumo de tabaco en puros y pipa aumenta la probabilidad de desarrollar cáncer de la cavidad oral en mayor medida que el consumo de tabaco en forma de cigarrillos. Se considera que la probabilidad de desarrollar un tumor oral crece al aumentar la dosis de consumo del tóxico.

Se observa una menor susceptibilidad a padecer carcinoma oral como consecuencia del consumo de tabaco en función de la raza, como por ejemplo en las personas de raza asiática, encontrando una mayor incidencia entre los fumadores afroamericanos<sup>26,76</sup>.

El tabaco de mascar cuadruplica el riesgo de padecer cáncer oral. Este tipo de consumo se da en países como Venezuela, Estados Unidos de América y la India entre otros. Éste se desarrolla en el lugar de reposo del tabaco dentro de la cavidad oral<sup>102</sup>.

- Alcohol

El alcohol se presenta como un potenciador de otros factores causales. El consumo de alcohol, junto a la nicotina del tabaco, incrementa su poder cancerígeno. Siendo dos factores de riesgo dosis y tiempo dependiente<sup>34,44</sup>.

- Betel

Planta consumida principalmente en oriente. La masticación de esta planta incrementa en un 8% el riesgo de desarrollar cáncer oral<sup>136</sup>.

- Radiación

La radioterapia aumenta el riesgo de desarrollar tumoraciones malignas en el área de cabeza y cuello, tanto carcinomas como sarcomas<sup>209</sup>.

- Dieta

Las vitaminas A y C se presentan como factores protectores frente a las lesiones premalignas o cánceres de mucosa oral, ya que su déficit se asocian a hiperqueratinización en mucosas y en piel. Se observa que los tratamientos prolongados con ácidos retinoides y betacarotenos ayudan a la reducción de la severidad de displasia en algunas lesiones así como a la regresión de ciertas lesiones leucoplásicas<sup>200</sup>. La ferropenia se presenta como el déficit nutricional más importante asociado a cáncer oral en países occidentales<sup>141,60,111</sup>.

La OMS advierte del peligro del consumo excesivo de alimentos ahumados, tostados o curados, aconsejando el consumo de alimentos ricos en fibra vegetal, vitaminas A y C.

- Virus oncogénicos

No se conoce ningún virus que sea causante directo del carcinoma epidermoide oral.

Sobre la posible etiología viral, observamos que el virus Epstein Barr (VEB), es un herpes virus que parece producir una reactivación de las lesiones leucoplásicas en pacientes inmunodeprimidos, sobre todo en pacientes portadores del VIH, relacionándose con la mayoría de los carcinomas nasofaríngeos no queratinizantes. En más del 50% de los casos estudiados con cáncer de cavidad oral se encontraron fragmentos de ADN del VEB, alcanzando en los tumores de lengua un porcentaje superior al 90%. Se aprecia una asociación entre los pacientes con carga viral del VEB y la existencia de metástasis linfáticas. Esto nos hace sospechar que podría estar implicado en la etiopatogénesis de éste, sin poder confirmar que sea el causante del carcinoma escamoso de lengua<sup>178</sup>. El Citomegalovirus (CMV) presenta una prevalencia del 6% en los tumores de orofaringe; sin presentar significación estadística<sup>144</sup>.

Dentro del virus del papiloma humano (VPH) encontramos unos genotipos como son 16, 18, 31 y 33 que presentan alto riesgo de desarrollo de displasias y carcinoma de células escamosas<sup>28</sup>. En particular, el genotipo VPH-16 genera más del 90% de los carcinomas escamosos de orofaringe VPH positivos<sup>124</sup>. Existen estudios prospectivos que demuestran una mejor respuesta a la quimioterapia de inducción, seguida de quimioradioterapia, en aquellos pacientes con VPH-negativo<sup>13</sup>.

Podemos encontrar mayores niveles de anticuerpos para el virus herpes simple tipo 1 (VHS-1) en los estudios serológicos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello<sup>144</sup>. El estadio tumoral y la supervivencia se encuentra asociada, en algunos estudios, con un incremento de los anticuerpos IgM para VHS-1<sup>177</sup>. Sin embargo, no se identifican otros anticuerpos únicos que no se presenten en el resto de los pacientes sin cáncer<sup>57</sup>.

- Infección por *Candida albicans*

La infección crónica de los queratinocitos de la mucosa oral por *C. albicans* puede influir en la carcinogénesis oral. Las lesiones orales de candidiasis (candidiasis hiperplásica crónica) muestran displasia epitelial y pueden sufrir degeneración maligna<sup>169</sup>.

- Inmunosupresión

Las inmunodeficiencias crónicas generan una mayor predisposición a padecer todo tipo de tumores. Observamos que hay un mayor riesgo de padecer carcinoma escamoso oral en pacientes inmunodeficientes por trasplante, así como en las inmunodeficiencia por VIH, sobre todo si se asocia al consumo de tabaco y alcohol<sup>39</sup>.

- Los genes supresores de tumores y oncogenes

Entre los factores intrínsecos que predisponen a la aparición de carcinoma oral observamos que la inactivación del locus p16 es la alteración genética más frecuente en el cáncer de cabeza y cuello<sup>149</sup>. El p53 se encuentra inactivo en la mitad de los casos de cáncer de cabeza y cuello<sup>182</sup>.

Determinados genes o proto-oncogenes son activados por distintas causas: cancerígenos químicos, virus o irradiación, transformándolos en oncogenes activos.

Cuando se inhiben los genes supresores de tumores apreciamos un aumento de la producción de tumores. Identificamos la presencia de los oncogenes ras, myc y c-erbB, y los genes p53, pRb y la E-cadherina en los carcinomas orales<sup>159</sup>.

- Factores sociodemográficos

Encontramos mayor prevalencia de tumores de cavidad oral en trabajadores de la industria textil, imprenta, fabricantes de esferas de relojes (por la manipulación de material fosforescente), así como comerciantes de alcohol y, en general, en las clases sociales más desfavorecidas<sup>205</sup>.

## 1.5. Clínica

El carcinoma epidermoide oral (COCE) clínicamente se presenta en estadios iniciales con un aspecto variado similar a una leucoplasia, eritroplasia o eritroleucoplasia<sup>130</sup>. Esta lesión inicial puede pasar inadvertida, siendo asintomáticas en numerosas ocasiones. Las lesiones iniciales tienden a ulcerarse, presentando límites mal definidos, bordes evertidos, induración y superficie granulosa, dando un carácter infiltrativo a la misma. Aunque en otras ocasiones podemos observar una lesión de carácter exofítico<sup>21</sup>. El tamaño varía de milímetros a varios centímetros. En ocasiones es dolorosa, pudiendo presentar adenopatías cervicales. La presencia de hiperestesia nos puede hacer pensar en afectación perineural.

En estadios avanzados encontramos sintomatología sistémica como pérdida de peso, anorexia, debilidad y fatiga.

El cáncer puede aparecer sobre un tejido previamente alterado (sobre lesiones precancerosas previas como son las displasias epiteliales) o sobre tejidos sanos apareciendo como una lesión *de novo*.

La localización más frecuente es la lengua, el suelo de boca y la zona de paladar blando-pilar amigdalino, representando el 75-80% de los casos<sup>21</sup>.

Histológicamente el CECO se caracteriza por presentar islotes y/o cordones invasivos de células epiteliales malignas similares a las células de la capa espinosa, pudiendo observarse grados variados de pleomorfismo celular y nuclear.

Los carcinomas que producen cantidades importantes de queratina y muestran algún signo de maduración, desde la capa basal hacia los extractos superficiales, se denominan bien diferenciados. Los que no producen queratina, pero es posible reconocer cierto grado de estratificación, a pesar de su desviación de la estructura normal, se denominan moderadamente diferenciados. Cuando no producen queratina, su aspecto apenas muestra semejanza con una estructura epitelial, y presentan anomalías celulares frecuentes, se denominan pobremente diferenciados<sup>46,142</sup>.

Una forma especial de carcinoma oral es el carcinoma verrucoso. El epitelio es displásico, pero muestra en raras ocasiones rasgos displásicos intensos<sup>158</sup>.

El Centro Colaborador de la OMS para el Cáncer y Precáncer oral, recomienda el año 2005 sustituir los términos "*pre maligno*" o "*precanceroso*" por el de "*potencialmente maligno*". Asimismo, aconsejan agrupar a las situaciones clínicas que implican un incremento en el riesgo de cancerización bajo la denominación común de "*desórdenes potencialmente malignos*", ya que debemos tener en cuenta que existen estados reversibles que no siempre desarrollan lesiones neoplásicas<sup>81,45</sup>.

## 1.5.1. Lesiones precancerosas o potencialmente malignas<sup>21</sup>

### • **Leucoplasia:**

Se considera la lesión premaligna más frecuente de la cavidad oral.

Mancha o placa blanca sin características clínicas, ni patológicas que sean propias de otras enfermedades, cuyo diagnóstico es por exclusión de otras patologías (figura: 8). Normalmente asintomática. La podemos encontrar en forma sobreelevada, rugosa, verrugosa y plana. Suele ser multicéntrica presentándose en dos o más lugares. Más prevalente en varones.



Figura 8. Leucoplasia en región cresta alveolar, trígono retromolar y mucosa geniana izquierda.  
Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

### • **Eritroplasia**

Lesión potencialmente maligna. Que se manifiesta como una mácula o placa eritematosa (rojo brillante), solitaria, de superficie lisa y aterciopelada, de bordes circunscritos, bien definidos (figura: 9). Cuyo agente causal es desconocido. Asociada en numerosas ocasiones a cambios displásicos, carcinoma *in situ* o carcinoma epidermoide.

Esta lesión se puede encontrar en cualquier sitio de la mucosa oral.

Pudiendo encontrarse aislada o asociada a leucoplasias (leucoeritroplasias).



Figura 9. Leucoeritropiasia paladar blando izquierdo.

Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

- **Fibrosis oral submucosa**

Lesión característica en Asia e India. Caracterizada por ser una reacción inflamatoria en proximidad del epitelio que evoluciona hacia fibrosis de los tejidos submucosos. Clínicamente se observa odinofagia, disfagia, rigidez mucosa, limitación de la apertura oral y alteración del hablar. Vinculada al consumo de betel masticado.

#### 1.5.2. Clasificación histológica<sup>65</sup>:

En función de su similitud al epitelio del que derivan (epitelio Malpighiano).

- **Bien diferenciado:**

Muy similares al epitelio del que derivan. Sus células aun presentan la capacidad de formar queratina (perlas o globos córneos). Con escasa atipia celular y mitosis moderadas. Observamos infiltrado peritumoral, formado por linfocitos y células plasmáticas.

- **Moderadamente diferenciado:**

Menor semejanza con las células epiteliales. Mayor número de mitosis con un descenso progresivo en la capacidad de formar queratina (ya no presentan casi globos córneos). Reducción del infiltrado tumoral.

- **Indiferenciados o pobremente diferenciado:**

No presentan la capacidad de generar queratina. No observamos similitud con las células de las que derivan. Gran pleomorfismo nuclear y elevado número de mitosis. Existe la capacidad de metastatización por rotura en la adhesión intercelular.

## Formas clínicas principales del carcinoma epidermoide de cavidad oral<sup>174</sup>:

### • **Ulcerativa:**

Forma más frecuente. Úlcera de tamaño variable, que presenta bordes elevados e indurados y superficie rugosa (figura:10). De apariencia limpia y morfología ovalada. Fondo minimamente infiltrado. Como norma general asintomáticas.



Figura 10. Lesión ulcerativa en borde lateral derecho de lengua.  
Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

### • **Infiltrativa:**

De origen en capas profundas de la mucosa, presentan crecimiento en profundidad (figura: 11).



Figura 11. Lesión infiltrativa de suelo de boca junto a la emergencia de conductos de Wharton.  
Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

- **Mixtas:**

Presencia de lesiones que combinan crecimiento endofítico y exofítico en la misma lesión (figura:12).



Figura 12. Lesión de morfología mixta en borde lateral derecho de lengua  
Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

- **Proliferativa o exofítica:**

Masa vegetante, irregular de tamaño y forma (figura: 13). En su progresión adquiere forma fungiforme de consistencia blanda a excepción de su base que presenta mayor consistencia. Puede presentar sobreinfección y áreas necróticas. Las lesiones de pequeño tamaño simulan un papiloma.



Figura 13. COCE con morfología exofítica localizada en triángulo retromolar y pilar amigdalino izquierdo.  
Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

## 1.6 Historia natural del cáncer

Muchas de las alteraciones moleculares que causan el comportamiento anormal de las células neoplásicas se basan en alteraciones del ciclo celular<sup>198</sup>. El cáncer es el resultado de la suma de mutaciones secuenciales genéticas de un precursor celular.

En condiciones normales, la división de los queratinocitos orales es estimulada por los factores de crecimiento epidérmicos (EGF) al unirse con sus receptores, receptores de factores de crecimiento epidérmicos (EGFR), localizados en la membrana celular de los queratinocitos de la capa basal. Los precursores celulares están expuestos a carcinógenos que podemos encontrar en el tabaco y en el alcohol. Los intermediarios electrofílicos originados por estos tóxicos pueden ser los responsables de las alteraciones del ADN de celular.

La mayoría de las proteínas, que transmiten la señal de crecimiento a partir de la membrana hacia el núcleo, son codificadas por oncogenes. Mutaciones en estos oncogenes pueden estimular la proliferación excesiva de los queratinocitos en el cáncer oral.

Cuando se produce una lesión en el ADN las enzimas polimerasas del ADN se ocupan de su reparación. La mutación se origina ante la imposibilidad de reparación por parte de estas enzimas. Normalmente la célula mutada no es viable y muere. La patogénesis del cáncer oral depende de que las células neoplásicas adquieran<sup>166</sup>:

- Autosuficiencia de las señales de crecimiento
- Insensibilidad a las señales inhibitoras del crecimiento
- Evasión de la muerte celular programada (apoptosis)
- Potencial replicativo ilimitado
- Mantenimiento de la angiogénesis
- Capacidad de invadir los tejidos y producir metástasis.

Estos comportamientos no son independientes uno del otro, sino el resultado de un complejo proceso de alteraciones genéticas en múltiples etapas. Esto genera una población celular que continúa mutando con capacidad de autosecreción de factores de crecimiento y factores angiogénicos.

El cáncer no es fácil de iniciar, requiriendo años de exposición a distintos carcinógenos antes de producirse<sup>159</sup>.

La mutación angiogénica es la que permite desarrollar las propiedades invasivas y la migración celular a través del reclutamiento de vasos sanguíneos. Una vez se ha dado ésta, la célula cancerígena empieza a desarrollarse hacia un cáncer capaz de manifestarse clínicamente.

Solamente un pequeño porcentaje de células tumorales presentan la capacidad de adhesión a las paredes de los vasos, para poder invadirlas y viajar a través de estos evitando el sistema inmunitario para así llegar finalmente al órgano a metastatizar<sup>118,90,137</sup>.

El crecimiento del tumor de cavidad oral puede presentarse invadiendo las estructuras vecinas (nervios, hueso...) o bien provocando una diseminación hacia los ganglios linfáticos regionales del cuello (principal vía de diseminación) y/o una diseminación vía hematógica afectando principalmente pulmón, huesos e hígado .

## 1.7. Diagnóstico

La detección precoz de las lesiones potencialmente malignas, representa un gran reto para los profesionales en nuestra práctica clínica diaria. Podemos utilizar múltiples pruebas para realizar un diagnóstico y hacer un estudio de extensión, así como valorar la evolución clínica y la respuesta a los tratamientos realizados.

Entre las pruebas que podemos utilizar se encuentran:

### 1.7.1. Exploración física:

La realización de ésta es imprescindible a la hora de hacer una valoración inicial de toda lesión en cavidad oral. Observaremos cuidadosamente todas las partes de la cavidad oral y labios (figuras: 14, 15 y 16), mediante una inspección tanto externa como interna prestando especial atención al aspecto de la mucosa. Seguidamente realizaremos palpación de las lesiones que hayamos identificado en la inspección visual inicial, apreciando si existe induración, sangrado o si está adherida a estructuras adyacentes.

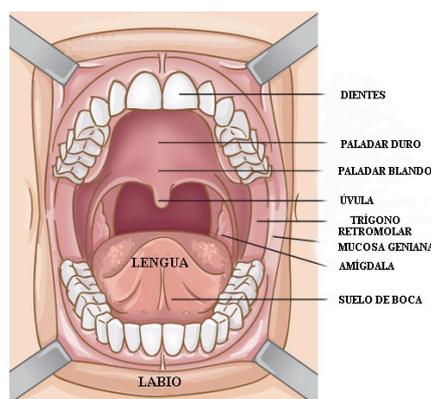


Figura 14. Anatomía de cavidad oral.  
Fuente: Terese Winslow LLC U.S. Govt. Has certain rights 2012

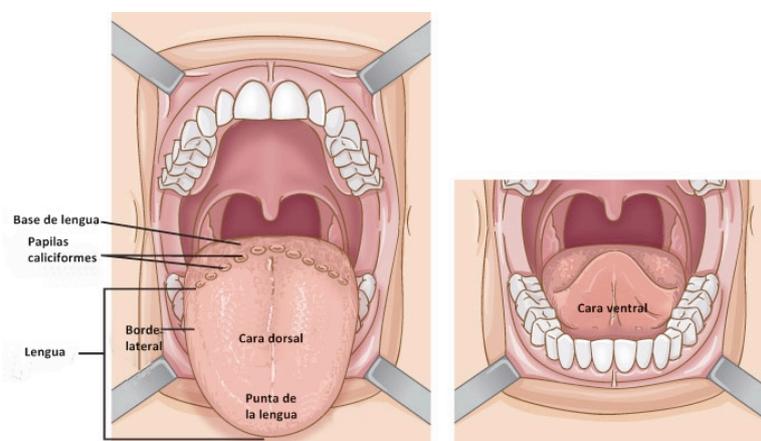


Figura 15. Figura 16.  
Fuente: Terese Winslow LLC U.S. Govt. Has certain rights 2012

Una vez valorada la cavidad oral, exploraremos la región cervical en busca de posibles adenopatías patológicas (las adenopatías de tamaño mayor a 1 cm, de consistencia dura o que presente adhesión a planos profundos, indoloras, son sugestivas de metástasis ganglionares).

La región cervical se divide en seis niveles quirúrgicos basados en las estructuras anatómicas cervicales (figura: 17 y 18).

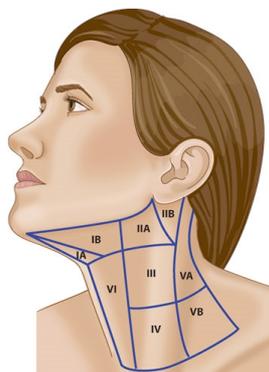


Figura 17. Niveles quirúrgicos basados en las estructuras anatómicas de la región cervical.

<b>NIVEL I</b>	
<b>Nivel IA</b>	<b>Grupo submentoniano:</b> Delimitado por el hueso hioides inferiormente, la sínfisis mandibular superior, y el vientre anterior del músculo digástrico lateralmente.
<b>Nivel IB</b>	<b>Grupo submandibular:</b> Delimitado por el vientre posterior del músculo digástrico inferiormente, el cuerpo mandibular superiormente, el vientre anterior del músculo digástrico anteriormente y del músculo estilohioideo posteriormente.
<b>NIVEL II</b>	
Gánglios adyacentes a la vena yugular interna y al nervio espinal accesorio.	
<b>Nivel IIA</b>	Delimitado inferiormente por un plano horizontal creado por el cuerpo inferior del hueso hioides, superiormente por la base del cráneo, anteriormente por el músculo estilohioideo y posteriormente por un plano vertical definido por el nervio espinal accesorio.
<b>Nivel IIB</b>	Delimitado inferiormente por un plano horizontal creado por el cuerpo inferior del hueso hioides, superiormente por la base del cráneo, anteriormente por un plano vertical definido por el nervio espinal accesorio y posteriormente por el borde lateral del músculo esternocleidomastoideo.
<b>NIVEL III</b>	Incluye los ganglios linfáticos del área yugular media que rodean la vena yugular interna. Delimitado inferiormente por un plano horizontal definido por el borde inferior del cartílago cricoides, superiormente por un plano horizontal definido por el borde inferior del cuerpo del hueso hioides, anteriormente por el borde lateral de la musculatura esternohioidea, y posteriormente por el borde lateral del esternocleidomastoideo o las ramas sensitivas del plexo cervical.
<b>NIVEL IV</b>	Incluye los ganglios del área yugular inferior que rodean a la vena yugular interna, está delimitado inferiormente por la clavícula, superiormente por un plano horizontal creado por el borde inferior del cartílago cricoides, anteriormente por el borde lateral de la musculatura esternohioidea, y posteriormente por el borde lateral del esternocleidomastoideo o las ramas sensitivas del plexo cervical.
<b>NIVEL V</b>	Incluye todos los ganglios linfáticos en el triángulo posterior del nervio espinal accesorio y los cervicales transversos; así como los ganglios superiores, medios e inferiores yugulares posteriores al esternocleidomastoideo.

<b>Nivel VA</b>	Delimitado inferiormente por un plano horizontal creado por el borde inferior del cartílago cricoides, superiormente por el vértice que se forma al converger el esternocleidomastoideo y el músculo trapecio, anteriormente por el vientre posterior del esternocleidomastoideo o las ramas sensitivas del plexo cervical, y posteriormente por el borde anterior del músculo trapecio.
<b>Nivel VB</b>	Delimitado inferiormente por la clavícula, superiormente por el plano horizontal creado por el borde inferior del hueso hioides, anteriormente por el vientre posterior del esternocleidomastoideo o ramas sensitivas del plexo cervical y posteriormente por el borde anterior del músculo trapecio.
<b>NIVEL VI</b>	Incluye los ganglios pretraqueales, paratraqueales y prelaríngeos. Está delimitado inferiormente por el nodo supraesternal, superiormente por el hueso hioides, lateralmente por las arterias carótidas comunes; también denominado compartimento anterior.

Fuente: Miloro M. Peterson's Principles of oral maxillofacial surgery. Segunda edición. BC Derecker Inc: 2004; 617-658

Observamos que a mayor tamaño del tumor primario y más tiempo de evolución, encontramos mayor probabilidad de presentar afectación de los ganglios linfáticos cervicales. Pero hemos de tener en cuenta que tumores pequeños y de corta evolución, también pueden producir metástasis ganglionares<sup>176</sup>. En ocasiones, puede ser el primer síntoma de un COCE de la cavidad oral, la presencia de una metástasis en un ganglio cervical, presentándose más frecuente en tumores primarios de hipofaringe o nasofaringe.

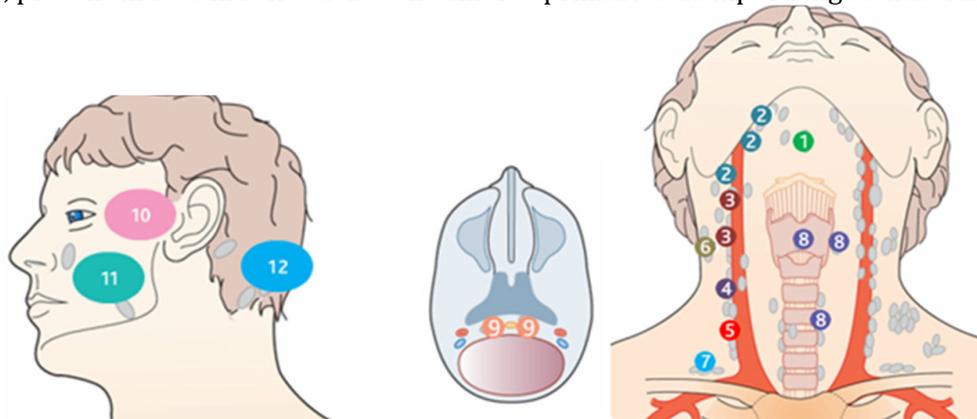


Figura 18. N- Ganglios linfáticos regionales

- 1.- Submentoniano
- 2.- Submandibular
- 3.- Yugular craneal (cervical profundo)
- 4.- Yugular medial (cervical profundo)
- 5.- Yugular caudal
- 6.- Cervical dorsal ((cervical superficial) a lo largo del nervio accesorio)
- 7.- Supraclavicular
- 8.- Prelaríngeo denominado también o precricoides «ganglio Delphian», pretraqueal y paratraqueal
- 9.- Retrofaringeo
- 10.- Parotídeo
- 11.- Bucal
- 12.- Retroauricular y occipital

## 1.7.2. Biopsia:

El diagnóstico definitivo de cáncer oral conlleva la realización de una biopsia para poder hacer un estudio anatomopatológico<sup>140</sup>.

Tras detectar en la exploración física una lesión sugestiva de malignidad, se debe realizar la toma de una pequeña porción de tejido sospechoso (biopsia incisional o excisional según el tamaño de la lesión), junto a una parte de tejido sano para su observación al microscopio. Solamente la biopsia permite formular un diagnóstico de certeza.

- **Biopsia incisional:** muestra parcial de tejido sospecho junto a una parte de tejido sano. Debemos evitar la toma de muestra en áreas de necrosis o infección para evitar un diagnóstico erróneo.

- **Biopsia excisional:** cuando el tamaño de la lesión es pequeño, se realiza la exéresis total de ésta. Esta técnica se emplea en lesiones pequeñas, accesibles y superficiales.

## 1.7.3. Biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF):

Técnica con alta sensibilidad y especificidad y una precisión diagnóstica del 89% al 98%. Entorno a un 5%-16% de los casos no nos aporta un diagnóstico en una primera punción, por lo que deberemos realizar una segunda punción<sup>72,192</sup>. Hemos de tener en consideración que, en aquellos pacientes que hayan recibido tratamiento radioterápico cervical, podemos encontrar un aumento de falsos negativos en esta prueba, con una pérdida de la sensibilidad del 82% inicial al 40% en pacientes radiados<sup>52</sup>.

Se emplea para realizar el diagnóstico inicial en pacientes donde observamos un nódulo cervical y cuando desconocemos el tumor primario. La PAAF se puede realizar mediante palpación, guiada por TAC o ecografía. Nos aporta información suficiente cuando la clínica o las pruebas por imagen no son concluyentes. Esta información nos orienta a la hora de realizar un abordaje terapéutico en función de la positividad o negatividad de la misma.

## 1.7.4. Ortopantomografía (OPG):

Radiografía panorámica de toda la boca (figuras: 19 y 20). Nos aporta información del estado de las piezas dentales del paciente, de la posible afectación ósea por parte del tumor, y el grado de destrucción del mismo como consecuencia del cáncer. También nos sirve de monitorización ósea tras radioterapia para la detección de osteoradionecrosis, en el caso de que ésta se produzca como consecuencia de manipulación dental tras recibir tratamiento coadyuvante con radioterapia. Prueba de elevada sensibilidad (75%) y especificidad (100%)<sup>109</sup>. La ortopantomografía nos aporta una información muy útil a la hora de realizar el diagnóstico y seguimiento de los pacientes que portan prótesis metálicas que generan importantes artefactos en las reconstrucciones dentales del TAC, disminuyendo considerablemente la calidad de las imágenes y dificultando la realización de un diagnóstico correcto.



Figura 19. Ortopantomografía de paciente con carcinoma epidermoide, pobremente diferenciado, infiltrante, afectando con un carácter multifocal mucosa de suelo de boca izquierdo, infiltrado en algunos puntos hasta el plano muscular. La lesión tumoral alcanza las zonas de mucosa anexas al hueso mandibular.

Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.



Figura 20. Ortopantomografía de control postquirúrgico 9 meses tras la cirugía de exodoncia de totalidad de piezas dentarias, exéresis tumoración con márgenes de seguridad oncológicos, vaciamiento cervical izquierdo radical modificado y submental. Mandibulectomía marginal izquierda que incluye nervio mentoniano izquierdo. Injerto microvascularizado radial izquierdo con anastomosis vasculares de injerto radial de arteria radial con arteria facial izquierda; vena cefálica con vena tiroidea izquierda y vena concomitans con tronco tiro-linguo-facial. Osteosíntesis con placa de reconstrucción performeda.

Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

#### 1.7.5. Tomografía axial computarizada (TC o TAC):

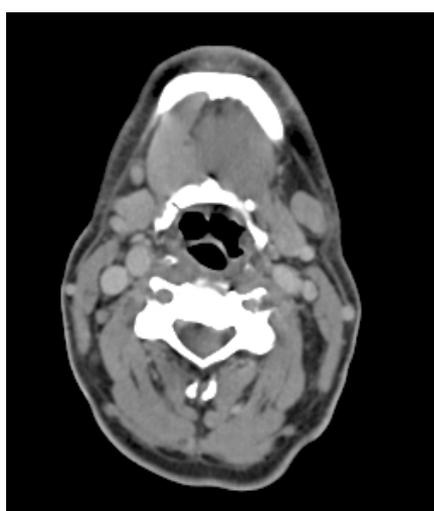
Técnica que al igual que la ortopantomografía se basa en el empleo de los rayos X para el diagnóstico de lesiones óseas, y que tras aplicar un medio de contraste nos aporta información de lesiones en partes blandas. Crea una imagen tridimensional del interior del cuerpo y una computadora que genera imágenes en una gama de grises (figuras: 21, 22 y 23). Las imágenes muestran detalladamente cortes transversales, axiales, longitudinales y coronales. La imágenes 3D generadas aportan información relevante para planificación de la cirugía a realizar.

En ocasiones resulta difícil con esta prueba, la valoración de las lesiones de tamaño reducido cuando la afectación es mucosa. Nos aportan una información de gran utilidad a la hora de determinar si hay invasión de estructuras adyacentes como la mandíbula o los ganglios linfáticos del cuello (existencia de metástasis cervicales, adenopatía con necrosis central y/o invasión extracapsular). Pero debemos tener en cuenta que en ocasiones

podemos encontrar falsos positivos en pacientes con defectos óseos en la cortical secundarios a exodoncias con alveolos irregulares o infecciones periodontales severas<sup>201,38</sup>, y falsos positivos de metástasis ganglionares cervicales si nos basamos exclusivamente en el tamaño de éstas. Radiológicamente, consideramos adenopatías patológicas aquellas mayores de 10-11 mm de diámetro o con presencia de necrosis central. Tras realizar un estudio en el que se analizaba el TAC previo a cirugía con adenopatías negativas, según su tamaño, y se comparaba con el resultado anatomopatológico del vaciamiento cervical de éstas, se observó que un 66% de las adenopatías extirpadas presentaban metástasis y medían menos de 10 mm; un 20% presentaba invasión extracapsular (de éstas un tercio eran menores de 10 mm, o incluso de 5 mm). La necrosis central estaba presente en adenopatías mayores de 20 mm y que la invasión extracapsular determina en gran medida el pronóstico<sup>201,61</sup>.



Figura 21. En relación con zona de trígono retromolar izquierdo se identifica una destrucción ósea de la rama horizontal mandibular izquierda (aprox 28 mm AP), de bordes mal definidos y con rotura cortical de origen extra-óseo, compatible con infiltración y destrucción mandibular por la lesión de carcinoma epidermoide de la mucosa oral.  
Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.



Figuras 22 y 23. Se observa deformidad de la musculatura del suelo de la boca a nivel de partes blandas en la vertiente izquierda, con destrucción ósea del reborde alveolar de la mandíbula a nivel de la posición teórica del 34 y 35. Adenopatías submandibulares izquierdas, algunas mayores de 1 cm. sin clara necrosis. Afectación ganglionar regional IB, IIA y IIB de carcinoma oral con afectación ósea mandibular en rama horizontal izquierda.  
Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

### 1.7.6. Endoscopia:

Se aconseja la realización de fibroendoscopia en pacientes con tumores de cabeza y cuello cuya afectación alcance la base de lengua, orofaringe y laringe. El fibroendoscopio es un tubo delgado y flexible con una lente y luz, que se introduce a través los orificios nasales permitiendonos observar el tracto aerodigestivo superior.

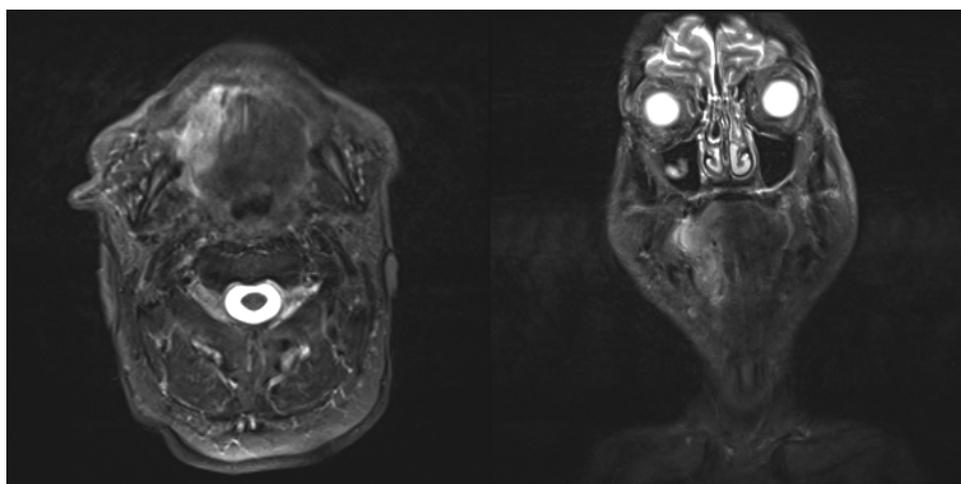
### 1.7.7. Ecografía cervical:

Técnica no invasiva, que no genera radiaciones ionizantes y que no requiere la utilización de contrastes yodados para su evaluación. Resulta útil para el estudio de partes blandas y se puede utilizar de manera aislada, o para realizar las PAAF guiadas.

### 1.7.8. Resonancia magnética nuclear (RMN):

Técnica con gran resolución de contraste y espacial que nos permite el estudio de pequeñas lesiones. Esta técnica utiliza campos magnéticos para la producción de imágenes detalladas del cuerpo, en especial de tejidos blandos (amígdalas, adenoides, base de la lengua, etc.) (figuras: 24 y 25). Presenta mayor precisión que la TC para el diagnóstico de los tumores de la cavidad oral de reducido tamaño o afectación exclusivamente mucosa, así como evaluar la afectación la médula ósea, aunque no aporta información de la invasión cortical<sup>160</sup>.

Esta técnica está contraindicada en pacientes portadores de marcapasos o generadores electromagnéticos y en pacientes con elementos metálicos, libres, en tejidos libres de fibrosis<sup>160,157</sup>.



Figuras 24 y 25. Tumoración de hemilengua derecha que infiltra la musculatura extrínseca, se extiende al suelo de la boca y pilar amigdalino anterior. No infiltra la medular ósea. Probablemente sobrepasa línea media en vertiente anterior y superficial de lengua. Al menos una adenopatía significativa ipsilateral. Estadiaje T4A N1.

Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

## 1.7.9. Tomografía por emisión de positrones con TC o RMN (PET-TAC o PET-RMN).

Técnica no invasiva de diagnóstico, que evalúa el metabolismo tisular. Detecta y analiza la distribución y consumo de un radiofármaco ( $^{18}\text{F}$ -fluorodesoxiglucosa), a nivel celular permitiendonos detectar patologías tumorales de alto consumo de glucosa. La PET aumenta su especificidad combinandose con el TC y RNM, aumentando así su resolución anatómica y espacial.

Técnica más sensible y específica que el TC o RNM, en la detección de tumores primarios, metástasis ganglionares y para la detección de segundos tumores <sup>89,74</sup>.

En pacientes N0 con cuello clínicamente negativo, pueden pasar desapercibidas metástasis menores de 5 mm, por ello esta prueba no debe sustituir la cirugía cervical. Hemos de destacar su inapreciable papel a la hora de detectar metástasis a distancia y de recaídas locales y regionales durante el seguimiento de los pacientes.

## 1.7.10. Angio-TAC y ECO-Doppler:

Pruebas que nos ayudan a la planificación quirúrgica a la hora de reconstruir el área intervenida en los pacientes con cáncer. El Angio-TAC y el ECO-Doppler nos ayudan a detectar colgajos de perforantes para la reconstrucción con colgajos microvascularizados, como son el anterolateral de muslo y el de peroné.

El Angio-TAC permite detectar la mejor perforante en función del recorrido, tamaño y viabilidad, minimizando el tiempo de intervención quirúrgica y evitando errores quirúrgicos. Esta técnica presenta una elevada sensibilidad<sup>80,48</sup>.

1.8. Estadificación del cáncer oral. Clasificación TNM

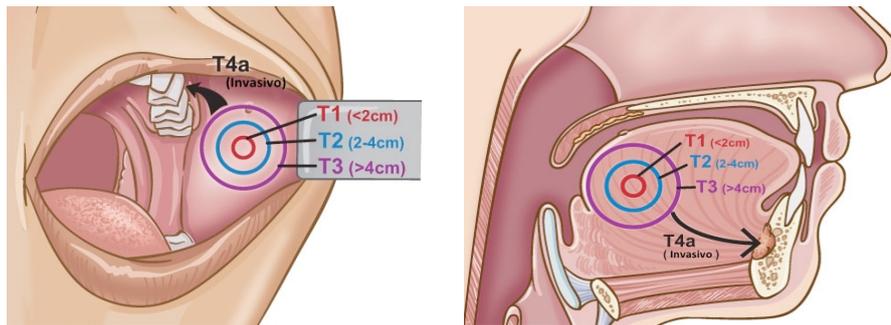
Tras el diagnóstico inicial anatomopatológico de carcinoma oral, antes de decidir la cirugía que se va a realizar, debemos realizar una estadificación del mismo para establecer el tratamiento óptimo y el pronóstico.

Esta clasificación/estadificación se realizará siguiendo las indicaciones de la clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC). Dicha clasificación se presenta como el factor pronóstico más importante<sup>82</sup>. El estadio del COCE depende del tamaño de la lesión primaria y de la diseminación regional o a distancia de la enfermedad<sup>40,196,197,185</sup>. TNM es la abreviatura en inglés de tumor (T), ganglio (N) y metástasis (M). Hay que tener en cuenta estos tres factores para determinar el estadio clínico. A esta clasificación se le añadirá el prefijo “p” cuando se base en el resultado histopatológico de la muestra extirpada (pTNM), usando el prefijo “a” (aTNM) en el caso de ser realizada la clasificación tras la autopsia del paciente. En tumores de aparición sincrónica, se empleará en el estadiaje final el tumor con el grado más alto de estadio utilizando el sufijo “m” (TmNM).

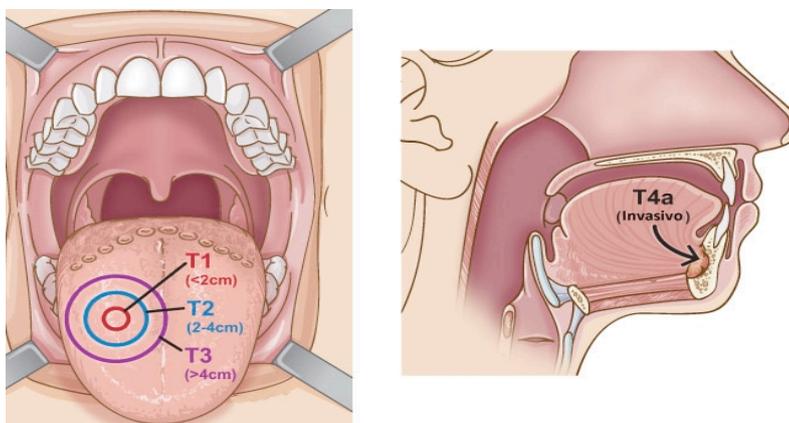
1.8.1. Tumor primario (T)

<b>TX</b>	No se puede evaluar el tumor primario.
<b>T0</b>	No hay prueba de tumor primario.
<b>Tis</b>	Carcinoma <i>is situ</i> .
<b>T1</b>	Tumor <b>≤ 2 cm</b> en su dimensión mayor.
<b>T2</b>	Tumor <b>&gt; 2 cm</b> , pero <b>≤ 4 cm</b> en su dimensión mayor.
<b>T3</b>	Tumor <b>&gt; 4 cm</b> en su dimensión mayor.
<b>T4</b>	<p><b>T4a Enfermedad local moderadamente avanzada</b> (la erosión superficial única de la cavidad del hueso o el diente a causa de un tumor primario gingival no es suficiente para clasificación como T4).</p> <p><b>Labio:</b> el tumor invade a través del hueso cortical, el nervio alveolar inferior, el piso de la boca o la piel de la cara (mentón o nariz).</p> <p><b>Cavidad oral:</b> el tumor invade sólo las estructuras adyacentes, a través de hueso cortical mandíbular o maxilar, hacia el músculo profundo (extrínseco) de la lengua (geniogloso, hiogloso, palatogloso), seno maxilar o piel de la cara.</p> <p><b>T4b Enfermedad local muy avanzada.</b></p> <p>El tumor invade el espacio masticador, las placas pterigoides o la base del cráneo, o envuelve la arteria carótida interna.</p>

Fuente: Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. AJCC: Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual. 7th es. New York, NY: Springer.2010; 29-40.



Figuras 26 y 27. Representación gráfica tamaño tumoral en cavidad oral.  
Fuente: Head & Neck cancer guide. Determining the stage of the cancer 2018.



Figuras 28 y 29. Representación gráfica tamaño tumoral en lengua.  
Fuente: Head & Neck cancer guide. Determining the stage of the cancer 2018.

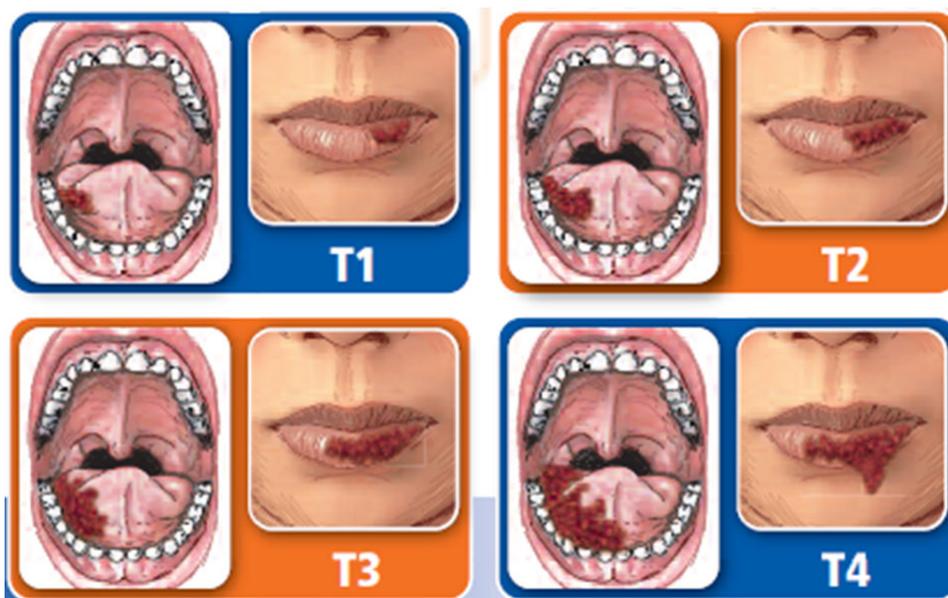


Figura 30. Representación gráfica de tamaño tumoral en cavidad oral y labio.  
Fuente: Sánchez-Aniceto, G. Clasificación TNM ilustrada. Tumores de cabeza y cuello. MERCK Seromo. Ed. YOU&US, S.A. 2010.

1.8.2 Ganglios linfáticos regionales (N)

<b>NX</b>	No se puede evaluar los ganglios linfáticos regionales.
<b>N0</b>	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales..
<b>N1</b>	Metástasis en sólo <b>un</b> ganglio linfático <b>ipsilateral</b> $\leq 3$ <b>cm</b> en su dimensión mayor.
<b>N2</b>	<b>N2a</b> Metástasis en sólo <b>un</b> ganglio linfático <b>ipsilateral</b> $> 3$ <b>cm</b> , pero $\leq 6$ <b>cm</b> en su dimensión mayor.
	<b>N2b</b> Metástasis en <b>múltiples</b> ganglios linfáticos <b>ipsilateral ninguno</b> $> 6$ <b>cm</b> en su dimensión mayor.
	<b>N2c</b> Metástasis en ganglios linfáticos <b>bilaterales o contralaterales ninguno</b> $> 6$ <b>cm</b> en su dimensión mayor.
<b>N3</b>	Metástasis en un ganglio linfático $> 6$ <b>cm</b> en su dimensión mayor.

Fuente: Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. AJCC: Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual. 7th es. New York, NY: Springer.2010; 29-40.

En los tumores de cabeza y cuello, los ganglios linfáticos cervicales se consideran regionales.

En la determinación de la categoría N, se considera el número, tamaño y lateralidad de los ganglios linfáticos regionales. Siendo su localización menos importante (figura: 31).

Las definiciones de las categorías N para todos los tumores de cabeza y cuello son iguales, excepto en los de nasofaringe, melanoma mucoso del tracto aérodigestivo superior y tiroides.

Los ganglios medios son considerados homolaterales, excepto en tiroides.

Cuando el criterio para clasificar pN es el tamaño, éste se refiere a la medida de la metástasis, y no al ganglio linfático completo.

Si los ganglios linfáticos son negativos, y el número examinado no alcanza el número habitual (10 o más ganglios linfáticos), se clasificará como pN0.

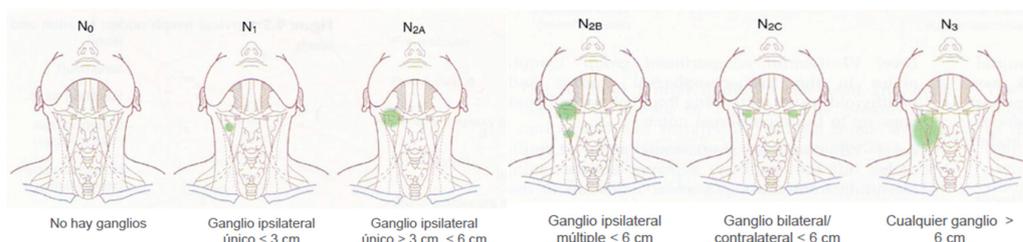


Figura 31. Fuente: Oral Cancer. Editores: Jartin P Shah, Newell W Johnson y John G Batsaki. Editorial: Martin Dunitz. Año 2003. Capítulo 7: Workup and staging. pg. 206

### 1.8.3. Metástasis a distancia (M)

<b>M0</b>	No hay metástasis a distancia.
<b>M1</b>	Metástasis a distancia.

Fuente: Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. AJCC: Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual. 7th es. New York, NY: Springer.2010; 29-40.

Las metástasis más comunes son pulmonares y óseas, presentándose metástasis hepáticas y cerebrales con menor incidencia.

### 1.8.4. Estadios

Estadio	Características		
<b>Estadio 0</b>	Tis	N0	M0
<b>Estadio I</b>	T1	N0	M0
<b>Estadio II</b>	T2	N0	M0
<b>Estadio III</b>	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
<b>Estadio IVA</b>	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T4a	N2	M0
<b>Estadio IVB</b>	Cualquier T	N3	M0
	T4b	Cualquier N	M0
<b>Estadio IVC</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

Fuente: Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. AJCC: Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual. 7th es. New York, NY: Springer.2010; 29-40.

### 1.8.5. Localizaciones y sublocalizaciones anatómicas

(CIE-0 Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología)

Labio (C00)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labio superior, externo (borde bermellón) (C00.0)</li> <li>• Labio inferior, externo (borde bermellón) (C00.1)</li> <li>• Comisuras (C00.6)</li> </ul>

Fuente: Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. AJCC: Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual. 7th es. New York, NY: Springer.2010; 29-40.

<b>Cavidad oral (C02-06)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mucosa bucal</b>  Mucosa de labios superior (C00.3) e inferior (C00.4)  Mucosa de la mejilla (C06.0)  Área retromolar (C06.2)  Surco buco-alveolar, superior e inferior (vestíbulo de la boca) (C06.1)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alveolo superior y encía (superior) (C03.0)</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alveolo inferior y encía (inferior) (C03.1)</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Paladar duro (C05.0)</b>  La parte anterior (C05.0) corresponde al Paladar duro.  La parte posterior (C05.1) corresponde al Paladar blando (faringe)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lengua</b>  Superficie dorsal (C02.0) y bordes laterales anteriores a la papila caliciforme (C02.1) (dos tercios anterior).  Superficie inferior (ventral) (C02.2)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suelo de la boca (C04.0)</b></li> </ul>

Fuente: Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. AJCC: Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual. 7th es. New York, NY: Springer.2010; 29-40.

## 1.9. Anatomía patológica

### 1.9.1. Características:

El carcinoma epidermoide (carcinoma de células escamosas) representa el 90% de los tumores de cavidad oral, siendo el resto adenocarcinomas de glándulas salivares menores, linfomas, metástasis, sarcomas, etc.<sup>65</sup>

Las lesiones premalignas se muestran como una alteración neoplásica de la capa epitelial anterior a la invasión submucosa, esta alteración la podemos catalogar de displasia. Observamos una organización celular anormal, con una actividad mitótica aumentada, así como la aparición de pleomorfismos con núcleos elongados. Si el pleomorfismo está limitado al tercio inferior del epitelio, la displasia es catalogada como leve, cuando se amplía hasta llegar a los dos tercios del epitelio, pasa a denominarse como displasia moderada, y cuando abarca todo el espesor se denomina severa-carcinoma *in situ*. Si en su progresión las células escamosas invaden la membrana basal pasa a denominarse carcinoma escamoso o epidermoide infiltrante.<sup>65</sup>

Según el grado de diferenciación (grado en que las células malignas se diferencian hacia células espinosas y forman queratina), el carcinoma epidermoide lo podemos clasificar en: bien diferenciado, moderadamente diferenciado, pobremente diferenciado, o indiferenciado. Cuanto más indiferenciado es el tumor más riesgo presenta de metástasis.<sup>65</sup>

La invasión tumoral nos indica el grado de agresividad local del tumor y se puede clasificar en: frente uniforme, cordones sólidos, cordones finos e irregulares, y nidos sueltos, pudiendo encontrar combinación de los mismos (patrón mixto).<sup>65</sup>

El estudio histopatológico de la tumoración incluye: tamaño, grosor, multifocalidad, invasión de corión, grado histológico, reacción inflamatoria peritumoral, infiltración perineural, perivascular o perilinfática, existencia de necrosis tumoral, afectación ósea, glándular, o de musculatura estriada<sup>138,162,132</sup>, etc.

#### 1.9.1.1. Grados histológicos

<b>Gx</b>	Carcinoma epidermoide. El grado histológico no puede ser valorado.
<b>G1</b>	Carcinoma epidermoide bien diferenciado.
<b>G2</b>	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado.
<b>G3</b>	Carcinoma epidermoide pobremente diferenciado.

Fuente: Edge, S.B., Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A. AJCC: Lip and oral cavity. AJCC Cancer Staging Manual. 7th es. New York, NY: Springer.2010; 29-40.

Un factor pronóstico determinante es la afectación de márgenes quirúrgicos de la pieza extirpada. Consideramos bordes libres cuando hay más de 5 mm, próximos cuando están entre 1-5 mm, y afectos cuando están a menos de 1 mm. Los márgenes afectos aumentan la probabilidad de recurrencia local<sup>30,189,184</sup>.

Macroscópicamente, el carcinoma epidermoide lo podemos encontrar en forma de úlcera, infiltrante, plano o excremento, o una combinación de estas formas.

El análisis anatomopatológico del vaciamiento cervical informa sobre: el número de ganglios linfáticos regionales, de la presencia de metástasis, así como de la invasión extracapsular o no, el nivel cervical afecto, y el tamaño e infiltración, o no, de tejidos blandos<sup>49</sup>. La invasión extracapsular se presenta como uno de los factores pronósticos más importantes en la aparición de recurrencias de la enfermedad cervical y de la supervivencia global. Las metástasis en ganglios regionales cervicales reduce en un 50%, la supervivencia a los 5 años.

## 1.9.1.2. Variables histológicas<sup>65</sup>

Podemos destacar una serie de variantes histológicas del carcinoma epidermoide:

- Carcinoma epidermoide tipo verrugoso: muy común en la cavidad oral. Masa exofítica, verrucosa de superficie hiperqueratósica. En el estudio histológico revela un marcado epitelio escamoso grueso con abundantes hiperqueratosis y paraqueratosis. Presenta invasión en bloque sin llegar a atravesar la membrana basal. Sin potencial de metastatizar. No presenta grandes atipias, con escaso número de mitosis en la zona basal.<sup>65</sup>
- Carcinoma epidermoide tipo basaliode: común en orofaringe. Presenta lóbulos expansivos de células redondas, hipercromáticas de tipo basaliode con estroma nodular, hialinizado, áreas focales de diferenciación escamosa madura y patrón en puzzle. Presenta un comportamiento similar al carcinoma epidermoide pobremente diferenciado<sup>161</sup>.
- Carcinoma epidermoide tipo fusocelular: común en la cavidad oral. Masa exofítica con láminas de células fusiformes o pleomorfas. Presenta un componente de carcinoma epidermoide invasivo.<sup>65</sup>

La inmunohistoquímica nos resulta útil en el complejo diagnóstico de carcinomas pobremente diferenciados. Los carcinomas epidermoides expresan p63, un número elevado de citoqueratinas (34 BE12, CK5/6 y panqueratina), con pobre expresión de marcadores mesenquimales, linfocíticos y melanocíticos.

En el estudio anatomopatológico se realiza el diagnóstico diferencial con entidades tipo escamosas reactivas no neoplásicas: la sialometaplasia necrotizante, la hiperplasia pseudoepiteliomatosa y la atipia inducida por radiación. Éstas no presentan citología claramente maligna, desmoplasia estromal o crecimiento infiltrativo. También debemos diferenciarlos de otras lesiones tumorales no epiteliales malignas: el sarcoma, linfoma o melanoma.

## 1.10. Tratamiento

En el manejo de los pacientes con cáncer oral intervienen distintos profesionales, que forman parte del equipo multidisciplinar que se ocupa del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación. Las decisiones terapéuticas son tomadas, a menudo, por un grupo de profesionales que integran el denominado "Comité de Tumores". Éste, tras el estudio de la situación de cada paciente, individualizará cada caso. A pesar de que el objetivo principal es la curación del paciente mediante la eliminación completa del tumor, en algunas ocasiones esto no es posible. El equipo terapéutico tiene como misión preservar la función de los tejidos, órganos y nervios próximos, así como reestablecer la morfología y la funcionalidad del órgano extirpado, minimizando las secuelas y previniendo la aparición de recidiva o de un segundo tumor primario<sup>181</sup>.

A la hora de la elección del tratamiento tendremos en cuenta distintos factores que van a determinar el tratamiento elegido<sup>120</sup>:

- Características del paciente: edad, patologías asociadas, estado general del paciente, estilo de vida, profesión, hábitos tóxicos, tolerancia a los posibles efectos secundarios de los tratamientos.

A pesar de que la edad no es una contraindicación para el tratamiento quirúrgico de inicio, hemos de tener en cuenta que los pacientes con edad avanzada suelen tener mayor número de co-morbilidades como son las patologías cardíacas o pulmonares, que pueden contraindicar la cirugía por el riesgo anestésico.

- Características del tumor: Localización, tamaño, extensión a estructuras adyacentes (hueso, nervio, vasos...), presencia de metástasis cervicales, o histología del tumor (grado de diferenciación, tipo de tumor y profundidad).

Se puede utilizar la cirugía, la radioterapia, o la quimioterapia, como tratamientos únicos, o una combinación de ellos para el tratamiento de tumores de cavidad oral.

En tumores de cabeza y cuello, sobre todo en el carcinoma de células escamosas, los tratamientos terapéuticos más utilizados son la cirugía y la radioterapia, aunque en determinadas circunstancias, y en otros tipos de cáncer, es importante el papel de la quimioterapia.

Se considera importante la prevención y el diagnóstico precoz para realizar un tratamiento más conservador, evitando resecciones quirúrgicas amplias, y tratamientos agresivos que empeoran la calidad de vida de estos pacientes. Tanto la cirugía oncológica, como la radioterapia y la quimioterapia, generan secuelas o efectos adversos a estos pacientes, por lo que debemos ser muy cuidadosos en las indicaciones, individualizando en cada caso el tratamiento óptimo según el tipo de tumor y de paciente.

### 1.10.1. Posibilidades terapéuticas:

#### 1.10.1.1. Cirugía:

La cirugía oncológica de cabeza y cuello se basa en la exéresis de los tejidos afectados con un margen de seguridad (área de tejido adyacente al tumor de apariencia normal). Esta cirugía disminuye la posibilidad de residuo tumoral <sup>24</sup>.

A la hora elegir el tratamiento quirúrgico adecuado individualizaremos y planificaremos la resección tumoral, basándonos en el examen físico y radiológico. Éstos nos indicarán la posibilidad, o no, de resección en bloque del tumor, y la necesidad, o no, de realizar el vaciamiento cervical.

En la planificación de la cirugía oncológica hemos de tener en cuenta los siguientes factores: la extensión de la exéresis a realizar, la vía de abordaje, la técnica de reconstrucción tras la exéresis, la necesidad, o no, de realización de vaciamiento ganglionar cervical si el cáncer se ha extendido a los nódulos linfáticos en el cuello, y es necesaria la extirpación de dichos nódulos<sup>101,105</sup>.

Los pacientes que presentan tumores de Estadio I y II (menores de 4 cm), en los cuales no se identifican metástasis cervicales, son candidatos a cirugía y radioterapia con intención curativa. Dado que la cirugía presenta en estos pacientes menor morbilidad que la radioterapia, ésta será el tratamiento de elección, reservando la radioterapia para los casos que no toleren la cirugía, o aquellos en los que la cirugía sea mutilante.

En los estadios I y II generalmente se realizará vaciamiento cervical de niveles I, II, y III ipsilateral y bilateral (en tumores que afectan línea media).

La cirugía es la técnica de elección en cánceres de suelo de boca, ya que el tratamiento con radioterapia presenta un riesgo elevado de osteonecrosis post-radioterapia.

La radioterapia presenta resultados similares a la cirugía en tumores de estadios I y II. Así pues, los tumores menores de 1 cm o superficiales (menores de 4 mm de grosor), pueden ser tratados tanto con cirugía como con radioterapia intraoral, o con braquiterapia intersticial. Alcanzando una tasa de éxito de un 90% en estadio I y de un 70% en estadio II. En estadio I el tratamiento del cuello es controvertido ya que la incidencia de metástasis ocultas está en torno a un 15-20%. Sin embargo, en los estadios II podemos encontrar hasta un 45% de metástasis ocultas, sobre todo en tumores de lengua móvil o suelo de boca, por ello se aconseja el vaciamiento cervical profiláctico en pacientes con estadio II o superior<sup>131</sup>. Los tumores de grosor superior a 4 mm se asocian a presencia de metástasis oculta, reduciendo la supervivencia global. El grosor tumoral de la pieza quirúrgica solamente se puede analizar tras la extirpación de ésta, lo que obliga a la realización del vaciamiento cervical en un segundo acto quirúrgico<sup>99,41</sup>.

También podemos recurrir a la utilización de prótesis maxilofaciales, como los epítesis o obturadores, que disimulan los defectos faciales que no se hayan podido reparar por técnicas quirúrgicas.

- Vías de abordaje<sup>174</sup>:

- **Abordaje intraoral:** utilizada en lesiones de fácil acceso, y de tamaño reducido.
- **Colgajo en visera:** la incisión se extiende desde la apófisis mastoides de un lado hasta la apofisis mastoides del lado contralateral, a través del pliegue cutáneo de la parte superior del cuello. Permite la retracción y elevación del colgajo sin necesidad de hacer una división de labio y mentón en línea media. Esta vía no nos permite acceder a tumores posteriores.
- **Colgajo de mejilla inferior:** este abordaje permite una mayor exposición del campo quirúrgico. Consiste en la división del labio inferior y mentón en su línea media en todo su espesor, alcanzando la sínfisis mandibular. Ésta incisión desciende hasta la membrana tirohioidea girando hacia la porción ipsilateral del cuello y el pliegue cutáneo superior del cuello.

- Resección:

En función del tamaño de la lesión tumoral, podremos realizar tras la exeresis un cierre directo, en el caso de lesiones de pequeño tamaño, cierre por segunda intención (existe un importante riesgo de fibrosis) o cierre con injerto cutáneo. En el caso de lesiones de mayor tamaño, tras la exeresis tumoral, la reconstrucción requiere de la utilización de colgajos locales o injertos microvascularizados<sup>129</sup>.

Tras la cirugía podremos encontrar cicatrices y fibrosis, deformidades que van a originar una afectación de la estética facial. En algunas ocasiones, estos defectos por falta de sustancia, crean comunicación entre cavidades como las oronasales u orosinusales, que originan alteraciones en la deglución y en la fonación.

En ocasiones, el tumor no sólo afecta a partes blandas, requiriendo la exéresis de parte del hueso maxilar, bien por estar infiltrado el hueso mandibular o maxilar, o bien por la necesidad de realizar una resección con margen oncológico que requiere la extirpación ósea. La mandibulectomía puede ser marginal o segmentaria.

- Técnicas de reconstrucción:

La técnica empleada será seleccionada en función de si se precisa la reconstrucción ósea, o no, durante la reconstrucción.

- **Técnicas de reconstrucción sin reconstrucción ósea**<sup>58</sup>:

- **Injerto cutáneo de espesor parcial o total:** fácil y rápido de obtener. Cantidades ilimitadas. Se emplea en defectos de profundidad intermedia en lesiones de tamaño reducido.

- **Colgajo de platisma:** descrito por Futrell (1978). Este colgajo es fino y flexible, de elevación simple, con mínima morbilidad del sitio donante y localización en el campo quirúrgico. Útil para la reconstrucción de defectos que encuentran adyacentes a la disección cervical. Contraindicado tras la disección radical del cuello, administración radiación cervical previa a la cirugía y ligadura de la arteria facial.

- **Colgajo submental:** descrito por Martin (1993). Puede ser utilizado como colgajo pediculado o microvascularizado. Colgajo miocutáneo de forma elíptica. Su vascularización es a través de la arteria submental, rama de la arteria facial. Su elevación requiere de la inclusión en el mismo del vientre anterior del músculo digástrico ipsilateral.

- **Aloinjerto de matriz dérmica acelular:** sirve de soporte a la migración celular, obteniéndose de piel de aloinjerto humano. Evita la morbilidad del sitio donante.

- **Colgajo nasolabial:** descrito desde la antigüedad (600 a.C.), es Esser en 1918 quien lo empieza a realizar con base inferior, útil en lesiones de pequeño y moderado tamaño. Fácil de realizar y con elevada tasa de éxito. Puede dejar una deformidad cosmética en la zona donante. De tamaño limitado, puede presentar mucho vello en los hombres.

- **Colgajo libre microvascularizado antebraquial:** utilizado por primera vez por Yang (1978). Requiere de la realización del test de Allen para valoración de circulación de la mano a través de la arteria ulnar, vascularizado por la arterial radial. Se intenta realizar de la mano no dominante. Colgajo fino con mínima cantidad de vello. Este colgajo presenta un pedículo muy largo. Su realización requiere de un equipo microvascular experto.



Figura 32. Colgajo libre microvascularizado antebraquial.

Fuente: Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

- **Colgajo libre microvascularizado anterolateral de muslo:** descrito por Song en 1984. Colgajo irrigado por las arterias perforantes de la rama descendente de la arteria femoral circunfleja lateral. De mayor volumen que el colgajo radial, éste depende en gran medida del panículo adiposo que el paciente presente. Colgajo versátil, se presenta como colgajo fasciocutáneo o fasciomusculocutáneo si añadimos el músculo vasto lateral. En el caso de presentar la paleta cutánea dos perforantes éste se puede dividir convirtiéndose en un colgajo quimérico. De baja morbilidad en sitio donante. Hemos de tener en cuenta que este colgajo presenta variaciones en su vascularización.

- **Técnicas de reconstrucción con reconstrucción ósea<sup>58</sup>:**

- **Colgajo libre microvascularizado de peroné:** descrito por Taylor en 1975 por primera vez y utilizado por Chen y Yan en 1983 como un colgajo osteocutáneo. Utilizado para la reconstrucción mandibular por primera vez por Hidalgo, donde las osteotomías realizadas en el peroné simulaban la forma de la mandíbula. Su vascularización depende de la arteria peronea, rama de la arteria tibial posterior, y suele estar acompañada por dos venas. Colgajo óseo u osteocutáneo con paleta delgada y plegable. Presenta un pedículo vascular largo y de gran calibre. Contraindicado en pacientes con daño aterosclerótico severo o insuficiencia venosa.

- **Colgajo libre microvascularizado de cresta iliaca:** descrito por Taylor (1975). Permite la resección de gran cantidad de hueso. Su vascularización depende de la arteria iliaca circunfleja profunda. Se puede extraer de 14 a 16 cm de hueso, al cual podemos añadir un componente muscular. El pedículo vascular presenta una longitud de unos 7 cm.

- Tratamiento quirúrgico del cuello<sup>152</sup>:

- **Vaciamiento cervical radical:** vaciamiento ipsilateral de todos los grupos de ganglios linfáticos localizados desde el borde inferior mandibular hasta la clavícula, y desde el borde lateral del músculo esternocleidomastoideo, hueso hioides y el vientre anterior del músculo digástrico contralateral medialmente, hasta el borde anterior del músculo trapecio. Incluye los grupos ganglionares desde el nivel I hasta el V, nervio espinal accesorio, músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna.

- **Vaciamiento cervical radical modificado:** resección de los grupos ganglionares del I al V, conservando el nervio espinal accesorio y el músculo esternocleidomastoideo o la vena yugular interna.

- **Vaciamiento cervical selectivo o funcional:** se mantiene al menos un grupo ganglionar del I al V, en función del patrón de invasión de cada tumor. En cuellos clínicamente negativos se realizará normalmente la exéresis de los grupos I, II y III.

- **Vaciamiento cervical extendido:** se realiza la exéresis de uno o más grupos ganglionares o estructuras no ganglionares, que son excluidas en el vaciamiento cervical radical, como pueden ser la arteria carótida, nervio hipogloso, nervio vago, músculos paraespinales, etc.

Existe controversia a la hora de indicar la linfadenectomía profiláctica, en los pacientes con estadio I y II, donde el cuello es clínica y radiológicamente negativo. Hay estudios que demuestran que los vaciamientos funcionales preventivos con una disección cervical electiva es la opción correcta<sup>50</sup>. Sin embargo, debemos señalar que la opción quirúrgica no es la única, presentándose la opción de radioterapia como una alternativa a la cirugía preventiva. Pero esta opción presenta por sus efectos secundarios una disminución de la calidad de vida en estos pacientes. Esto, junto a la alta tasa de recidiva local y regional que presentan estos pacientes que pueden requerir un tratamiento quirúrgico posterior a la radioterapia, el cual puede ser de manejo más complejo si el cuello ha sido radiado previamente, hace que el tratamiento de elección sea inicialmente quirúrgico<sup>50,208,73,106</sup>.

Se considera que un cuello es irreseccable cuando presenta invasión de la arteria carótida interna, cuando exista invasión cutánea directa por diseminación tumoral, y cuando el mediastino, el espacio prevertebral o el espacio vertebral, estén infiltrados.

Por otro lado, hemos de señalar que la calidad de vida de estos pacientes puede verse afectada por las complicaciones estéticas y funcionales derivadas de los vaciamientos cervicales, tanto por la cicatriz, como por la asimetría cervical que queda como secuela de la realización del vaciamiento cervical. Asimismo, podemos encontrar alteración funcional, tanto aguda como crónica, del hombro, y paresia del nervio marginal que asocia un sellado labial incompleto.

La realización del análisis del ganglio centinela como alternativa al vaciamiento cervical en cuellos N0 es un tema controvertido en la actualidad en carcinomas de cabeza y cuello, por lo que es necesaria la realización de más estudios que determinen la utilidad real de este procedimiento<sup>155</sup>.

## 1.10.1.1. Radioterapia

Modalidad de tratamiento, que puede ser administrada como tratamiento primario de los tumores de cabeza y cuello, pudiendo aplicarse sola o en combinación con la quimioterapia. Asimismo, puede utilizarse como tratamiento único en el caso de tumores pequeños (preservación el órgano) o tratamiento inicial para tratar de reducir el tamaño de algunos cánceres más grandes antes de la cirugía como terapia neoadyuvante<sup>92,133</sup>. Este tipo de terapia, en determinados casos, posibilita la realización de una cirugía menos agresiva.

La radiación ionizante origina la muerte celular mediante la lesión del ADN y la alteración de la membrana celular. La muerte celular generada va a depender de la dosis, del tipo de radiación (alta o baja energía), el tipo de tumor y las condiciones de oxigenación. Las células tumorales son más sensibles a la radiación en las fases G2 y M del ciclo celular. Las células tumorales son tres veces más radiosensibles que en condiciones de anóxia.

La unidad de dosis de radiación absorbida es el Gray (Gy), que se define como la absorción de un julio de energía por kilogramo de la materia (tejido o agua).

La radioterapia se puede aplicar tras la cirugía, en combinación con la quimioterapia, o como tratamiento paliativo<sup>23</sup>. La quimioterapia actúa como radiosensibilizador, aumentando el control locorregional, reduciendo el riesgo de metástasis. Por tanto, la asociación de radioterapia y quimioterapia mejoran el tratamiento de los tumores de la cavidad oral<sup>139</sup>.

### • **Tipos de radioterapia**

- Braquiterapia: modalidad de radioterapia que utiliza radioisótopos para aplicarlos directamente sobre el tumor (de manera permanente o mediante una exposición temporal tras la que la fuente es retirada). Presenta mínimo alcance de radiación en la región diana, y disminuyendo rápidamente con la distancia. Los radioisótopos más utilizados son el I 125 y el Ir 192.

- Braquiterapia a tasa de dosis baja: se administra una radiación continua a una tasa de 40 a 200 cGy/hora.
- Braquiterapia a tasa de dosis alta: se administra una dosis superior a 1.200 cGy/hora.

Este tipo de radioterapia se emplea solamente en lesiones de lengua y suelo de boca, para el control local del tumor o combinada con radioterapia externa. Como complicaciones de su administración encontramos la osteoradionecrosis y la necrosis tisular.

- Radioterapia Primaria: en tumores de grandes dimensiones donde hay órganos que se deben sacrificar como la lengua, se puede emplear esta modalidad de radioterapia como técnica de conservación de órgano, sola o en combinación con la quimioterapia, manteniendo la cirugía como último recurso.

- Radioterapia Preoperatoria: administración 5 días semanales de 5.000-6.000 cGy de dosis total, en fracciones diarias únicas de 180-200 cGy. Tras un periodo de 4 a 6 semanas, después de completar la radiación, se realizará la intervención quirúrgica.

- Radioterapia Postoperatoria: en pacientes cuyo riesgo estimado de recurrencia locorregional sea superior al 20% se aplicará la radioterapia postoperatoria.

Indicaciones de radioterapia postoperatoria:

- Alto Grado histológico.
- Márgenes positivos o proximidad al borde de resección quirúrgica.
- Tumores con bordes infiltrantes.
- Invasión perivascular o perineural.
- Tumores T3 y T4 localmente avanzados.
- Dudas en la técnica quirúrgica empleada.
- Estadio N mayor de N1.
- Extensión extracapsular ganglionar macro o microscópica.
- Contaminación ganglionar cervical quirúrgica previa a la cirugía.

La radioterapia puede ser utilizada para minimizar los síntomas del cáncer más avanzado, como disfagia, hemorragias, dolor, y problemas óseos originados por la metástasis <sup>110</sup>.

La radioterapia de haz externo es la forma más común de suministrar radiación, en este tipo de cáncer. Consiste en la aplicación de un haz de radiación, siempre de manera externa, utilizando un dispositivo específico de radioterapia.

Los efectos adversos o secundarios a la radioterapia en los tejidos orales pueden ser agudos, como las mucositis o la pérdida del sentido del gusto<sup>173,203</sup>, o crónicos, como la hiposialia, las caries, el trismus o la osteorradionecrosis<sup>85</sup>. Estos efectos secundarios de la radiación en personas que están recibiendo quimioterapia al mismo tiempo, probablemente se presentan con mayor severidad<sup>83,98</sup>.

## • **Combinaciones de radioterapia y quimioterapia**

- Quimioterapia de inducción: la quimioterapia es administrada antes de la radioterapia definitiva.

El intervalo de tiempo entre la administración de la quimioterapia de inducción y la radioterapia o quimiorradioterapia, no debe exceder las 3-5 semanas (tiempo necesario para la recuperación de la mucosa y la médula ósea).

- Quimiorradioterapia concurrente: administración simultánea de la quimioterapia y radioterapia.

- Quimioterapia secuencial: la quimioterapia de inducción es administrada seguida de la administración simultánea de la quimioterapia junto a la radioterapia. Esta modalidad de quimioterapia, combinada con el tratamiento locorregional del tumor (con cirugía y radioterapia), aumentan las posibilidades de éxito, incluso en el tratamiento paliativo en tumores recurrentes, o de metástasis<sup>170</sup>. No obstante, esta terapia puede estar asociada a un aumento de la toxicidad, que originará rechazo en el cumplimiento por parte del paciente y un aplazamiento en el tratamiento final <sup>37</sup>.

## • **Complicaciones y toxicidad**

○ Toxicidad aguda: xerostomía, radiodermatitis, alteraciones del sentido del gusto (disgeusia), mucositis, candidiasis, etc.

○ Toxicidad tardía: alopecia, síndrome de L'Hermitte, sequedad cutáneomucosa, atrofia cutáneomucosa, retraso en la cicatrización de las heridas, linfedema, estenosis faringolaríngeas, mielitis transversa, caries, xerostomía permanente, tismus, osteorradionecrosis, fibrosis del tejido subcutáneo, necrosis de los tejidos blandos, necrosis cartilaginosa, alteraciones nerviosas, desmielinización progresiva, hipoacusia, otitis media serosa, alteraciones visuales, sinusitis, fibrosis pulmonar, neoplasias radioinducidas, hipofunción del sistema endocrino.

### 1.10.1.3. Quimioterapia.

La quimioterapia consiste en la utilización de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente actúan inhibiendo su capacidad para crecer y dividirse. Se emplea en el tratamiento de tumores de la cavidad oral recidivantes, o cuando detectamos la presencia de metástasis como tratamiento paliativo. En la actualidad su administración como tratamiento adyuvante o coadyuvante, nos ayuda a aumentar las tasas de curación y a obtener funcionalidad. Su administración se aconseja en pacientes que presentan tumores irresecales, así como aquellos pacientes donde se realiza un tratamiento de conservación de órgano.

La quimioterapia sistémica se administra vía parenteral, a través del torrente sanguíneo, para que alcance las células cancerosas distribuidas por distintas partes del cuerpo.

Hasta hace pocos años, la utilización de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello ha sido controvertida, ya que siendo el carcinoma epidermoide el tumor de cabeza y cuello más frecuente, éste no presenta una elevada tendencia a la diseminación a distancia<sup>187,188</sup>.

Los agentes antineoplásicos actúan sobre diversas fases de la cinética celular de manera no selectiva, lo que origina una afectación tanto de células cancerosas como de células normales que presenten una elevada tasa de replicación, como son: las células del sistema digestivo, hematológico, renal, neurológico y dermatológico<sup>67</sup>.

Estudios recientes apuestan por el empleo de combinaciones de agentes antineoplásicos (poliquimioterapia), frente al tratamiento único, con el fin de potenciar el efecto terapéutico de los fármacos minimizando los efectos adversos.

- Clasificación de los agentes antineoplásicos:

- Alquilantes: interaccionan con las bases del ADN, ciclofosfamida e ifosfamida (Ifex®).

- Productos naturales y sus derivados: alcaloides de la vinca, taxanos (Paclitaxel (Taxol®), Docetaxel (Taxotere®), doxorubicina, etc.

- Antimetabolitos: por su similitud con los metabolitos normales compiten por la actividad enzimática como sustrato, inhibiendo directa o indirectamente la síntesis de ADN y ARN. Son el metotrexato, el 5-fluorouracilo (5-FU) y la gemcitabina.

- Otros: cisplatino, dacarbacina y carboplatino.

- Formas de administración de la quimioterapia:

- Quimioterapia neoadyuvante o de inducción: administración de agente quimioterápico antes de un tratamiento radioterápico o quirúrgico. Factor pronóstico que contribuye a la disminución del estadio tumoral<sup>188</sup>.

- Quimioterapia adyuvante o coadyuvante: administración de agente quimioterápico después del tratamiento principal. Disminuye la posibilidad de diseminación a distancia del cáncer.

- Quimioterapia concomitante o concurrente: administración de agente quimioterápico junto con la radioterapia para incrementar su efecto. Con acción local/regional y sistémica. Presentando tasas muy altas de respuesta <sup>107</sup>.

- Efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia: vómitos, náuseas, alopecia, inmunosupresión, infección, anemia, sangrados, hipoacusia, neuropatía periférica, infertilidad y alteración funcional renal<sup>53</sup>.

## 1.11. Marco conceptual

En la lucha contra el cáncer, nos planteábamos como objetivos reducir su incidencia y mortalidad. Hasta hace poco tiempo, los resultados de los tratamientos habían sido medidos en función de la supervivencia<sup>55,1,42</sup>. En 1994 la OMS definió calidad de vida como *“Percepción personal de la situación en la vida de cada individuo, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, e intereses”*. Dicha calidad de vida está sometida a una serie de cambios según las circunstancias que el enfermo viva en ese momento. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

En la actualidad vamos más allá, buscando una asistencia integral de calidad en los pacientes con cáncer que nos guíe hacia una mejora en la calidad de vida. Nos planteamos reducir al mínimo las limitaciones de acceso de los servicios preventivos y de detección precoz del cáncer. Asimismo, nuestras actuaciones deben ir dirigidas hacia una prestación de servicios clínicos de calidad. Por todo ello, nos cuestionamos el valor de los diferentes tratamientos médicos y quirúrgicos a realizar a nuestros pacientes.

El término Calidad de Vida se emplea hoy en día en muy diferentes campos del sistema de salud, y también en áreas como la sociología aplicada a la medicina y la economía de la salud. Aunque es un término que aparece con mucha frecuencia, no cuenta con una definición aceptada universalmente. En general, se puede relacionar con todos los aspectos de la vida de una persona, pero en el campo de la oncología este término se centra en la salud del paciente<sup>18</sup>.

La evaluación de la calidad de vida es una de las diferentes intervenciones que se realizan con el paciente oncológico y su entorno<sup>159</sup>, cuya filosofía de trabajo es como procurar ofertar los mejores cuidados para ellos. El estudio de calidad de vida nos ofrece aplicaciones que están relacionadas con la práctica clínica<sup>20,70,18</sup>.

### 1.11.1. Antecedentes de la calidad de vida

Debido al aumento progresivo en el número de enfermos con diagnóstico de cáncer de la cavidad oral, han ido surgiendo nuevos tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, que tienen como fin común, aumentar la esperanza de vida en estos enfermos<sup>37,210,206,8</sup>.

La supervivencia, la respuesta tumoral, el periodo libre de enfermedad y el control de la enfermedad, han sido hasta ahora las medidas que nos valoraban la eficacia del tratamiento<sup>156,100,95,6</sup>. Pero estas medidas no tenían en cuenta otros aspectos muy importantes para el enfermo que sobrevivía, y que estaba necesitado de una visión más amplia en la que se recogiera la calidad de vida que presentaban tras la cirugía. Ya que a veces, la resección de la zona tumoral implica un gran cambio, tanto físico como emocional para el enfermo<sup>119,213,94</sup>. Las actuaciones de los profesionales sanitarios, deben ser evaluadas, por la calidad de vida resultante de estas actuaciones y no exclusivamente por la supervivencia.

En la práctica clínica diaria de los profesionales de la sanidad, podemos integrar como parte de ésta el estudio de la calidad de vida de nuestros pacientes. Morton e Izzard en 2003, dan una especial importancia no sólo al hecho de sanar al enfermo, sino que la curación o el tratamiento paliativo del paciente se correlacione con una calidad de vida adecuada<sup>127</sup>. El paciente tiene derecho a una vida digna, sin tener en consideración su estado de salud. Para la evaluación de estos pacientes debemos desarrollar los instrumentos necesarios para la obtención de una medida válida, confiable y con una evidencia empírica con base científica<sup>195,135</sup>.

Las mejoras en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, sin duda han representado un incremento de la supervivencia en enfermedades que anteriormente presentaban una alta mortalidad. Actualmente, no sólo se busca combatir la enfermedad, sino promover el bienestar, con una aproximación más holística al cuidado de la salud<sup>10</sup>. Por ello, Guyatt y colaboradores nos señalan como una medida necesaria, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, considerandola como una de las mayores innovaciones<sup>88</sup>.

El aumento de la esperanza de vida, así como el aumento progresivo en el número de enfermos crónicos con patologías no letales, constituyen el principal problema de salud de los países industrializados. El análisis de la calidad de la asistencia sanitaria no puede determinarse exclusivamente por la expectativa de vida, la mortalidad o la morbilidad<sup>96,103</sup>.

Observamos un interés creciente por el estudio de la calidad de vida en pacientes oncológicos, tanto por las limitaciones de los tratamientos antineoplásicos y su impacto sobre la salud del individuo, como por los cambios en las actitudes sociales que han llevado actualmente a considerar tan importante la calidad de vida, como la cantidad de años vividos<sup>123,47</sup>. De esta forma, se considera que, en ciertos casos, es una buena práctica utilizar medicamentos o técnicas quirúrgicas que mejoran la calidad de vida de los pacientes, aunque no mejoren su supervivencia.

## 1.11.2. Dimensiones estudiadas en la calidad de vida

No hay en la actualidad un consenso sobre las dimensiones que componen la calidad de vida, pero sí un cierto acuerdo sobre las características de la calidad de vida que se consideran importantes: la subjetividad de la evaluación, la multidimensionalidad, la temporalidad y la relación con el estado de salud. López (2015), nos enumera 3 dimensiones de calidad de vida en su trabajo<sup>116</sup>.

- **Dimensión física:** representa la percepción del estado físico o de salud, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. La salud es importante para presentar una buena calidad de vida.

- **Dimensión psicológica:** es la percepción individual de su estado afectivo y cognitivo, así como la actitud ante el sufrimiento y las creencias tanto religiosas como espirituales. Se manifiesta con baja autoestima, miedo, la ansiedad y aislamiento.

- **Dimensión social:** como el individuo siente y experimenta sus relaciones interpersonales, rol social, su relación médico-paciente, actividad laboral, así como la necesidad apoyo social y familiar.

## 1.11.3. Utilidad y contribución del estudio de la calidad de vida

La medición de la calidad de vida nos ayuda a evaluar el funcionamiento del paciente en las diferentes áreas estudiadas, siempre desde la perspectiva del propio paciente.

Las encuestas de calidad de vida nos aportan los instrumentos necesarios para detectar alteraciones en la calidad de vida. Los resultados de estas encuestas, correlacionados con las distintas variables clínicas y sociodemográficas, nos ayudan a detectar las variables que son modificables por los profesionales, ya que siempre habrá variables sobre las que no podemos actuar, a pesar de empeorar la calidad de vida. Permite en la práctica clínica una evaluación más profunda de aquellas áreas que habitualmente no se consideran, o no están lo suficientemente estudiadas.

Nos permite decidir los tratamientos que deberían ser ofrecidos a cada paciente. Teniendo en cuenta, las preferencias de los pacientes, y valorando conjuntamente los efectos en la calidad de vida de los distintos tratamientos que podrían recibir.

El estudio de la calidad de vida nos ayuda a predecir la evolución de la enfermedad. Observamos en los diferentes estudios que las puntuaciones bajas en calidad de vida en fases iniciales de la enfermedad, pueden estar relacionadas con una evolución negativa ésta.

Las mediciones nos ayudan a la detección temprana de pequeños cambios en el estado físico y psíquico del paciente que generen cambios en la calidad de vida.

Debemos desarrollar distintas formas de medir la calidad de vida de estos pacientes con la finalidad de aportar mejoras en ésta.

Asimismo, debemos tener en cuenta la subjetividad a la que nos vamos a enfrentar, ya que cada enfermo dará unos valores distintos, en función de gustos, valores, cultura<sup>78</sup> etc.

A lo largo de los años se han buscado instrumentos para medir diferentes dimensiones subjetivas, como el dolor, que van a condicionar de manera importante la percepción de salud. Por ejemplo, el Índice Karnofsky (KPS) se emplea en enfermos con cáncer para medir la capacidad de los pacientes de realizar tareas habituales.

Los estudios de Calidad de Vida en los tumores de cabeza y cuello tienen una gran utilidad, ya que, tanto la enfermedad como el tratamiento, pueden comprometer a áreas importantes de la persona, como el contacto social, la alimentación, o el habla<sup>206,8,119</sup>. Por ello, las mediciones deberían evaluar tanto la función física, social y de rol, como la salud mental y general del paciente<sup>5,14</sup>. Debiendo añadir a la información clínica, la información que reflejan los test psicométricos que miden calidad de vida relacionada, tanto con la salud genérica, como la específica de una enfermedad, y por supuesto, la calidad de vida oral.

Actualmente se tiende a considerar la salud como una de las principales metas para alcanzar el estado de bienestar, así como un adecuado funcionamiento personal. Por ello, nos planteamos la conveniencia de que el personal que trabaje en el ámbito sanitario sea conocedor del concepto de calidad de vida, conozca los instrumentos para medirla y sepa utilizarlos<sup>14,5</sup>.

El año 1995, el Grupo WHOQOL llegó a unos puntos de acuerdo en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud que debíamos reflejar. Era primordial que las medidas fueran:

- Subjetivas: debiendo registrar la percepción de la persona involucrada.
- Multidimensionales: manifestando diversos aspectos de la vida del individuo (físicos, interpersonal, emocional, social, etc).
- Incluir sentimientos positivos y negativos.
- Registrar la variabilidad en el tiempo: edad, momento vital (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), ya que la etapa en que se cursa la patología, conlleva diferencias importantes en los aspectos a evaluar.

La medición de calidad de vida nos informa de como enfermedad y su tratamiento inciden en la percepción del paciente de su estado de bienestar. Esta percepción es en parte objetiva y en parte subjetiva, por ello, en la medición de la calidad de vida no podemos utilizar índices que midan presencia o ausencia de enfermedad, así como su severidad o no, sino una medida que valore el bienestar psicológico y social.

En la evaluación, del estado general de salud de un paciente nos centraremos en: su salud mental, función social, física y rol, así cómo el paciente percibe su estado de salud general<sup>122</sup>.

- Mediante la observación de la frecuencia y la intensidad del sufrimiento psicológico, realizaremos la evaluación de la salud mental. Asimismo, incluiremos la percepción sobre la satisfacción vital y el bienestar psicológico, como un análisis de la función cognitiva<sup>121</sup>.

- El funcionamiento social es la capacidad de crear, conservar y mejorar las relaciones sociales. El funcionamiento social es un reflejo del estado de salud mental y físico, y nos informa de necesidad de recibir de atención sanitaria<sup>35,55</sup>.

- Las percepciones de la salud general. Están compuestas por las creencias y evaluaciones de las persona sobre estado de salud, integran las percepciones de la salud general, sin tener en cuenta un aspecto físico o psíquico en particular. Reflejan las necesidades, valores, preferencias y actitudes, en materia de salud<sup>43</sup>.

- Mediremos la función física intentando objetivar las incapacidades físicas, manifestadas con dolor, alteración en la movilidad y otras limitaciones<sup>193</sup>.

#### 1.11.4. Métodos de evaluación de la calidad de vida<sup>116</sup>.

La evaluación de calidad de vida se puede realizar a través de diferentes cuestionarios. Unos que evalúan de manera general la calidad de vida, y otros que valoran áreas más específicas que pueden afectar la calidad de vida de manera diferente, en función de la enfermedad que el paciente presente.

Podemos encontrar escalas dirigidas a estudiar diferentes atributos o dimensiones del dolor, siendo éste, uno de los aspectos más importantes en la evaluación de la calidad de vida de la salud<sup>33,175</sup>. Uno de los instrumentos de medición de la escala del dolor más antiguo es el "Índice de Karnofsky", utilizado actualmente en enfermos de cáncer. El Índice de Karnofsky (KPS), mide la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas habituales. Las puntuaciones varían de 0 a 100. Los pacientes con KPS igual o menor de 50 presentan elevado riesgo de mortalidad en los 6 meses posteriores a la medición.

Toda medición debe cumplir una serie de requisitos como son: calidad científica en sus datos (reproducibles por el mismo observador u otros), medición aceptada científicamente, y debe mostrar precisión en los parámetros evaluados. Para ello emplearemos un método que realice mediciones objetivas o contaremos con la opinión de consenso de un grupo de expertos. Para demostrar la utilidad clínica de un cuestionario realizaremos el estudio de la Validez. López (2015)<sup>116</sup>, nos indica que una medición presenta validez cuando cumple las siguientes premisas:

- Adecuada para el fin que fue creada.
- Consistencia: cuando el índice de medición tiene consistencia (proceso intrínseco de validación de cualquier índice de medición).
- Exactitud: se valora tras comparar la medición o el índice realizado con otro índice estandarizado previamente.

A la hora de diseñar los instrumentos de medida de la calidad de vida se han de tener en cuenta<sup>116</sup>:

- La factibilidad, ya que, deben ser adecuados para las diferentes culturas en las que se aplica. El paciente debe entender las preguntas y debe de aceptarlas para poderse responder.
- Se debe evaluar el objetivo del instrumento: la enfermedad estudiada, la población a la que se va a aplicar, etc. Se recomienda usar instrumentos ya conocidos, aplicables a las necesidades del estudio, ya que la elaboración y validación de un instrumento de medición nuevo puede no ser útil para el objetivo que ha sido creado, y puede ser costoso de realizar.
- Deben incluirse dimensiones importantes como el descanso, la actividad física, el autocuidado, la comunicación, la interacción social y actividades recreativas, así como las repercusiones emocionales.

- El instrumento debe tener capacidad de discriminación (nos permite identificar diferencias entre dolencias, o entre enfermos con una misma patología, facilitando la estratificación poblacional). Asimismo, debe ser capaz de evaluar la evolución de la dolencia y detectar cambios a través del tiempo de la calidad de vida, y debe poder ayudarnos a predecir la calidad de vida.
- Se realizará una selección de preguntas relevantes y para ello podemos recurrir a un consenso de expertos en el tema, a investigadores y/o pacientes.
- Los cuestionarios son la forma habitual para medir calidad de vida.
- A través de técnicas estadísticas podemos analizar la utilidad de los cuestionarios. El análisis factorial y de componentes es particularmente útil para la realización de ensayos clínicos.
- Los cuestionarios se pueden contestar de diversas formas, según las características de las preguntas realizadas (abiertas, cerradas o mixtas). A su vez las respuestas cerradas pueden ser de elección única (dicotómicas o polinómicas), de elección múltiple, de ranking, o de escala (numérica, nominal o likert).
- Sentido biológico. En el caso de que los instrumentos alcancen las predicciones clínicas, aumentarán la credibilidad. Siendo estas mediciones complementarias al cuidado integral del paciente.
- El análisis de la calidad de vida es complejo, ya que gran parte de los resultados son percepciones de características subjetivas que el paciente nos manifiesta.

## 1.11.5. Instrumentos utilizados para la medición de la calidad de vida<sup>116</sup>

Durante mucho tiempo la evaluación de los tratamientos oncológicos se había centrado en valoración de la supervivencia, de la tasa de respuesta, o del intervalo libre de enfermedad. Es Karnofsky, con su Escala de Incapacidad, uno de los primeros profesionales que desarrollan un método de evaluación del impacto de la quimioterapia sobre el desempeño de la actividad diaria de los pacientes con cáncer. Pero este instrumento de medida dejaba sin evaluar aspectos tan importantes como de qué manera el diagnóstico del cáncer y su tratamiento afectaban a las dimensiones psicológicas y sociales de la salud.

Posteriormente, debido al interés creciente en la valoración de la calidad de vida por parte de los profesionales implicados en el tratamiento de los pacientes con cáncer, se han ido desarrollando de manera progresiva diferentes métodos para intentar evaluarla<sup>18</sup>.

Entre estos cuestionarios podemos encontrar distintos formatos, unos elaborados por distintas universidades americanas (como son La Universidad de Michigan o la Universidad de Washintong), otros que intentan valorar la aplicación de tratamientos

específicos como la radioterapia, y otros que valoran como las alteraciones funcionales en la deglución y/o habla pueden afectar en la calidad de vida<sup>151,147</sup>.

Algunos de estos cuestionarios genéricos son:

- Encuesta de salud SF-36 Healthy Survey desarrollado para el Medical Outcome Study (MOS)<sup>204</sup>. Este cuestionario valora 8 escalas diferentes sobre el estado de salud (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Aplicable en la población general, no es específico de una patología, tratamiento, o edad (edad mínima de 14 años). Nos proporciona un perfil del estado de salud. Es uno de los cuestionarios más usados en la actualidad, por su utilidad y simpleza. Contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional.

- General Health questionnaire (GHQ).
- Funcional living index.
- Rotterdam symptoms checklist.

La medición de la calidad de vida del paciente oncológico constituye un aspecto fundamental para el adecuado tratamiento de estos pacientes.

Podemos encontrar cuestionarios que evalúan de manera específica la calidad de vida de pacientes con cáncer como son:

- EORT quality of life head and neck 30 (QLQ-C30). Cuestionario creado por EORTC (la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer), para evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer. Es un cuestionario general, que evalúa áreas comunes a diferentes tumores y tratamientos. Este cuestionario se complementa con diferentes módulos, que miden aspectos específicos relacionados con la enfermedad y los tratamientos. Desarrolla 30 ítems agrupados en cinco dimensiones funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y de rol), tres dimensiones de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos), y una dimensión global de Calidad de vida. Una mayor puntuación en las escalas funcionales indica una mejor calidad de vida, y una mayor puntuación en las escalas de síntomas, una peor calidad de vida.

- Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Evalúa el tratamiento del cáncer.

- Vanderbilt Head and Neck Symptom Survey (VHNSS). Cuestionario compuesto por 28 preguntas. Hace énfasis en la salud oral.

- University of Michigan Head and Neck QoL questionnaire (HNQOLQ). Consta de 20 ítems que miden: la alimentación, la comunicación, las emociones, y el dolor.

- Voice-Related QoL measure (V-RQoL).

- Head and Neck Radiotherapy Questionnaire (HNRQ). Consta de 22 preguntas que miden los efectos secundarios de la radioterapia.
- QoL-Radiation Therapy Instrument (QoL-RTI). Mide el impacto del tratamiento a nivel local.
- University of Washintong QoL (UW-QoL) questionnaire. Fácil y rápido de realizar. Compuesto por 15 ítems que evalúan: el dolor, la actividad, la vida social, apariencia física, la masticación, deglución y la calidad de vida.
- M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MDADI).
- Performance Status Scale for Head and Neck Cancer (PSS-HN). Mide la dieta, el habla y el desarrollo de la alimentación en público.

En el intento de aportar mayor calidad de vida a los pacientes que padecen cáncer de cabeza y cuello, se han realizados cuestionarios específicos para estas áreas. Ya que en otros cuestionarios más generales, podían pasar desapercibidos aspectos importantes que en tumores de otras localizaciones no son tan relevantes. El cáncer oral influye en la calidad de vida afectando a diversos aspectos de la vida diaria: la función masticatoria y fonoarticular, la apariencia física, o las relaciones interpersonales.

- Functional Assesment of Cancer Therapy-Head and Neck (FACT-H&N). Complementario al FACT-G, se le añaden 11 ítems específicos de cabeza y cuello.
- Fact Head and Neck Symptom Index (FHNSI) (subescala de FACT-H&N), creada para facilitar el acceso de manera rápida a síntomas importantes.
- Módulo QLQ-H&N35, empleado en tumores de cabeza y cuello, complementario al QLQ-C30. Sendos cuestionarios han sido creados por EORTC (la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer). Habien sido validados en varios países, entre los que se encuentra España. La utilización combinada de ambos nos permite comparar la calidad de vida en grupos de enfermos con cáncer en distintas localizaciones, sin afectar a su sensibilidad.

Con el QLQ-H&N35 se evalúan aspectos tan importantes como: el dolor, las dificultades para tragar, las alteraciones de los sentidos y del habla, los problemas para comer delante de otros, las alteraciones en el contacto social y la sexualidad, entre otros. El valor final se obtiene tras la suma de todas puntuaciones obtenidas para cada uno de las escalas, siendo éste el resultado de la suma de cada uno de los ítems. Este valor se valorará en una escala de 0 a 100.

Cada paciente va a experimentar de diferente manera la adaptación a la enfermedad, en función: la edad, el sexo, la personalidad, las habilidades sociales, las patologías crónicas, tratamientos recibidos, los efectos secundarios de la medicación, el modelo educativo y cultural, el apoyo social, etc.

Según los tratamientos recibidos por el paciente, su calidad de vida se va a ver afectada de diferente manera. De esta manera, el tratamiento quirúrgico va a hacer que el paciente equipare la exéresis del tumor a la curación, y la mutilación sufrida, con cambios en el aspecto físico. Por otro lado, la radioterapia genera en el paciente una reacción de rechazo, que puede manifestarse con depresión, ira, culpabilidad y ansiedad. Estas reacciones se van a ir modificando a lo largo del tratamiento. Asimismo, el tratamiento con quimioterapia provoca ansiedad, fobias, depresión, euforia, alteración en la conducta, disfunción sexual, etc. Por último, tras finalizar los tratamientos, el paciente experimenta el miedo a una posible recaída.

## *2. JUSTIFICACIÓN*



## 2.1. Justificación

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo. Siendo en España la segunda causa de muerte en la población general. La mortalidad elevada y la morbilidad que se asocia al cáncer, implica un importante coste humano y económico .

La calidad de vida de estos pacientes se ve afectada de manera importante en el curso de la enfermedad, por ello los distintos profesionales que estamos en contacto con estos pacientes debemos aunar esfuerzos para intentar mejorar dicha calidad de vida. Dado que la principal fuente de información es el propio paciente, es prioritario mantener una comunicación fluida entre los distintos profesionales y el paciente durante el proceso patológico.

La tendencia en la actualidad es valorar la calidad de los tratamientos que aplicamos a nuestros pacientes, no sólo en función de la supervivencia o tiempo libre de enfermedad, si no que debemos ir más allá en nuestra valoración y debemos dar a nuestros pacientes una calidad de vida lo más próxima posible a la calidad de vida esperable en su estado de salud.

Por medio de las encuestas de calidad de vida, podemos detectar alteraciones en la calidad de vida, lo que nos permite realizar una correlación entre ésta y las distintas variables clínicas y sociodemográficas estudiadas. La detección temprana de un descenso en la calidad de vida, nos permitirá intentar modificar variables causantes del empeoramiento de la calidad de vida en los pacientes con cáncer. Por este motivo, las diferentes actuaciones irán dirigidas a ayudar a disminuir el sufrimiento al que a menudo están sometidos estos pacientes.

El análisis de la calidad de vida es complejo, ya que la calidad de vida estudia múltiples dimensiones de la persona (física, psicológica y social). Siendo gran parte de los resultados percepciones de características subjetivas que el paciente nos manifiesta. Asimismo, otra parte de las variables estudiadas podrán ser monitorizadas por el profesional, pudiendo incorporarse a las dimensiones objetivas estudiadas: nivel de vida, variables clínicas, etc.

La realización de un estudio prospectivo nos ayuda a percibir de manera clara el cambio de calidad de vida, desde que el paciente es diagnosticado por biopsia antes de la cirugía, hasta el primer año tras la cirugía. Ya que es durante este primer año cuando el paciente va a recibir el mayor número de tratamientos, como son la cirugía y la radioterapia y/o la quimioterapia, por ello nos hemos centrado en este periodo de seguimiento.



### *3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS*



## 3.1. Hipótesis

La calidad de vida de los pacientes con carcinoma epidermoide de la mucosa oral presenta una importante afectación desde el mismo momento en que reciben el diagnóstico. Entendemos que determinadas circunstancias como: el estadio tumoral, los tratamientos recibidos (quirúrgicos y/o tratamiento coadyuvantes como son la quimioterapia y radioterapia), la presencia de otros tumores o enfermedades concomitantes, y distintas variables socioeconómicas, inciden de forma significativa.

El objetivo de nuestro trabajo sería la comprensión de cómo diferentes variables afectan a la calidad de vida, ya sea de manera positiva, o negativa. Esto podría aportar conocimientos muy válidos, para los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar que tratamos a los pacientes con carcinoma epidermoide de la mucosa oral, de manera que la modificación de estas variables pueda aumentar la calidad de vida.

Nota: la recogida de datos para este estudio prospectivo se realizó en el periodo de tiempo comprendido entre diciembre de 2009 y diciembre de 2012. Posteriormente se ha realizado el análisis de los datos. Es importante señalar, que el protocolo diagnóstico-terapéutico que se realiza actualmente en este tipo de pacientes no ha variado.

## 3.2. Objetivos

### 3.2.1. Objetivo general:

El objetivo fundamental del estudio es evaluar la calidad de vida post-cirugía en pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide en la mucosa oral intervenidos quirúrgicamente, desde el momento en que se les informa del diagnóstico, y a lo largo del 1<sup>er</sup> año de seguimiento de evolución de la enfermedad. Así como identificar aquellos factores que influyan con la calidad de vida: características del tumor, tratamientos, y secuelas relacionadas.

### 3.2.2. Objetivos específicos:

1<sup>o</sup> Determinar la evolución de la calidad de vida en los pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide en la mucosa oral, desde el diagnóstico y durante el 1<sup>er</sup> año tras la cirugía.

2<sup>o</sup> Valorar si el TNM influye en la calidad de vida.

3<sup>o</sup> Analizar si la localización del carcinoma epidermoide en la mucosa oral afecta a la calidad de vida.

4<sup>o</sup> Valorar si el tratamiento quirúrgico empleado para el tratamiento condiciona la calidad de vida.

5<sup>o</sup> Estudiar si la recepción de tratamiento coadyuvante con radioterapia y/o quimioterapia afecta a la calidad de vida.

6<sup>o</sup> Determinar si alteraciones en el habla, la deglución, o la imagen corporal, modifican, y cómo modifican, la calidad de vida.

7<sup>o</sup> Evaluar qué variables socioeconómicas de las estudiadas, pueden influir en dicha calidad de vida.

## *4. MATERIAL Y MÉTODOS*



## 4.1. Material

### 4.1.1. Muestra clínica

La muestra de este estudio prospectivo observacional No Posautorización, descriptivo (clasificado el 27 de junio de 2014 por el Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Anexo 3), estaba formada por 28 pacientes diagnosticados y tratados de carcinoma de células escamosas de mucosa oral (COCE), estadios I-IV, intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (España).

A partir del momento del diagnóstico, se planteó al paciente el plan de tratamiento propuesto. El estudio se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki (Anexo 2). En este estudio todos los participantes eran voluntarios no remunerados. Los pacientes fueron informados de la posibilidad de no participar en el mismo, o salir del estudio de manera voluntaria cuando lo solicitaran (Anexo 1).

El registro de datos se realizó en las Consultas Externas del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, durante el periodo comprendido entre diciembre de 2009 y diciembre de 2012.

Accedieron a participar el total de los 28 pacientes con carcinoma de mucosa oral de células escamosas (COCE), estadios I-IV diagnosticados inicialmente, a los que se invitó a participar en el estudio, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (España). De estos 28 pacientes, abandonaron el estudio 4 pacientes por exitus (2 por eventos cardiacos, 1 por enfermedad tumoral avanzada de otro tumor primario de esófago y 1 por enfermedad tumoral avanzada COCE), no hubieron abandonos por otras causas. Por lo que la muestra efectiva de análisis para la investigación estaba constituida por 24 pacientes para los que se había completado 1 año de seguimiento.



Figura 33. Diagrama de flujo de participantes

## 4.1.2. Cumplimentación del Test

Se tuvo en cuenta la confidencialidad de los datos, así como el derecho a no responder, parcial o totalmente, a los mismos.

Se consideraron no respondedores, a aquellos que se negaron a responder a los cuestionarios. Se consideraron como pérdidas, a aquellos pacientes que dejaron de venir a nuestra consulta, sin que hubieran sido dados de alta por el Servicio y no indicaran la causa de su abandono.

## 4.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

### **Criterios de inclusión:**

- Diagnóstico clínico-patológico tras confirmación con biopsia de COCE locorregional (pacientes donde en un inicio la afectación primaria fué mucosa oral).
- Solamente se aceptaron pacientes con carcinoma epidermoide de mucosa oral primarios.
- Pacientes con COCE locorregional que presentaban estadios I-IV.
- Intervenidos en el en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia (España).
- Pacientes que presentaban una esperanza de vida mayor o igual a 6 meses.
- Ausencia de disfunción cognitiva.
- Mayores de 18 años.
- Firma del consentimiento informado (aceptación de formar parte del estudio).

### **Criterios de exclusión:**

- Tumores de cavidad oral de otras estirpes: carcinoma verrucoso oral, melanomas, tumores de glándulas salivares, etc.
- Tumores con carcinoma epidermoide de mucosa oral de origen metastásico.
- Pacientes con COCE cuya afectación primaria fuera intraósea y que posteriormente hubiera afectado la mucosa oral.
- Pacientes con COCE *in situ*.
- Pacientes que presentaban enfermedad psíquica o neurológica que dificultase la comprensión del test y la correcta realización del mismo.
- No firmar el consentimiento informado o rechazo por parte del paciente a formar parte del estudio.
- Incapacidades físicas o funcionales preexistentes, que pudieran dificultar la realización del test o pudieran ser un factor de confusión a la hora de realizar la valoración de calidad de vida.
- Mujeres embarazadas.
- La no realización de todos los test durante el periodo de 1 año. Se retiraron del estudio los pacientes que, aun habiendo completado parte del estudio, no habían cumplimentado los 4 test de las distintas fases de recogida de datos.

## 4.1.4. Cuestionarios.

Se emplearon en la recogida de datos diferentes cuestionarios, que registraban datos demográficos, clínicos y de evaluación de la calidad de vida (CV) de los pacientes en 4 momentos singulares del seguimiento:

- T0: Pre-cirugía
- T1: 1<sup>er</sup> mes post-cirugía
- T2: 6<sup>o</sup> mes post-cirugía
- T3: 1<sup>er</sup> año post-cirugía

- **Cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-H&N35**

Cuestionario elaborado por un grupo de estudio de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer. Compuesto por un amplio espectro de profesionales (oncólogos, psicólogos, estadistas, sociólogos y otros) provenientes de Europa, EE.UU., Canadá y Asia.

Se han llevado a cabo diferentes análisis para confirmar la fiabilidad y validez del módulo de cabeza y cuello EORTC H&N35. La fiabilidad de las escalas se ha valorado con el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual evalúa la relación entre los ítems de los que consta cada una de las escalas del cuestionario. Se ha considerado un valor de 0,7 como adecuado.

El cuestionario EORTC QLQ-H&N35 valora síntomas de la enfermedad que pueden aparecer en los diferentes estadios; síntomas tanto agudos, como subagudos o posteriores, toxicidad que sea atribuible a la radioterapia o a la cirugía, y aspectos nutricionales.

Este cuestionario está compuesto por 35 ítems que valoran dos grandes grupos (Anexo 6). Valora de manera específica la calidad de vida de los pacientes tratados de cáncer de cabeza y cuello. Dicho cuestionario ha sido validado para diferentes países, y en España ha sido validado por organismos competentes. El formulario permite la obtención de una score, cuyos valores puntúan de 0-100 (0 el valor correspondiente a peor calidad de vida y 100 el valor correspondiente a mejor calidad de vida). Cada una de las escalas estudiadas dentro de estos dos grupos fue valorada con una puntuación de 0 a 100.

### 1er Grupo: 25 cuestiones.

- Dolor: ítems 1-3 y 17.
- Deglución: determinan la dificultad para tragar (4-8).
- Sentidos: evalúan la alteración de los sentidos (13 y 14).
- Habla: estudiado en 3 ítems (16, 23 y 24).
- Alimentación en sociedad: estudiada los problemas para comer delante de otras personas (19-22).
- Contacto social: estudiado en 5 ítems (18 y 25-28).
- Sexualidad: estudiada en 2 ítems (29 y 30).

Cada ítem se valora con: mucho: valor 0, bastante: valor 33,33, un poco: valor 66,66 y en absoluto: valor 100

2º Grupo de ítems: 10 cuestiones.

- Dientes: estudiado en el ítem 9, valora los problemas en las piezas dentales.
- Apertura bucal: estudiado en el ítem 10, valora la limitación de la apertura bucal.
- Boca seca: estudiado en el ítem 11.
- Saliva pegajosa: estudiado en el ítem 12.
- Toser: estudiado en el ítem 15.
- Pérdida de peso: estudiado en el ítem 34.
- Ganancia de peso: estudiado en el ítem 35.
- Utilización de suplementos nutricionales: estudiado en el ítem 32.
- Utilización de sonda de alimentación (sonda nasogastrica o sonda de gastrotomía endoscópica percutanea): estudiado en el ítem 33.
- Uso de medicación para el dolor: estudiado en el ítem 31.

Respuestas posibles:

- Para los ítems 9-12 y 15

Cada ítem se valora con: mucho: valor 0, bastante: valor 33,33, un poco: valor 66,66 y en absoluto: valor 100

- Para los ítems 31-15

Los valores de estos ítems se corresponden con: Sí: valor 0 y No: valor 100.

Las score pueden categorizarse en tres niveles (buena, regular o mala calidad de vida), a partir de unos rangos pre-establecidos.

- Buena = 67-100
- Regular = 34 a 66
- Mala = 0 a 33

Las variables relativas a la calidad de vida constituyen las variables primarias dependientes que se relacionarán con el resto de aspectos de interés.

○ **Cuestionarios con datos de filiación (Anexo 5):**

• Datos sociodemográficos:

- Nacionalidad
- Edad: 0-14 años    15-30 años    30-65 años    Mayores de 65 años
- Sexo: Hombre                      Mujer
- Profesión: Agricultura    Industria    Servicios (.....)
- Fumador:
  - Sí:
    - Leve (< de 5cig/día)    Moderado (5- 10cig/día)    Severo (> de 10 cig/día)
  - No
- Bebedor:
  - Sí: Leve (1 vaso/día)    Moderado (1-3 vasos/día)    Severo (> de 3 vasos/día)
  - No
- Tipo de alimentación:
  - Equilibrada    Carnes    Pescado    Verduras/frutas    Grasas                      Lácteos
- Nivel de estudios:
  - Analfabeto    E. obligatoria                      Preuniver./módulos                      Universitario
- Nivel socio-económico:
  - Bajo (< de 600 E/mes)    Medio (600-1200 E/mes)    Alto(>de 1200 E/mes)
- Estado civil: Soltero    Pareja estable                      Divorciado                      Viudo
- Apoyo social recibido:
  - i. Sanitario:                      Bueno                      Regular                      Malo
  - ii. Familiar:                      Bueno                      Regular                      Malo

• Datos clínicos del paciente:

- TNM clínico/ radiológico: Estadio I    Estadio II    Estadio III    Estadio IV
- Patología asociada: Endocrina    Cardio-vascular    Respiratoria    Neurológica
- Antecedentes personales de de cáncer de cabeza o cuello: Sí                      No
- Antecedentes familiares de cáncer de cabeza o cuello: Sí                      No
- Impacto psicológico Prequirúrgico: Ansiedad    Depresión    Adaptación
- Tipo de cirugía empleada:
  - Reconstrucción con colgajo microvascularizado.
  - Reconstrucción con injertos miocutáneos pediculados.
  - Reconstrucción con colgajos locales.
  - Otras cirugías (.....)
  - Vaciamiento ganglionar: No    Funcional III o 5 niveles    Radical
  - Traquetomía: Sí    (Días .....)
  - Exodoncias: Sí    (nº piezas .....)
  - Zona extirpada durante la cirugía .....
  - Necesidad de osteotomía: Sí (tamaño .....)
- Zona donante del injerto: Radial                      Temporal                      Otros
- Complicaciones de la cirugía:
  - Sangrado    Infección    Rechazo injerto                      Aspiración    Neumonía
- Secuelas de la cirugía:
  - Disfagia:                      Leve                      Moderada                      Severa
  - Alteración de la deglución: Leve                      Moderada                      Severa
  - Alteración de la masticación: Leve                      Moderada                      Severa

- .- Impacto psicológico Postquirúrgico: Ansiedad Depresión Adaptación
- .- Grado de afectación de la vida social: Leve Moderada Grave
- .- Dolor: Escala del dolor EVA (escala del 0 al 10, donde 0 corresponde a ausencia absoluta de dolor y 10 al máximo dolor que el paciente podría soportar (.....))
- .- Alteración del habla: Normal Ligera disfunción Grave disfunción
- .- Alteración de la alimentación:
  - De la masticación: Normal Leve/Moderada Grave
  - De la deglución: Normal Leve/Moderada Grave
- .-Alteración de la imagen corporal:
  - Sin alteración Leve alteración Moderada alteración Grave alteración
- .- Días de hospitalización
- .- TNM tras anatomía patológica: T N M
- .- Espesor en mm de pieza tumoral
- .- Afectación bordes quirúrgicos: Sí No
- .- Tratamientos adyuvantes- coadyuvantes:
  - Radioterapia: nº Grays, días tratamiento, zona radiada, efectos secundarios
  - Quimioterapia: tipo, días de tratamiento, efectos secundarios
  - Psicoterapia: (Días de tratamiento .....)
  - Otros : Foniatría (Días de tratamiento .....)
- .-Secuelas de la cirugía:
  - Disfagia: Leve Moderada Severa
  - Alteración de la deglución: Leve Moderada Severa
  - Alteración de la masticación: Leve Moderada Severa
- .- Necesidad de nueva cirugía: Antes del mes 1 mes – 1 año 1 año – 5 años
- .- Intervalo libre de enfermedad:
- .- Recidiva: Si No
- .- Exitus : (Fecha ..... ) (Causa .....)

#### 4.1.5. Documentos gráficos:

En la primera visita se realizaron fotografías intraorales de la lesión, así como frente y perfil del paciente, para valorar las modificaciones estéticas que pudieran aparecer tras la cirugía y/o radioterapia coadyuvante (previamente se había obtenido el consentimiento del paciente para la realización de las mismas).

Se realizaron a los 6 meses y al año de seguimiento, fotografías de frente, perfil y zona de reconstrucción intraoral tras resección, así como vídeo donde se realizó un registro vocal del habla tras la cirugía.

## 4.2. Métodos

### 4.2.1. Diseño del estudio

Estudio prospectivo observacional No Posautorización, descriptivo uni-centro sobre la calidad de vida, en los pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de la mucosa oral, estadios I-IV, intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Se solicitó al Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia la autorización para la realización del estudio. El 9 de diciembre de 2014 se otorga un dictamen favorable para la realización del estudio indicando que dicho proyecto se ajusta a las normativas éticas sobre investigación biomédica con sujetos humanos (Anexo 4).

La metodología empleada en este estudio fué la entrevista personal presencial. Los datos se obtuvieron tras la aceptación verbal y por escrito del paciente de formar parte del estudio, después de firmar el consentimiento informado (Anexo 1). Pudiendo revocar este consentimiento en cualquier momento del estudio.

Se informó a todos los pacientes de que la participación en el estudio era voluntaria, confidencial y protegida por la ley de protección de datos. Así como que la no participación en el mismo no afectaría su relación médico-paciente.

La muestra efectiva final estaba compuesta por 24 pacientes. Los datos se obtubieron durante la consulta ambulatoria rutinaria o de control de su patología. Todas las encuestas fueron realizadas por el mismo entrevistador.

Inicialmente se informó al paciente de la temática de estudio y la finalidad del mismo. Sólo se procedió a la realización de éste tras la aceptación por parte del paciente.

## 4.2.2. Protocolo de recogida de datos:

Nota: la recogida de datos para este estudio prospectivo se realizó en el periodo de tiempo comprendido entre diciembre de 2009 y diciembre de 2012 (posteriormente es cuando se ha realizado el análisis de los datos). Debiendo tener en cuenta que no ha variado el protocolo diagnóstico-terapéutico que se realiza a estos pacientes en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, por lo que la validez de los datos obtenidos no ha variado.

Una vez seleccionados los pacientes que cumplían con la definición de casos, se realizaron una serie de entrevistas en las que recogieron datos de filiación (demográficos y clínicos, Anexo 5), y se complementaron una serie de cuestionarios de calidad de vida. Estos cuestionarios registraron datos de los pacientes en 4 momentos singulares del seguimiento:

T0: Pre-cirugía: en el momento de dar el diagnóstico provisional preoperatorio tras realización de biopsia. Para tener datos de la calidad de vida basal antes de la intervención quirúrgica.

T1: 1<sup>er</sup> mes post-cirugía: en el 1<sup>er</sup> mes post-cirugía, antes de haber recibido ningún tratamiento coadyuvante (si el paciente fuera subsidiario de recibirlo).

T2: 6<sup>o</sup> meses post-cirugía: a los 6<sup>o</sup> meses de la intervención, para valorar la calidad de vida tras la recepción de tratamientos coadyuvantes (si los hubiera recibido), y pasado el postoperatorio inmediato.

T3: 1<sup>er</sup> año post-cirugía

○ Datos de filiación (Anexo 5):

- Datos sociodemográficos: sexo, edad, profesión, nivel sociocultural, estado civil, etc. Hábitos tóxicos: tabaquismo y consumo de alcohol.

- Datos clínicos del paciente: enfermedades concomitantes, grado de dolor EVA (escala del 0 al 10, donde 0 corresponde a ausencia absoluta de dolor y 10 al máximo dolor que el paciente podría soportar, etc).

- Características del tumor: localización, estadio TNM, etc.

- Tratamientos recibidos: médicos, quirúrgicos y efectos secundarios de los tratamientos, etc.

○ Datos sobre la calidad de vida del paciente (cuestionario EORTC QLQ-H&N 35) (Anexo 6).

## 4.2.3. Tratamiento estadístico:

El análisis de los datos estadísticos se realizó con el paquete de software SPSS® versión 15.0 (SPSS® Inc, Chicago, Usa) para Windows y R® 3.0.2. En los cuales hemos realizado los siguientes procedimientos estadísticos:

- Análisis descriptivo: contiene los estadísticos más relevantes para todas las variables de análisis. Se han hallado valores como: media, desviación estándar, rango y mediana para las de tipo continuo y frecuencias absolutas y relativas para las categóricas. Las tablas elaboradas son simples, y también cruzadas por las respuestas de calidad de vida, o de componentes funcionales en los diferentes tiempos.

- Análisis inferencial: consiste en la estimación de un **modelo no paramétrico de Brunner-Langer de datos longitudinales** para la respuesta score de calidad de vida y para la clasificación en 3 grados de la misma. Se calculó un estadístico ATS tipo-ANOVA para evaluar si había cambios en dichas respuestas a lo largo del seguimiento.

Para valorar la influencia de cada factor independiente sobre la score de calidad de vida, se utilizó el modelo de Bruner-Langer, considerando éste como un factor entre-sujetos y estimando el efecto interacción (¿evoluciona igual la calidad de vida de los pacientes de distintos niveles del factor?).

La elección de esta metodología se justifica por el limitado tamaño muestral, y por su versatilidad para estudiar variaciones de respuestas de naturaleza no continua (ordinales, dicotómicas). En esencia, es la alternativa no paramétrica al ANOVA de medidas repetidas con factor entre-sujetos (modelos split-plot) de mayor potencia estadística.

Para el mismo objetivo en términos de mejoría/ estabilización/empeoramiento de la calidad de vida, se utilizaron las siguientes pruebas bivariantes:

- **Test Chi<sup>2</sup> de asociación**: mide el grado de dependencia entre dos variables de tipo categórico. El resultado se admite como válido siempre que no más del 30% de las celdas de la tabla de contingencia tengan una frecuencia esperada inferior a 5 casos, atendiendo al test exacto de Fisher en caso contrario para tablas 2x2.

- **Prueba de Mann-Whitney (MW)**: se utiliza para contrastar si la distribución de un parámetro, cuando menos ordinal, es o no la misma en dos muestras independientes (definidas por un factor).

- **Prueba de Kruskal-Wallis (KW)**: se utiliza para contrastar si la distribución de un parámetro, cuando menos ordinal, es o no la misma en más de dos muestras independientes (definidas por un factor).

El *nivel de significatividad* empleado en los análisis ha sido el 5% ( $\alpha=0.05$ ). La metodología estadística propuesta, con un nivel de confianza del 95% y considerando un tamaño del efecto a detectar  $f=0,25$  (medio), alcanza una potencia 0,81 para el contraste de efectos intra-sujetos (diferencias a lo largo del tiempo de las respuestas de calidad de vida).

## *5. RESULTADOS*



## 5.1. Descripción de la muestra

### 5.1.1. Tamaño muestral

Inicialmente 28 pacientes fueron reclutados para el estudio.

Se trata de 17 varones (70,8%) y 7 mujeres (29,2%), que configuran la muestra efectiva de 24 pacientes.

La edad media es  $61,3 \pm 11,6$  años, con un rango entre 36 y 82 años.

Fueron intervenidos entre los años 2009 y 2012.

### 5.1.2. Mortalidad y abandonos del estudio antes de completar tiempo de estudio de 1 año.

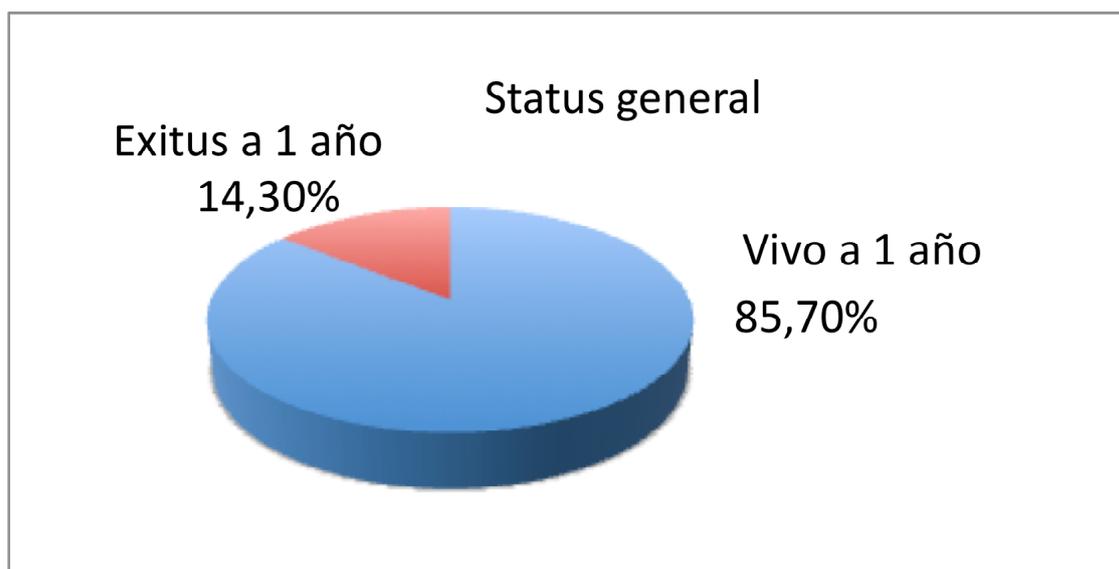


Gráfico 1. Status general de la muestra al año de seguimiento.

La suma de los vivos a 1 año al primer año suponen el 85,7 % ( $=24 \times 100 / 28$ ) de los 28 enrolados inicialmente.

Los 4 eventos de exitus tienen lugar entre los 6 y los 10 meses (2 de estos exitus se correspondieron a eventos cardiacos, 1 a enfermedad tumoral avanzada por otro tumor primario esofágico, y 1 por enfermedad tumoral avanzada por COCE). En consecuencia, son 24 los pacientes para los que se ha completado 1 año de seguimiento y que constituirán la muestra efectiva de análisis para la investigación.

## 5.1.3. Descripción de la muestra perdida (Exitus) al 6º mes

### Sexo

Se trata de 1 varón y 3 mujeres.

### Edad

Con un rango entre 71 y 89 años.

### TNM

- **TNMc** : 3 estaban en un estadio IV y 1 en un estadio II.
- **TNMp**: 2 pacientes con T4N2M0, 1 paciente T2N0M0 y 1 paciente T4N0M0

### Localización del tumor

La lesión en maxilar estaba presente en 2 pacientes y mandibular en 2 pacientes (1 en trigono retromolar y 1 en región parasinfisaria).

### Enfermedades asociadas

- **Hipertensión arterial**: en 2 casos.
- **Diabetes**: en 2 casos.
- **Otros tumores primarios**: 1 neoplasia esofágica y 1 adenocarcinoma mamario.
- **Accidente cerebrovascular**: 1 caso.

### Calidad de vida al 6º mes

- En 3 de los pacientes encontramos regular calidad de vida (34 a 66) al 6º mes y en 1 mala calidad de vida (0-33).

## 5.2. Epidemiología

El apartado A.7.1 del anexo de tablas incluye todas las tablas simples que describen el perfil sociodemográfico del paciente, características clínicas del tumor y la intervención, alteraciones funcionales, tratamientos coadyuvantes y valoración de la calidad de vida (CV). Se presentan en este apartado algunos de esos resultados de forma resumida.

### 5.2.1 Distribución por sexo

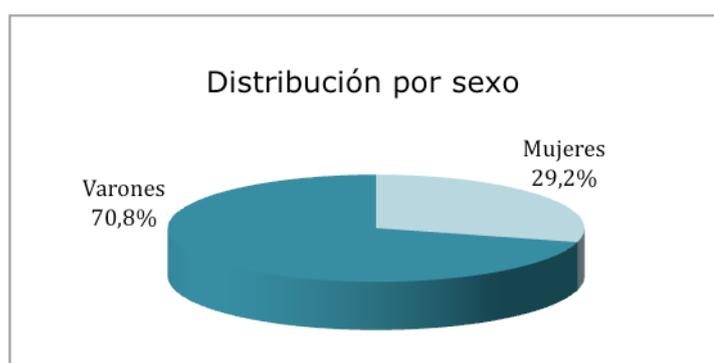


Gráfico 2. Distribución por sexo de la muestra.

Observamos una distribución por sexo de la muestra de 17 varones (70,8%) y 7 mujeres (29,2%) que configuran la muestra efectiva de 24 pacientes (Gráfico 2, T1 anexo 7).

### 5.2.2. Distribución por edad

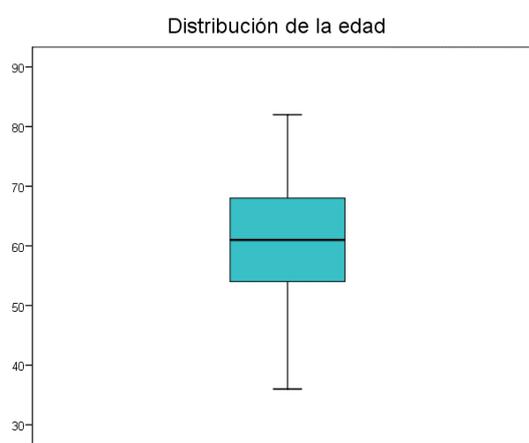


Gráfico 3. Distribución por edad de la muestra.

La caja concentra al 50% de los casos, siendo la mediana la línea horizontal que la divide. Los bordes superior e inferior de la caja se corresponden con el 1er y 3er cuartil, por debajo de los cuales está el 25% y 75% respectivamente de la muestra. Los "bigotes" se extienden hasta los valores en un rango aceptable, por encima de los cuales están los atípicos (circulados) y los extremos (estrellados).

La edad media es  $61,3 \pm 11,6$  años, con un rango entre 36 y 82 años (Gráfico 3, T2 anexo 7). Observamos que el 25% de la muestra tiene menos de 55 años y que otro 25% tiene más de 68 años.

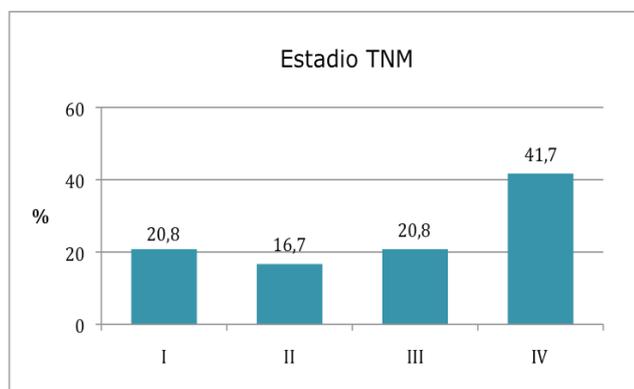
5.2.3. **TNM****TNM clínico antes de cirugía (TNMc)**

Gráfico 4. Estadio tumoral inicial antes de cirugía.

El estadio del tumor es grado IV en un 41,7% de pacientes (Gráfico 4, T14 anexo 7)

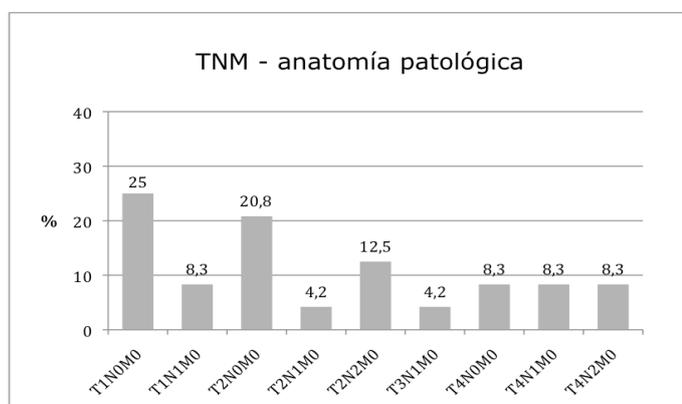
**TNM tras estudio anatómo-patológico (TNMp)**

Gráfico 5. TNM tras el estudio anatómo-patológico de la pieza extirpada.

El estudio anatómo-patológico del tumor revela la siguiente distribución (Gráfico 5, T29 anexo 7).

#### 5.2.4. Localización del tumor

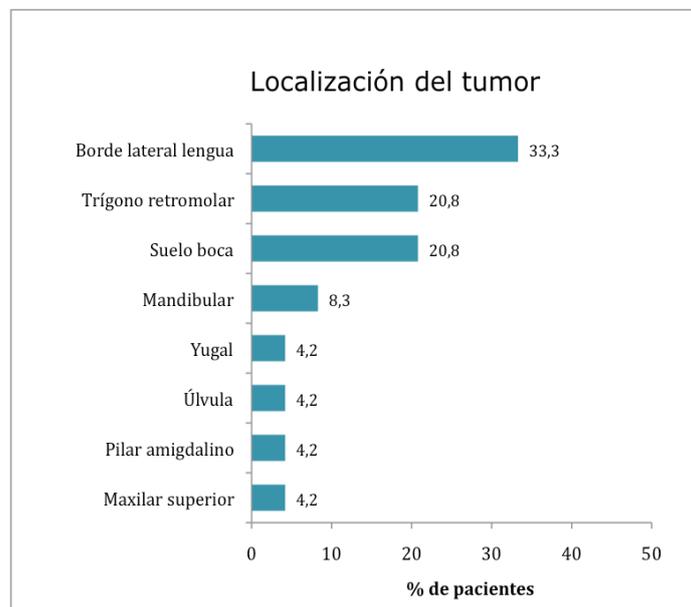


Gráfico 6. Localización del tumor al diagnóstico.

El borde lateral de la lengua, el trígono retromolar o el suelo bucal concentran la localización del 75% de los tumores implicados (Gráfico 6, T18 anexo 7).

#### 5.2.5. Patologías asociadas

##### T15.- PATOLOGIA ASOCIADA

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	7	29,2%
<b>2º tumor primario</b>	6	25,0%
<b>Endocrino-metabólica</b>	4	16,7%
<b>Otros</b>	3	12,5%
<b>HTA</b>	2	8,3%
<b>Cardiopatía isquémica</b>	2	8,3%

El paciente no está exento de otro tipo de patologías concomitantes, presentes en el 70,8 % de los casos (T15). Siendo la patología asociada más frecuente la presencia de otros tumores primarios.

5.2.6. **Tratamiento quirúrgico****Zona de resección****T24.- ZONA RESECCION**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Glosectomía parcial</b>	6	25,0%
<b>Mandibulectomía marginal retromolar</b>	4	16,7%
<b>Suelo de boca</b>	4	16,7%
<b>Mandibulectomía marginal retromolar y pilar amigdalino</b>	2	8,3%
<b>Glosectomía parcial, suelo boca, mandibulectomía marginal retromolar y pilar amigdalino</b>	1	4,2%
<b>Suelo de boca y mandibulectomía marginal</b>	1	4,2%
<b>Glosectomía parcial, suelo boca y pilar amigdalino</b>	1	4,2%
<b>Úvula y pilar amigdalino</b>	1	4,2%
<b>Hemimaxilectomía</b>	1	4,2%
<b>Hemimandibulectomía</b>	1	4,2%
<b>Mucosa yugal</b>	1	4,2%
<b>Trígono retromolar</b>	1	4,2%

En términos más agregados, se cuentan 9 mandibulectomías/maxilectomías (37,5%), 8 glosectomías (33,3%), 2 úvula/pilar (8,3%) y 5 resto (20,8%).

Se realizó ostectomía en el 54,2% de los casos, habitualmente superior a tamaño 4 cm (T25 anexo 7).

**Exodoncias durante la cirugía**

A 11 pacientes (45,8%) se les extrajo alguna pieza o presentaban focos sépticos múltiples (T23 anexo 7).

**Tipo de cirugía****T20.- TIPO DE CIRUGÍA**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Resección y colgajo local</b>	13	54,2%
<b>Resección, mandibulectomía marginal y colgajo local</b>	3	12,5%
<b>Resección, colgajo local e injerto cutáneo</b>	3	12,5%
<b>Resección y colgajo microvascularizado radial</b>	2	8,3%
<b>Resección, placa de reconstrucción y colgajo local</b>	1	4,2%
<b>Resección, placa de reconstrucción y colgajo microvascularizado radial</b>	1	4,2%
<b>Resección, mandibulectomía marginal y colgajo microvascularizado radial</b>	1	4,2%

El tipo de cirugía consiste en utilización exclusiva de colgajo local en algo más de la mitad de la muestra (T20).

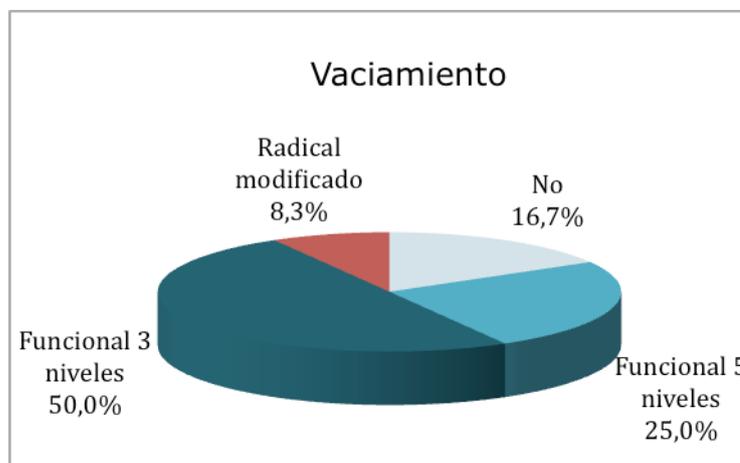
**Tipo de vaciamiento**

Gráfico 7. Tipo de vaciamiento practicado.

Este gráfico representa el tipo de vaciamiento practicado (Gráfico 7, T21 anexo 7). Se puede observar que en un 75% de los casos se empleó el vaciamiento funcional.

**Traqueostomía**

A 14 pacientes (58,3%) les fué practicada una traqueostomía durante la intervención quirúrgica, para asegurar vía aérea en el postoperatorio inmediato. Esta fué cerrada antes de los 15 días posteriores a la cirugía (T22 anexo 7).

**Tipo de reconstrucción****T26.- TIPO RECONSTRUCCION**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	8	33,3%
<b>Microvascularizado radial</b>	9	37,5%
<b>Injerto cutáneo</b>	4	16,7%
<b>Colgajo bola Bichart</b>	2	8,3%
<b>Colgajo músculo temporal</b>	1	4,2%

La técnica empleada en la mayoría de los casos fue el colgajo microvascularizado radial (T26 anexo 7).

### **Descripción de anatomía patológica**

Los bordes están libres en el 75% de los análisis (T30 anexo 7). La mitad de los casos exhibe, en alguna medida, adenopatía posterior (T31 anexo 7).

#### **5.2.7. Complicaciones post-quirúrgicas**

**T27.- COMPLICACIONES POST-QX**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	17	70,8%
<b>Infección herida quirúrgica</b>	2	8,3%
<b>Infección respiratoria</b>	2	8,3%
<b>Dehiscencia colgajo</b>	1	4,2%
<b>Insuficiencia cardíaca</b>	1	4,2%
<b>Sangrado</b>	1	4,2%

Siete pacientes (29,2%) experimentaron algún tipo de complicación post-quirúrgica (T27).

#### **5.2.8. Tiempo medio de hospitalización**

El tiempo medio de hospitalización se cifra en  $16,6 \pm 10,1$  días, con un rango entre 3 y 37 días. La mediana (16) coincide con la media, esto es, no se produjeron estancias anormalmente altas o bajas (T28 anexo 7).

#### **5.2.9. Tratamientos complementarios a cirugía (del 1er mes al 6º mes)**

Es el período de tiempo en que los pacientes reciben tratamiento, si lo necesitan, se manifiestan sus posibles efectos adversos y se re-evalúan las secuelas de la intervención.

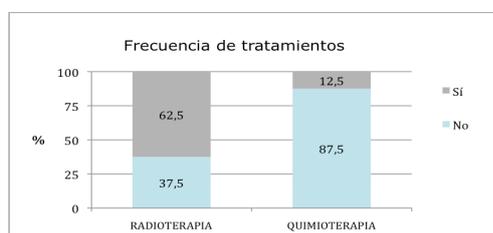


Gráfico 8. Tratamientos complementarios a la cirugía (radioterapia y quimioterapia).

En primer lugar, hay que mencionar que 3 pacientes ya habían recibido algún tipo de tratamiento incluso antes de la intervención (uno quimioterapia y otros 2 también radioterapia) (T35 anexo 7).

### Radioterapia

Administrada a 15 pacientes (T36 anexo 7), en un 80% de los casos fue aplicada en el lecho y las cadenas ganglionares homolaterales (T 37 anexo 7), con un número Gray medio  $62,1 \pm 6,0$  (T38 anexo 7) y una duración media de  $35,3 \pm 4,5$  días (T39 anexo 7).

### *Efectos secundarios a la administración de radioterapia*

#### T40.- EFECTOS SECUNDARIOS RADIOTERAPIA

	N	%
<b>Total</b>	15	100,0%
<b>Mucositis y radiodermatitis</b>	8	53,3%
<b>Radiodermatitis</b>	3	20,0%
<b>Mucositis</b>	3	20,0%
<b>No</b>	1	6,7%

Observamos la presencia de mucositis y/o radiodermatitis en un 93'3% de los casos (T40).

### Quimioterapia

En 3 pacientes se administro **quimioterapia** con diferentes fármacos (T41 anexo 7), con una duración media de 6 ciclos (T42 anexo 7) y siempre con algún efecto secundario (T43 anexo 7).

#### 5.2.10. Hábitos nocivos

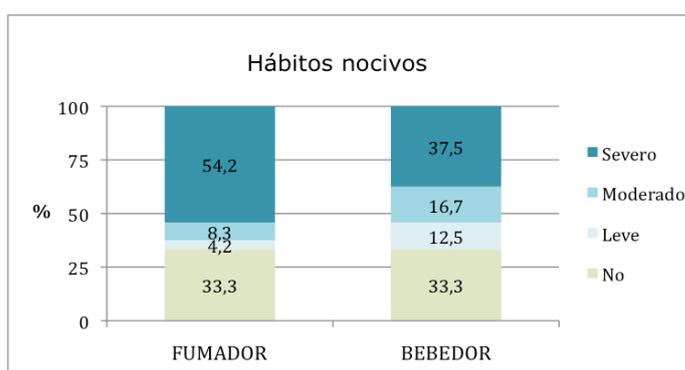


Gráfico 9. Hábitos nocivos de la muestra.

Más de la mitad son fumadores intensos (54,2%), y también en idéntica proporción, consumidores moderados o severos de alcohol (Gráfico 9, T8 anexo 7).

**Simultaneidad e intensidad de hábitos nocivos****T8b.- HÁBITOS**

		BEBEDOR									
		Total		No		Leve		Moderado		Severo	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>FUMADOR</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	33,3%	3	12,5%	4	16,7%	9	37,5%
	<b>No</b>	8	33,3%	6	25,0%	0	,0%	2	8,3%	0	,0%
	<b>Leve</b>	1	4,2%	0	,0%	1	4,2%	0	,0%	0	,0%
	<b>Moderado</b>	2	8,3%	0	,0%	1	4,2%	1	4,2%	0	,0%
	<b>Severo</b>	13	54,2%	2	8,3%	1	4,2%	1	4,2%	9	37,5%

Esta tabla cruzada revela que un 37,5% de todos los pacientes son fumadores y bebedores simultáneamente en un grado alto. También se lee que un 25% del total no consume actualmente ni tabaco ni alcohol (T8b).

**5.2.11. Impacto psicológico**

Respecto al impacto psicológico (T16 anexo 7), en la mayoría de los casos (70,8%) el paciente está adaptándose a la situación, aunque son remarcables los cuadros de ansiedad (29,2%).

**5.2.12. Variables Socio-económicas****Nacionalidad**

Todos los pacientes son de nacionalidad española (T3 anexo 7).

**Profesión**

La mayoría de los pacientes desarrollan una profesión vinculada fundamentalmente al sector de Servicios (70,8%) (T4 anexo 7).

**Nivel de estudios**

La mayoría de la muestra tiene estudios obligatorios (45,8%) o pre-universitarios (33,3%) (T5 anexo 7).

**Nivel de ingresos medios**

El nivel de ingresos es medio (50%) o alto (33,3%) (T6 anexo 7).

**Estado civil**

Su estado civil suele corresponder a una pareja estable (62,5%) (T7 anexo 7).

## **Tipo de alimentación**

El 83,3% de los individuos manifiesta seguir una dieta alimenticia equilibrada (T9 anexo 7).

## **Apoyo social**

Se considera que el apoyo social hacia el sujeto es bueno en todos los casos (T17 anexo 7).

### 5.3. Evaluación de la calidad de vida

#### 5.3.1. Evolución de la calidad de vida

Las tablas T55 y T56 son primordiales para la investigación, pues describen las variables de evaluación de la calidad de vida (CV).

T55.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Mediana
SCORE T0	24	12,7	10,5	1,1	46,7	10,6
SCORE T1	24	18,8	11,9	3,3	50,0	17,2
SCORE T2	24	20,4	13,8	2,2	53,3	16,6
SCORE T3	24	22,7	18,3	3,3	57,7	16,6
DIFT0T1	24	-6,1	12,2	-40,0	16,7	-5,0
DIFT0T2	24	-7,7	14,2	-43,3	14,5	-2,2
DIFT0T3	24	-10,0	18,1	-50,0	20,0	-4,4

Obsérvese con detalle la primera de ellas donde se describe el score en cada tiempo. T0: Pre; T1:1 mes; T2:6 meses; T3:1 año. Vemos que la media va subiendo con el tiempo (empeora la calidad de vida). También se ve lo mismo con las medianas.

Hemos de reseñar que en la tabla se añaden las diferencias de score T0-T1, T0-T2, T0-T3. Cuanto más negativa, más ha empeorado la calidad de vida.

En el tiempo basal (T0) pre-cirugía, la **score** media resultante del test EORTC QLQ-H&N es  $12,7 \pm 10,5$  puntos, aumentando a  $18,8 \pm 11,9$  en el post-QX inmediato T1, a  $20,4 \pm 13,8$  puntos en la revisión semestral T2 y hasta  $22,7 \pm 18,3$  puntos en la anual T3. Es decir, la disminución de la calidad de vida es notable a corto plazo, para luego seguir disminuyendo progresivamente.

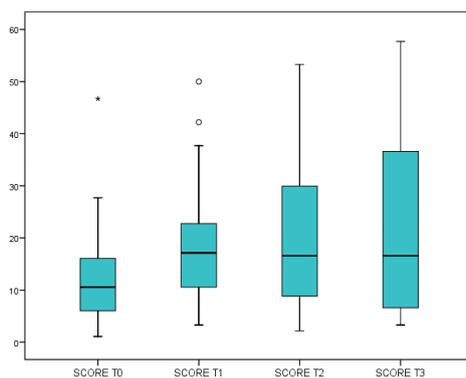


Gráfico 10. Niveles de calidad de vida.

El análisis de las medianas conduce a una conclusión similar; aunque los niveles de calidad de vida parecen algo mejores. La diferencia con las medias se debe a que unos pocos pacientes exhiben valores score extremadamente altos (mayores de 50 puntos), distorsionándolas según se aprecia en este gráfico (Gráfico 10).

*Esta influencia de los casos atípicos, el moderado tamaño muestral y la naturaleza poco normal de la variable score justifican la utilización de técnicas estadísticas no paramétricas, las cuales no comparan directamente medias, sino medianas o distribuciones completas (patrón de las cajas dibujadas en los gráficos box-plot).*

Un análisis de Bruner-Langer proporciona los siguientes valores de los efectos relativos:

	Efecto relativo	p-valor cambio respecto T0	p-valor global
T0	0,399	---	
T1	0,447	0,354	
T2	0,536	0,076	0,026*
T3	0,618	0,007**	

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

**Tabla 3.2.1.-** Evolución de **Score de calidad de vida** en el seguimiento: efectos relativos y test ATS del modelo Brunner-Langer.

*¿Qué quiere decir que el efecto relativo en T0 sea 0,399? Pues que si se toma un paciente al azar, su score será mayor que el de un paciente del total de los 4 tiempos, con una probabilidad del 39,9%. Para T1, ya ha aumentado a 44,7%, para T2 a 53,6% y para T3 a 61,8%. Es decir, los valores de la score tienden a aumentar a lo largo del seguimiento.*

El modelo concluye que hay variaciones significativas de la score durante el año de seguimiento (p=0,026).

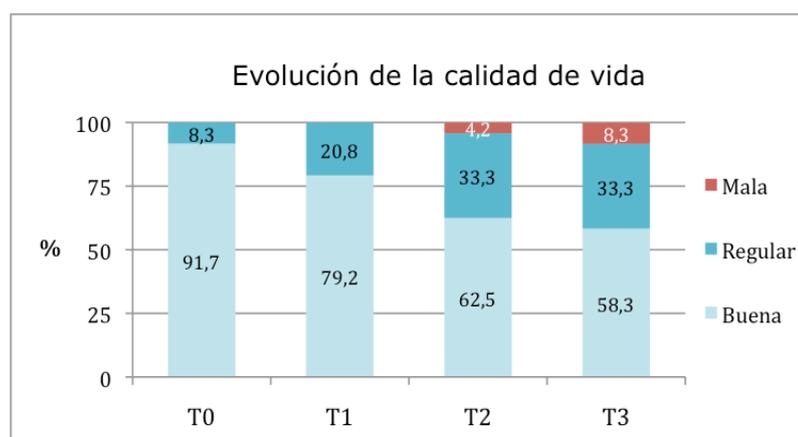


Gráfico 11. Evolución de la calidad de vida

Si se considera el valor T0 (pre) como basal o referencia, se observa que en **T1 no hay evidencia suficiente para decir que la calidad de vida ha empeorado** (p=0,354); en T2 la **tendencia** empieza a ser **muy fuerte** (p=0,076) y en T3 se **alcanza la significatividad estadística (p=0,007)**.

Sabemos que la score puede interpretarse en la **gradación** de 3 clases (buena, regular, mala), extrayéndose de la tabla T56 anexo 7 las siguientes distribuciones:

- Buena para valores de 67 a 100
- Regular para valores de 34 a 66
- Mala para valores de 0 a 33

La calidad de vida es buena para la mayoría de sujetos antes de la intervención (91,7%). Se observa un deterioro progresivo que lleva a la reducción de este porcentaje al 58,3% de la muestra en T3.

	Efecto relativo	p-valor cambio respecto T0	p-valor global
T0	0,595	---	
T1	0,534	0,069	
T2	0,448	0,002**	0,002**
T3	0,422	<0,001***	

**Tabla 3.2.2.-** Evolución de la **clasificación de calidad de vida** en el seguimiento: efectos relativos y test ATS del modelo Brunner-Langer.

Los resultados apuntan en la misma dirección e, incluso, son más contundentes que para el análisis de la score. La asignación de cada paciente a un nivel de CV cambia significativamente con el tiempo ( $p=0,002$ ).

Por ejemplo, a 1 mes de la operación, la proporción de estados 'regulares' ha aumentado considerablemente (al límite de la significatividad estadística,  $p=0,069$ ).

#### **T56.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>EVOLCVT0T1</b>		
<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%
<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>EVOLCVT0T2</b>		
<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%
<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>EVOLCVT0T3</b>		
<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%
<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%

La última parte de la tabla T56 permite contar exactamente los pacientes que han modificado su clasificación (pasando de un empeoramiento T1 en el 12,5% de los pacientes a un 33,3 % de los pacientes en T3).

## 5.4. Factores pronóstico de la evolución de la calidad de vida

A partir de este momento, el análisis se centra en tratar de identificar aspectos, del tipo que sean (perfil demográfico, clínico, etc...), que influyan sobre los niveles posteriores de calidad de vida. Esta parte del análisis se apoya directamente en las tablas del apartado del anexo 7 (A.7.2).

La metodología estadística consiste en la estimación de modelos de Bruner-Langer para todos y cada uno de esos aspectos de interés. Los resultados obtenidos se sintetizan en la tabla siguiente:

*Las variables independientes se han evaluado según la reagrupación definida en las tablas descriptivas del apartado A.7.2 del anexo 7*

	Efecto factor	Efecto tiempo	Interacción
SEXO	0,697	0,015*	0,741
EDAD	0,435	0,036*	0,345
PROFESIÓN	0,734	0,040*	0,221
ESTUDIOS	0,057	0,034*	0,767
INGRESOS	0,717	0,040*	0,770
ESTADO CIVIL	0,750	0,006**	0,211
FUMADOR	0,148	0,057	0,537
BEBEDOR	0,650	0,033*	0,411
ALIMENTACIÓN	0,364	0,063	0,336
TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA	0,962	0,100	0,492
TNM	0,752	0,019*	0,711
PATOLOGÍA ASOCIADA	0,734	0,073	0,009**
IMPACTO PSICOLÓGICO PRE	0,102	0,023*	0,377
LOCALIZACIÓN TUMOR	0,308	0,049*	0,393
AÑO INTERVENCIÓN	0,918	0,085	0,104
TIPO CIRUGÍA	0,937	0,038*	0,489
VACIAMIENTO	0,157	0,002**	0,002**
TRAQUEOSTOMÍA	0,635	0,015*	0,435
EXODONCIAS	0,880	0,020*	0,237
ZONA RESECCIÓN	0,304	0,132	0,784
OSTECTOMÍA	0,658	0,099	0,790
TIPO RECONSTRUCCIÓN	0,594	0,037*	0,897
COMPLICACIONES POST-QX	0,337	0,267	0,144
DÍAS HOSPITALIZACIÓN	0,862	0,017*	0,276
TNM POST ANATOM-PATOLÓGICA	0,110	0,041*	0,563
BORDES QX	0,157	0,059	0,680
ADENOPATÍA POSTERIOR	0,106	0,026*	0,432
ALTERACIÓN DEGLUCIÓN POST-QX	0,486	0,085	0,467
ALTERACIÓN MASTICACIÓN POST-QX	0,289	0,034*	0,317
ALTERACIÓN SOCIAL POST-QX	0,931	0,005**	0,558
ALTERACIÓN HABLA POST-QX	0,408	0,164	0,458
ALTERACIÓN IMAGEN POST-QX	0,631	0,033*	0,973
NIVEL DOLOR POST-QX	0,768	0,037*	0,768
IMPACTO PSICOLÓGICO POST-QX	0,066	0,047*	0,861
RADIOTERAPIA	0,796	0,037*	0,645
DURACIÓN RADIOTERAPIA	0,888	0,017*	0,271
NUEVA CIRUGÍA	0,254	0,035*	0,701
ALTERACIÓN DEGLUCIÓN TARDÍA	0,433	0,081	0,651
ALTERACIÓN MASTICACIÓN TARDÍA	0,611	0,066	0,276
ALTERACIÓN SOCIAL TARDÍA	0,515	<0,001***	0,016*
ALTERACIÓN HABLA TARDÍA	0,300	0,096	0,715
ALTERACIÓN IMAGEN TARDÍA	0,201	0,038*	0,734
NIVEL DOLOR TARDÍA	0,295	0,069	0,631
IMPACTO PSICOLÓGICO TARDÍO	0,208	0,021*	0,348

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

**Tabla 3.3.1.-** Evolución de **Score de calidad de vida** en el seguimiento según variables independientes: test ATS del modelo Brunner-Langer para efectos principales e interacción.

**No se han identificado muchos factores que determinen significativamente la evolución de la calidad de vida.** Estrictamente hablando, no hay suficiente evidencia estadística de que esos factores estén influyendo.

*Como la muestra es de tamaño pequeño-moderado, la potencia estadística es limitada para encontrar asociaciones significativas.*

No obstante, **tres de ellos implican una interacción estadísticamente significativa: patologías asociadas, vaciamiento cervical y alteración social tardía.**

### **Patologías asociadas**

▪ Respecto a la existencia de **patologías asociadas**, el modelo concluye que **los cambios de la score dependen de ello** ( $p=0,009$ ).

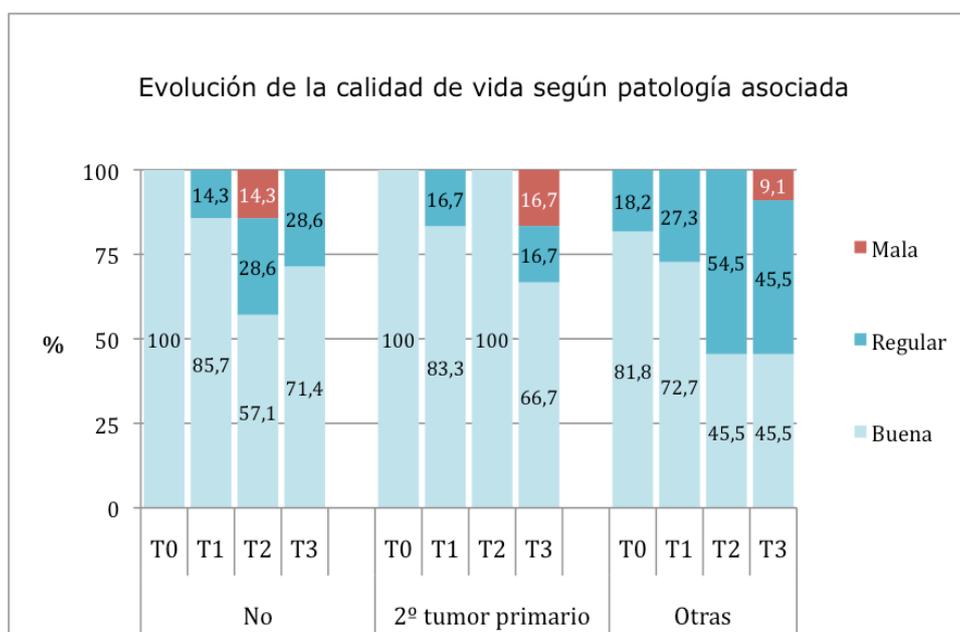


Gráfico 12. Evolución de la calidad de vida según patología asociada.

Entre quienes no tienen ninguna otra patología asociada, es muy claro el empeoramiento que se produce entre 1 mes y 6 meses; aunque luego se recupera algo hasta 1 año (T68 y T68b anexo 7).

Por otra parte, en los pacientes que presentan un 2º tumor primario, la pérdida más acusada de calidad de vida se sitúa entre los 6 meses y el año.

En cuanto a los pacientes que tienen otras enfermedades no tumorales, la pérdida de calidad de vida exhibe un cambio más progresivo desde T0 a T3.

Entiéndase que **estos tres patrones diferentes en la evolución de la calidad de vida están detectándose por el modelo estadístico como significativamente distintos.**

**Vaciamiento cervical**

- El tipo de **vaciamiento** también repercute en el cómo se modifica la calidad de vida del paciente a lo largo del seguimiento (p=0,002). (T73 y T73b anexo 7)

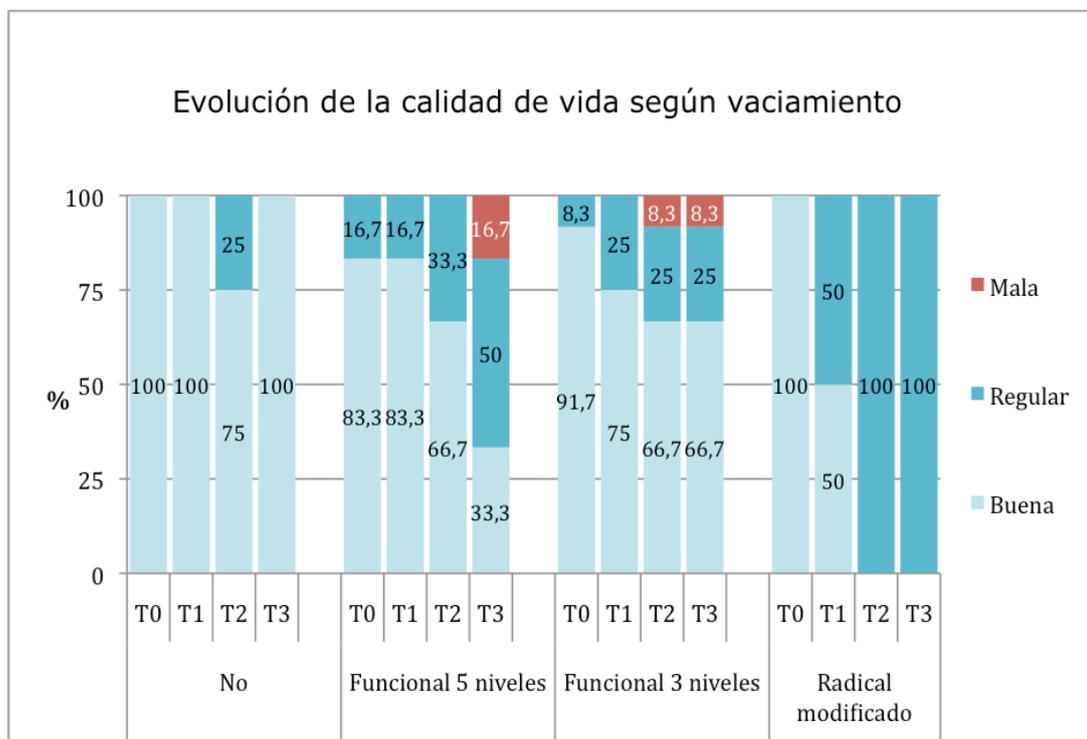


Gráfico 13. Evolución de la calidad de vida según el tipo de vaciamiento cervical realizado.

Obsérvese cómo a quienes no se ha practicado vaciamiento, su calidad de vida permanece prácticamente constante, a un nivel general 'bueno'.

El vaciamiento funcional a 5 niveles genera una pérdida de calidad de vida especialmente entre los 6 meses y 1 año.

El vaciamiento funcional a 3 niveles impacta sobre la calidad de vida de manera más atenuada.

Sólo en 2 pacientes se ha registrado un vaciamiento radical modificado y ambos han cambiado de nivel de calidad de vida a partir de los 6 meses.

Esta heterogeneidad en el patrón evolutivo de unos y otros pacientes, según el tipo de vaciamiento, explica el resultado del modelo analítico.

### Alteración social tardía

- La **alteración social tardía** es el tercer factor asociado de forma significativa a la evolución de la calidad de vida ( $p=0,016$ ). (T87 y T87b anexo 7)

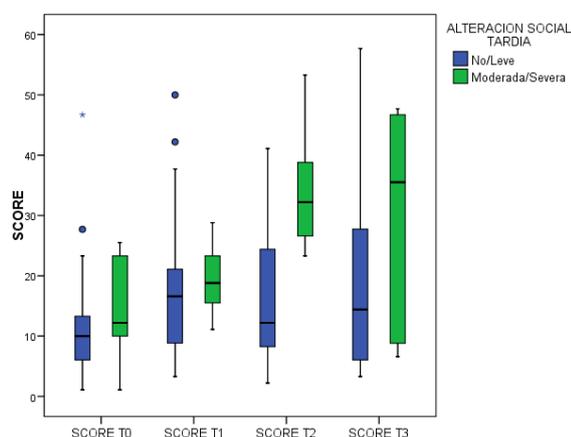


Gráfico 14. Manifestaciones de la alteración social tardía.

En términos de score, este gráfico (Gráfico 14) muestra cómo los pacientes que manifiestan una alteración social moderada-severa tardía (al año), experimentaron un empeoramiento sustancial de la calidad de vida en la mitad del seguimiento.

No hay más aspectos significativos; pero dada la limitada potencia, se propone describir algunos otros, los más próximos a la significancia estadística.

### Complicaciones post-quirúrgicas

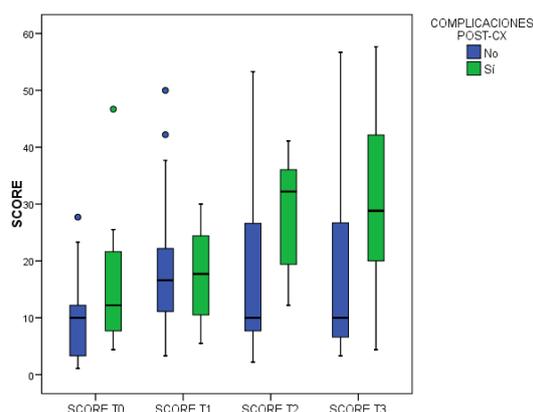


Gráfico 15. Presencia de complicaciones postquirúrgicas.

Se menciona también la existencia de **complicaciones post-quirúrgicas** como posible factor influyente sobre la calidad de vida ( $p=0,144$ ). (T79 y T79b anexo 7)

Los pacientes con complicaciones post-quirúrgicas ven mermada su calidad de vida considerablemente a partir del 1er mes post-operatorio.

## **Análisis de la calidad de vida entre T0 y T3**

Los análisis anteriores están basados en el estudio de la score. Como se ha comentado, debido al tamaño muestral y, en ocasiones, a la fragmentación de la muestra en varios grupos del factor, es dificultoso encontrar relaciones significativas. Una estrategia alternativa consistiría en evaluar simplemente si la calidad de vida global entre T0 y T3 ha empeorado o se ha mantenido. De la tabla T56 del anexo 7 se extrae que, en la muestra total, un 33,3% de pacientes han empeorado su calidad de vida, es decir, pasó de buena a regular/mala o de regular a mala.

Se estudia ahora si esa proporción se mantiene constante a través de los diferentes factores de interés:

	Efecto factor
SEXO	1,000 (Fis)
EDAD	0,128 (KW)
PROFESIÓN	1,000 (Fis)
ESTUDIOS	0,673 (Fis)
INGRESOS	0,667 (Chi <sup>2</sup> )
ESTADO CIVIL	0,657 (Chi <sup>2</sup> )
FUMADOR	0,074 (Chi <sup>2</sup> )
BEBEDOR	0,211 (Fis)
ALIMENTACIÓN	0,578 (Fis)
TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA	0,353 (KW)
TNM	0,371 (Chi <sup>2</sup> )
PATOLOGÍA ASOCIADA	0,904 (KW)
IMPACTO PSICOLÓGICO PRE	0,352 (Fis)
LOCALIZACIÓN TUMOR	0,352 (KW)
AÑO INTERVENCIÓN	0,408 (KW)
TIPO CIRUGÍA	1,000 (Fis)
VACIAMIENTO	0,078 (KW)
TRAQUEOSTOMÍA	<b>0,006** (Fis)</b>
EXODONCIAS	0,390 (Fis)
ZONA RESECCIÓN	0,241 (KW)
OSTECTOMÍA	0,110 (KW)
TIPO RECONSTRUCCIÓN	<b>0,002** (KW)</b>
COMPLICACIONES POST-QX	0,167 (Fis)
DÍAS HOSPITALIZACIÓN	<b>0,033* (Fis)</b>
TNM POST ANATOM-PATOLÓGICA	<b>0,016* (KW)</b>
BORDES QX	1,000 (Fis)
ADENOPATÍA POSTERIOR	1,000 (Fis)
ALTERACIÓN DEGLUCIÓN POST-QX	1,000 (Fis)
ALTERACIÓN MASTICACIÓN POST-QX	<b>0,033* (Fis)</b>
ALTERACIÓN SOCIAL POST-QX	0,167 (Fis)
ALTERACIÓN HABLA POST-QX	1,000 (Fis)
ALTERACIÓN IMAGEN POST-QX	1,000 (Fis)
NIVEL DOLOR POST-QX	0,390 (Fis)
IMPACTO PSICOLÓGICO POST-QX	1,000 (Fis)
RADIOTERAPIA	<b>0,009** (Fis)</b>
DURACIÓN RADIOTERAPIA	0,608 (Fis)
NUEVA CIRUGÍA	0,289 (Fis)
ALTERACIÓN DEGLUCIÓN TARDÍA	1,000 (Fis)
ALTERACIÓN MASTICACIÓN TARDÍA	0,074 (Chi <sup>2</sup> )
ALTERACIÓN SOCIAL TARDÍA	0,289 (Fis)
ALTERACIÓN HABLA TARDÍA	0,621 (Fis)
ALTERACIÓN IMAGEN TARDÍA	0,079 (Fis)
NIVEL DOLOR TARDÍA	0,074 (Chi <sup>2</sup> )
IMPACTO PSICOLÓGICO TARDÍO	1,000 (Fis)

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

**Tabla 3.3.2.- Evolución Clasificación de calidad de vida entre T0 y T3 según variables independientes: test Chi<sup>2</sup>, test exacto de Fisher (Fis) y prueba Kruskal-Wallis (KW).**

Con esta nueva respuesta se encuentran más factores estadísticamente significativos.

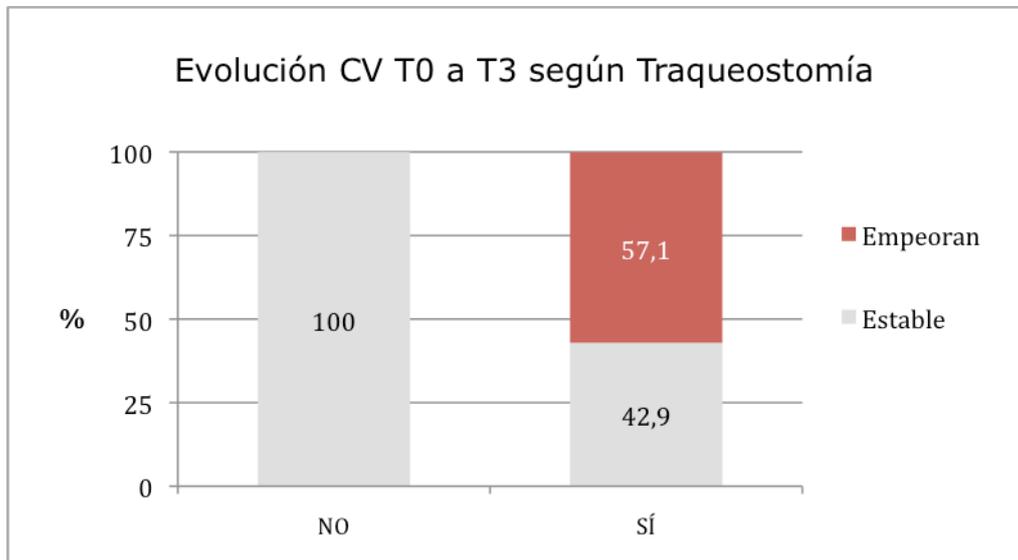
**Traqueostomía**

Gráfico 16. Evolución de la calidad de vida según la realización o no de traqueostomía. Porcentaje de pacientes que empeoran según la realización o no de traqueostomía.

Se realizó traqueostomía a 14 pacientes de los 24 (58,3% de los pacientes).

El 57,1% (8/14) de los pacientes a los que se practicó traqueostomía experimentan una evolución negativa; pero ninguno de los exentos ( $p= 0,006$ ). (T74 y T74b anexo 7).

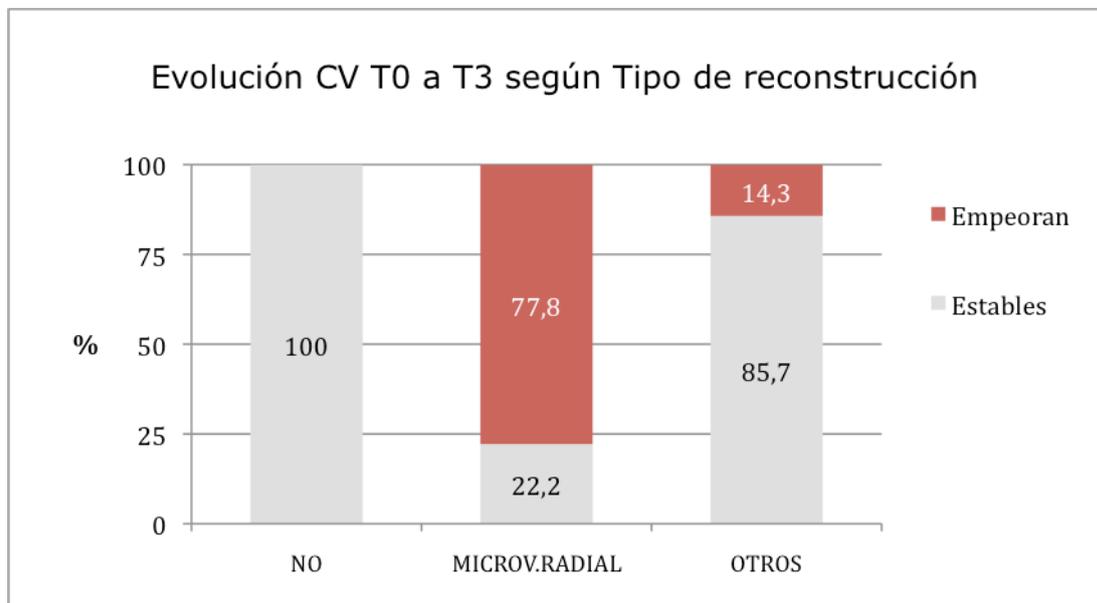
**Tipo de reconstrucción**

Gráfico 17. Evolución de la calidad de vida según el tipo de reconstrucción realizado.  
Porcentaje de pacientes en los que la calidad de vida empeora según el tipo de reconstrucción realizado.

La reconstrucción con colgajo microvascularizado radial se realizó a 9/24 pacientes, siendo el tipo de reconstrucción que más negativamente repercute sobre la calidad de vida ( $p=0,002$ ). Hasta un 77,8% (7/9) de aquéllos a los que fue practicada empeoran su status (T78 y T78b anexo 7).

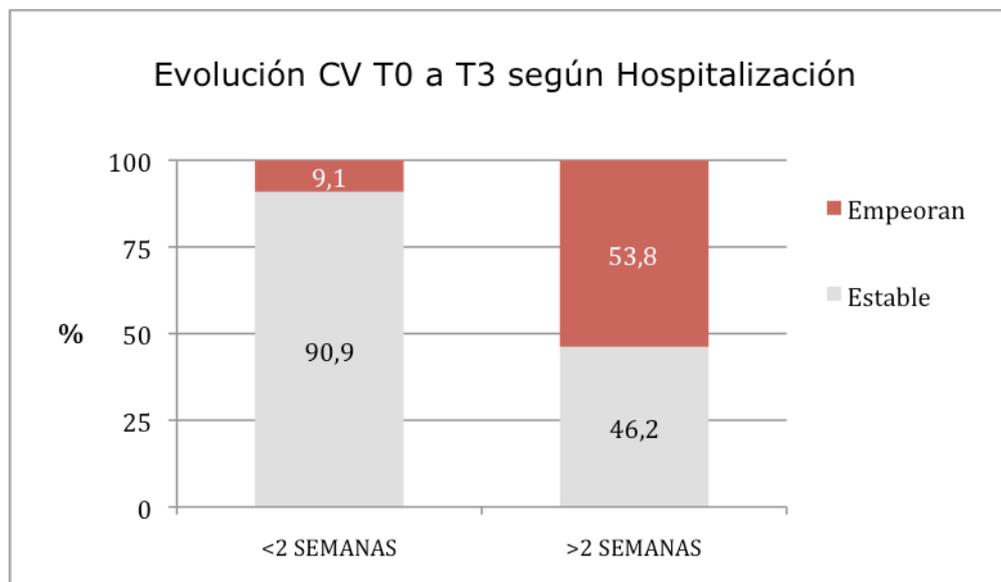
**Tiempo de hospitalización**

Gráfico 18. Evolución de la calidad de vida en función del tiempo de hospitalización tras la cirugía. Porcentaje de empeoramiento de la calidad de vida en función del tiempo de hospitalización.

Un mayor período de hospitalización afectará negativamente a la variación de calidad de vida ( $p=0,033$ ). Obsérvese que entre los ingresados más de 2 semanas, se cuenta un 53,8% de empeoramientos (T80 y T80b anexo 7).

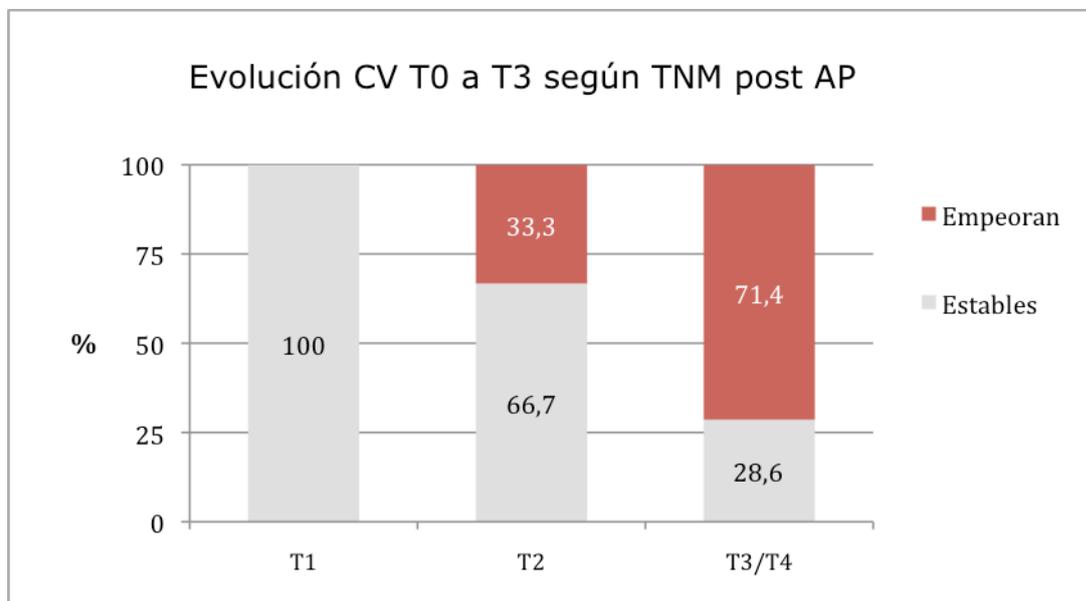
**TNM tras estudio anatomía patológica**

Gráfico 19. Evolución de la calidad de vida en función del TNM tras el estudio anatomopatológico postquirúrgico. Porcentaje de empeoramiento de la calidad de vida en función del TNMp.

La clasificación TNMp a partir de la anatomía patológica también se asocia a los cambios de calidad de vida en el año de estudio ( $p=0,016$ ). Un estadio más avanzado induce una peor evolución (T81 y T81b anexo 7).

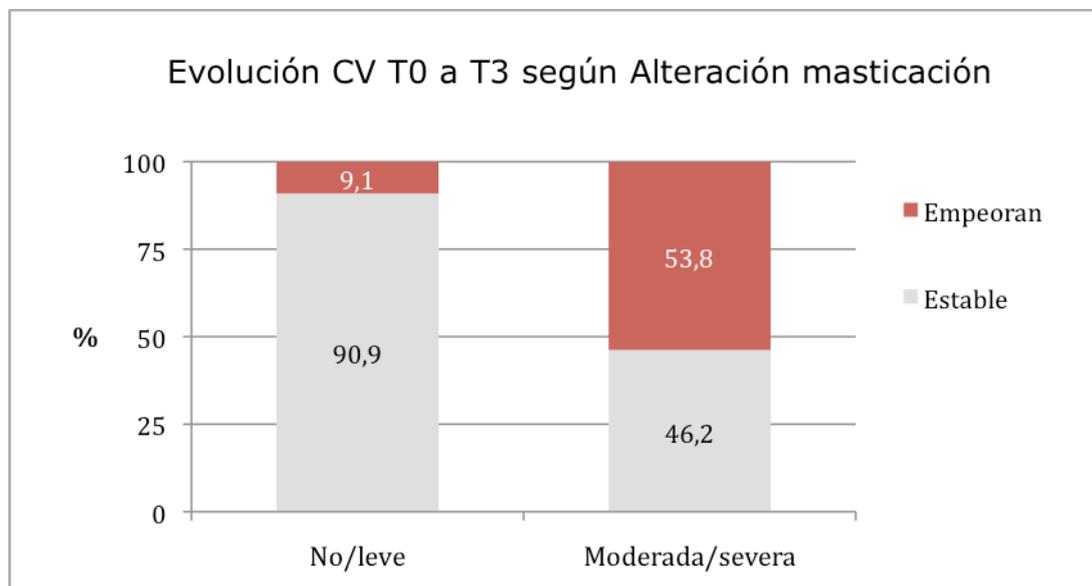
**Alteración de la masticación**

Gráfico 20. Evolución de la calidad de vida en función de la alteración de la masticación.  
Porcentaje de empeoramiento de la calidad de vida en función del grado de alteración de la masticación.

La alteración de la masticación tras la intervención también exhibe relación con el outcome estudiado ( $p=0,033$ ). Si la alteración es severa, es mucho más probable registrar un empeoramiento (T86 y T86b del anexo 7).

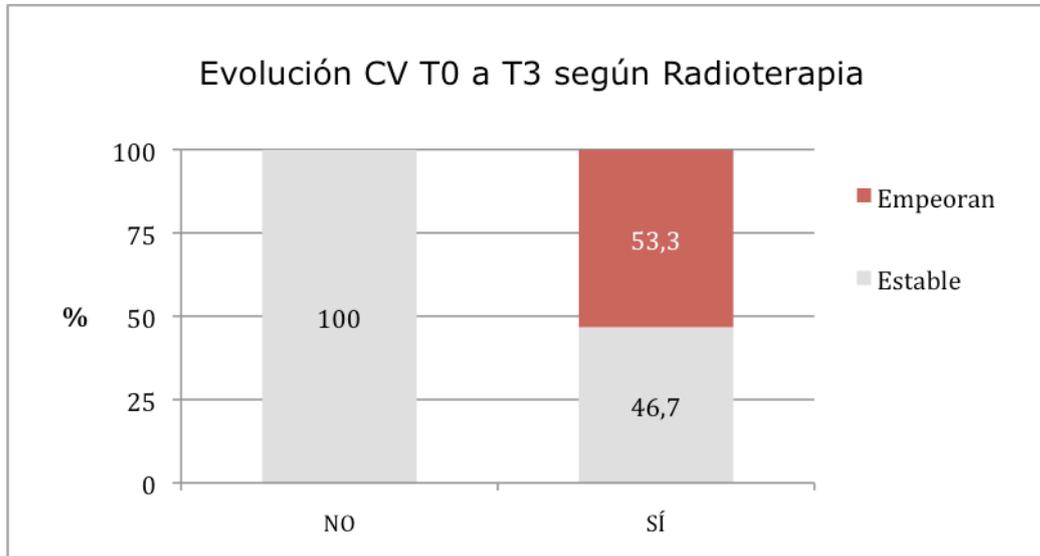
**Radioterapia**

Gráfico 21. Evolución de la calidad de vida en función del tratamiento o no, con radioterapia.  
Porcentaje de empeoramiento en la calidad de vida en función de la recepción de tratamiento con radioterapia.

Los pacientes que fueron tratados con radioterapia experimentaron una evolución de su calidad de vida más negativa ( $p=0,009$ ) (T92 y T92b anexo 7).

- Por último, algunos otros factores exhiben una cierta tendencia no significativa:
  - Los fumadores moderados-intensos ven más afectada su calidad de vida (46,7% empeoran frente a 11,1% en no/leves fumadores) (T63 y T63b anexo 7).
  - El 46,2% de los bebedores moderados/severos pierden calidad de vida de T0 a T3, frente a sólo el 18,2% de los no bebedores/ bebedores ocasionales (T64b anexo 7).
  - El vaciamiento radical implica una mayor pérdida de calidad de vida (T73 y T73b anexo 7).
  - La alteración de la masticación, esta vez tardía, también influye negativamente sobre la posibilidad de empeorar (T97 y T 97b anexo 7).
  - También son factores pronósticos negativos la alteración de la imagen tardía (T100 y T100b anexo 7) y el nivel de dolor (T101 y T101b anexo 7).

## 5.5. Interacción de variables

#### 5.5. FACTORES PRONÓSTICO DE LA EVOLUCIÓN DE COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA.

Se ha demostrado en los apartados anteriores que ciertos aspectos funcionales, como la alteración social o de la masticación, inciden directamente en la evolución de la calidad de vida del paciente. En otros no se ha encontrado una asociación directa; pero es probable que expliquen parte de la variabilidad observada en la calidad de vida global. Para profundizar en estas cuestiones, se considera ahora cada una de las variables de alteración funcional e imagen como una respuesta o variable dependiente y se trata de estudiar qué aspectos de perfil, clínicos, etc... condicionan su evolución.

En el anexo 7 descriptivo se muestran todas las tablas cruzadas para estas respuestas: alteración de deglución, masticación, social, habla, imagen y dolor.

## ALTERACIÓN DEGLUCIÓN Y DE LA MASTICACIÓN

En el apartado 5.2 se explicaba cómo la deglución tiende a empeorar desde el post-operatorio temprano a la revisión anual. La pérdida de piezas dentales (ya sea por la realización de exodoncias en la cirugía o como consecuencia de la radioterapia), origina una alteración en la masticación y consecuentemente en la deglución. Asimismo, la radioterapia origina xerostomía y pérdida de elasticidad en los tejidos, que puede ser por otra parte, uno de los factores que empeoren la deglución.

En 2010 se registran los mejores datos en cuanto a evolución del problema durante el seguimiento. Hasta un 27,3% de casos mejoran y un 63,6% permanece estable. Durante el año 2010 los pacientes intervenidos han requerido en mayor medida la exodoncia de gran parte de las piezas dentarias durante la cirugía (requiriendo 6 de los 11 casos, exodoncia de todas las piezas remanentes en boca y en 3 casos más exodoncia del menos 6 piezas en el área quirúrgica). A lo largo del año de seguimiento estos pacientes han recuperado su función masticatoria con diferentes prótesis.

## ALTERACIÓN SOCIAL

**Tabla 3.4.3.-** Evolución **alteración social entre T0 y T3** según variables independientes: prueba de Mann-Whitney (MW) o prueba de Kruskal-Wallis (KW).

	<b>p-valor</b>
SEXO	0,187 (MW)
EDAD	0,581 (KW)
PROFESIÓN	1,000 (MW)
ESTUDIOS	0,235 (MW)
INGRESOS	1,000 (MW)
ESTADO CIVIL	0,558 (MW)
FUMADOR	0,557 (MW)
BEBEDOR	1,000 (MW)
ALIMENTACIÓN	0,431 (MW)
TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA	0,610 (KW)
TNM	0,558 (MW)
PATOLOGÍA ASOCIADA	0,310 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO PRE	1,000 (MW)
LOCALIZACIÓN TUMOR	0,391 (MW)
AÑO INTERVENCIÓN	0,639 (KW)
TIPO CIRUGÍA	1,000 (MW)
VACIAMIENTO	0,525 (KW)
TRAQUEOSTOMÍA	1,000 (MW)
EXODONCIAS	0,072 (MW)
ZONA RESECCIÓN	0,893 (KW)
OSTECTOMÍA	0,536 (KW)
TIPO RECONSTRUCCIÓN	0,636 (KW)
COMPLICACIONES POST-QX	0,534 (MW)
DÍAS HOSPITALIZACIÓN	1,000 (MW)
TNM POST ANATOM-PATOLÓGICA	0,615 (KW)
BORDES QX	1,000 (MW)
ADENOPATÍA POSTERIOR	0,551 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO POST-QX	0,494 (MW)
RADIOTERAPIA	0,099 (MW)
DURACIÓN RADIOTERAPIA	0,879 (MW)
NUEVA CIRUGÍA	1,000 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO TARDÍO	0,494 (MW)

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001

No identificamos ni un solo factor pronóstico de la evolución de la afectación social.

## ALTERACIÓN HABLA

**Tabla 3.4.4.-** Evolución **alteración habla entre T0 y T3** según variables independientes: prueba de Mann-Whitney (MW) o prueba de Kruskal-Wallis (KW).

	p-valor
SEXO	0,383 (MW)
EDAD	0,836 (KW)
PROFESIÓN	0,804 (MW)
ESTUDIOS	0,235 (MW)
INGRESOS	0,881 (MW)
ESTADO CIVIL	0,907 (MW)
FUMADOR	0,861 (MW)
BEBEDOR	0,910 (MW)
ALIMENTACIÓN	0,852 (MW)
TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA	0,478 (KW)
TNM	0,861 (Chi <sup>2</sup> )
PATOLOGÍA ASOCIADA	0,473 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO PRE	0,757 (MW)
LOCALIZACIÓN TUMOR	0,259 (MW)
AÑO INTERVENCIÓN	0,453 (KW)
TIPO CIRUGÍA	<b>0,026* (MW)</b>
VACIAMIENTO	0,344 (KW)
TRAQUEOSTOMÍA	0,084 (MW)
EXODONCIAS	0,119 (MW)
ZONA RESECCIÓN	0,703 (KW)
OSTECTOMÍA	0,667 (KW)
TIPO RECONSTRUCCIÓN	0,492 (KW)
COMPLICACIONES POST-QX	0,710 (MW)
DÍAS HOSPITALIZACIÓN	0,093 (MW)
TNM POST ANATOM-PATOLÓGICA	0,503 (KW)
BORDES QX	0,770 (MW)
ADENOPATÍA POSTERIOR	1,000 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO POST-QX	0,378 (MW)
RADIOTERAPIA	0,419 (MW)
DURACIÓN RADIOTERAPIA	1,000 (MW)
NUEVA CIRUGÍA	0,639 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO TARDÍO	0,119 (MW)

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001

El tipo de cirugía afecta directamente a la evolución de los problemas de habla de los intervenidos (p=0,026). Aquellos pacientes en los que la cirugía ha implicado de algún modo la resección parcial de la lengua, son los que han presentado alteración en el habla.

**T72b.- EVOLUCIÓN ALTERACIÓN HABLA según TIPO CIRUGÍA**

		TIPO CIRUGÍA					
		Total		Resección y colgajo local		Otras	
		N	%	N	%	N	%
<b>ALTERACION HABLA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>No</b>	7	29,2%	1	7,7%	6	54,5%
	<b>Leve</b>	13	54,2%	8	61,5%	5	45,5%
	<b>Moderada</b>	1	4,2%	1	7,7%	0	,0%
	<b>Severa</b>	3	12,5%	3	23,1%	0	,0%
<b>ALTERACION HABLATARDIA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>No</b>	6	25,0%	3	23,1%	3	27,3%
	<b>Leve</b>	17	70,8%	9	69,2%	8	72,7%
	<b>Severa</b>	1	4,2%	1	7,7%	0	,0%
<b>EVOLHABLATOT3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Han empeorado</b>	4	16,7%	1	7,7%	3	27,3%
	<b>Mantienen</b>	14	58,3%	6	46,2%	8	72,7%
	<b>Han mejorado</b>	6	25,0%	6	46,2%	0	,0%

T72b: Obsérvese cómo entre los 13 pacientes intervenidos con técnica de resección y colgajo hubo un 46,2% de cambios positivos en términos de calidad de vida. Ni un solo caso entre aquéllos que se intervinieron con otras tipologías de cirugía.

## ALTERACIÓN IMAGEN

**Tabla 3.4.5.-** Evolución alteración imagen entre T0 y T3 según variables independientes: prueba de Mann-Whitney (MW) o prueba de Kruskal-Wallis (KW).

	p-valor
SEXO	0,901 (MW)
EDAD	0,252 (KW)
PROFESIÓN	0,534 (MW)
ESTUDIOS	0,546 (MW)
INGRESOS	0,264 (MW)
ESTADO CIVIL	0,482 (MW)
FUMADOR	0,290 (MW)
BEBEDOR	0,531 (MW)
ALIMENTACIÓN	0,627 (MW)
TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA	0,777 (KW)
TNM	0,861 (MW)
PATOLOGÍA ASOCIADA	0,166 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO PRE	0,099 (MW)
LOCALIZACIÓN TUMOR	0,613 (MW)
AÑO INTERVENCIÓN	0,492 (KW)
TIPO CIRUGÍA	<b>0,041* (MW)</b>
VACIAMIENTO	0,569 (KW)
TRAQUEOSTOMÍA	0,122 (MW)
EXODONCIAS	0,119 (MW)
ZONA RESECCIÓN	0,547 (KW)
OSTECTOMÍA	0,664 (KW)
TIPO RECONSTRUCCIÓN	0,688 (KW)
COMPLICACIONES POST-QX	0,065 (MW)
DÍAS HOSPITALIZACIÓN	0,119 (MW)
TNM POST ANATOM-PATOLÓGICA	0,290 (KW)
BORDES QX	0,251 (MW)
ADENOPATÍA POSTERIOR	0,843 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO POST-QX	0,537 (MW)
RADIOTERAPIA	0,093(MW)
DURACIÓN RADIOTERAPIA	0,697 (MW)
NUEVA CIRUGÍA	0,880 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO TARDÍO	0,721 (MW)

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001

También el tipo de cirugía juega un rol interesante para explicar cómo evolucionarán los pacientes en cuanto a alteración de su imagen se refiere (p=0,041).

**T72b.- EVOLUCIÓN ALTERACIÓN IMAGEN según TIPO CIRUGÍA**

		TIPO CIRUGÍA					
		Total		Resección y colgajo local		Otras	
		N	%	N	%	N	%
<b>ALTERACION IMAGEN</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>No</b>	11	45,8%	2	15,4%	9	81,8%
	<b>Leve</b>	10	41,7%	8	61,5%	2	18,2%
	<b>Moderada</b>	3	12,5%	3	23,1%	0	,0%
<b>ALTERACION IMAGEN TARDIA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>No</b>	10	41,7%	6	46,2%	4	36,4%
	<b>Leve</b>	9	37,5%	3	23,1%	6	54,5%
	<b>Moderada</b>	4	16,7%	3	23,1%	1	9,1%
	<b>Severa</b>	1	4,2%	1	7,7%	0	,0%
<b>EVOLIMAGENTO3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Han empeorado</b>	9	37,5%	2	15,4%	7	63,6%
	<b>Mantienen</b>	7	29,2%	5	38,5%	2	18,2%
	<b>Han mejorado</b>	8	33,3%	6	46,2%	2	18,2%

La tabla anterior (T72b) describe que la resección+colgajo local (sin más especificaciones) conduce a evoluciones más satisfactorias. En el grupo de estos pacientes, un 46,2% ha mejorado frente a sólo el 18,2% en el grupo opuesto.

## NIVEL DE DOLOR

**Tabla 3.4.6.-** Evolución nivel dolor entre T0 y T3 según variables independientes: prueba de Mann-Whitney (MW) o prueba de Kruskal-Wallis (KW).

	p-valor
SEXO	0,804 (MW)
EDAD	0,254 (KW)
PROFESIÓN	0,757 (MW)
ESTUDIOS	0,546 (MW)
INGRESOS	0,787 (MW)
ESTADO CIVIL	0,238 (MW)
FUMADOR	0,726 (MW)
BEBEDOR	0,277 (MW)
ALIMENTACIÓN	0,794 (MW)
TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA	0,185 (KW)
TNM	0,482 (MW)
PATOLOGÍA ASOCIADA	0,413 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO PRE	0,804 (MW)
LOCALIZACIÓN TUMOR	0,959 (MW)
AÑO INTERVENCIÓN	0,503 (KW)
TIPO CIRUGÍA	1,000 (MW)
VACIAMIENTO	0,869 (KW)
TRAQUEOSTOMÍA	0,666 (MW)
EXODONCIAS	0,569 (MW)
ZONA RESECCIÓN	0,951 (KW)
OSTECTOMÍA	0,447 (KW)
TIPO RECONSTRUCCIÓN	0,916 (KW)
COMPLICACIONES POST-QX	0,418 (MW)
DÍAS HOSPITALIZACIÓN	1,000 (MW)
TNM POST ANATOM-PATOLÓGICA	0,708 (KW)
BORDES QX	0,156 (MW)
ADENOPATÍA POSTERIOR	0,630 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO POST-QX	<b>0,033* (MW)</b>
RADIOTERAPIA	0,475 (MW)
DURACIÓN RADIOTERAPIA	0,486 (MW)
NUEVA CIRUGÍA	0,333 (MW)
IMPACTO PSICOLÓGICO TARDÍO	0,820 (MW)

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001

**T91b.- EVOLUCIÓN NIVEL DOLOR según IMPACTO PSICOLÓGICO POST**

	IMPACTO PSICOLÓGICO POST						
	Total		Adaptación		Depresión/ansiedad		
	N	%	N	%	N	%	
<b>EVOLDOLOR T0 T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	Han empeorado	7	29,2%	7	38,9%	0	,0%
	Mantienen	12	50,0%	9	50,0%	3	50,0%
	Han mejorado	5	20,8%	2	11,1%	3	50,0%

La asociación entre nivel de dolor e impacto psicológico post-quirúrgico ( $p=0,033$ ) revela que los sujetos que experimentaban dolor/ansiedad en el post-QX temprano son los que más han visto reducido su nivel de dolor (T91b).



## *6. DISCUSIÓN*



Existe un interés creciente en la valoración de la calidad de vida entre los diferentes profesionales que tratamos pacientes oncológicos. Por ello, la valoración de la calidad de vida, es una práctica cada vez más habitual. A pesar de que existen numerosos artículos publicados en los últimos años al respecto, observamos que los trabajos publicados que analizan la calidad de vida en pacientes oncológicos con tumores de cabeza y cuello no son numerosos, reduciéndose aun más el número si nos limitamos al estudio de pacientes con cáncer de la cavidad oral.

*Destacar que entre los estudios realizados que analizan la calidad de vida en pacientes con tumores de cabeza y cuello, predominan los estudios retrospectivos, por lo que la información que podemos extraer de ellos puede verse limitada. Estos estudios no analizan la calidad de vida que los pacientes presentaban antes de ser intervenidos, y por ello solamente nos dan una visión puntual de ésta, sin permitirnos analizar como habría variado después de la intervención. Nuestro estudio, al ser un estudio prospectivo, nos permite valorar la evolución de la calidad de vida de nuestros pacientes e identificar qué actuaciones son las que modifican la calidad de vida a lo largo del periodo de seguimiento, así como evaluar la influencia del tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento de la percepción de bienestar del paciente.*

El tratamiento quirúrgico del cáncer de la cavidad oral a menudo implica una amplia resección de los tejidos afectados, con un margen oncológico adecuado. Este tratamiento repercute por un lado a nivel funcional, provocando una alteración en la deglución, masticación y en la función fonatoria, y por otro lado, tiene una repercusión estética, que puede conllevar un aislamiento social del paciente. Estas alteraciones pueden hacer que el paciente que sobrevive a estos tumores, presente una disminución en su calidad de vida tras la cirugía, no solamente en el postoperatorio inmediato, si no también a largo plazo.

Todos los estudios actuales nos dirigen hacia la idea de que los efectos del tratamiento deben medirse, tanto en términos de calidad, como en años de supervivencia. Si prescindimos de la evaluación de la calidad de vida, podemos caer en el error de estimar exitoso un tratamiento, a pesar de ser el responsable de un funcionamiento psicosocial pobre, o de presentar una mala adaptación a la enfermedad.

Los instrumentos utilizados para medición de calidad de vida se basan en la recopilación de información por medio de cuestionarios, que reflejan la percepción que presentan los pacientes de su calidad de vida.

Necesitamos obtener un método de evaluación de resultados clínicos diferente a los empleados con anterioridad. La evaluación de la calidad de vida nos aporta información valiosa para determinar cual puede ser el tratamiento óptimo para cada paciente, en función de sus características personales y de las variables clínicas observadas. Nos permite observar y analizar las diferencias entre los distintos tratamientos, y como éstos repercuten en la calidad de vida de los pacientes. El estudio de la calidad de vida es cada vez más importante en la evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas<sup>16,17</sup>.

Podemos encontrar numerosos cuestionarios que se han utilizado para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer. Cabe destacar el cuestionario de la EORTC (la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer), y en concreto uno de los módulos creados, el QLQ-H&N35, que se emplea con tumores de cabeza y cuello. Este módulo ha sido creado para evaluar aspectos específicos de determinados tipos de

tumores. Las preguntas evalúan síntomas relacionados con la enfermedad, los efectos secundarios y otros aspectos relacionados con el tratamiento, o dimensiones adicionales de la calidad de vida, como la sexualidad, la imagen corporal, o el miedo a una recaída. Este cuestionario ha sido validado en varios países, entre los que se encuentra España<sup>4,17,31,18,2,47</sup>. Para nuestro estudio nos decantamos por este cuestionario, ya que recopilaba de manera más específica la calidad de vida de los pacientes con tumores de cabeza y cuello. La selección de este cuestionario, entre los numerosos existentes, intentaba recopilar la mayor información útil posible sin que su realización fuera molesta e insidiosa para el paciente.

A la hora de tomar una decisión terapéutica, debemos tener en cuenta, como punto de referencia importante en la toma de decisiones, la calidad de vida de los pacientes, considerándose ésta como una pieza fundamental en la elección de la decisión terapéutica. La medición de la calidad de vida es compleja, y debemos usar los test más adecuados a las características de cada tumor, para evitar dejar sin valorar aspectos importantes y específicos de cada tumor, en cuanto a localización y secuelas funcionales y estéticas.

### **Discusión sobre la factibilidad.**

A pesar de que existen numerosos estudios que intentan evaluar el bienestar general de los pacientes con tumores de cabeza y cuello, persiste cierta desconfianza en que la calidad de vida sea una variable factible de objetivar. Slevin & cols, en su estudio intentan comprobar la capacidad de los profesionales de la medicina para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer. En su estudio concluyen que para estudiar la calidad de vida de un paciente con cáncer, debe desarrollarse desde la perspectiva del paciente y no del personal sanitario<sup>183</sup>.

La medición de calidad de vida debería ser incorporada a la evaluación rutinaria de los pacientes oncológicos de cabeza y cuello, analizándose en diferentes momentos de su evolución, para poder evaluar más oportunamente las áreas problemáticas a reforzar.

A pesar de que la cumplimentación de los cuestionarios podía ser mediante entrevista personal, telefónica o autoadministrado, en nuestro estudio nos decantamos por la entrevista personal, siendo el investigador el que leía y cumplimentaba el test con las respuestas aportadas por el paciente, ya que las características de nuestros pacientes así lo aconsejaban. Encontramos que algunos pacientes, por su edad o por su nivel de estudios, tenían dificultad en la interpretación y comprensión de las preguntas, o no sabían leer<sup>96,97</sup>.

### **Discusión sobre la metodología y tamaño muestral.**

Nuestro estudio, por tratarse de un estudio prospectivo, nos da una visión dinámica de la evolución de la calidad de vida de los pacientes a lo largo del seguimiento. Se optó por la realización de estudio prospectivo, descartando la realización de un estudio transversal, ya que éstos presentan la limitación de valorar la calidad de vida en un momento determinado, sin analizar los cambios respecto al tiempo o los efectos directos antes-después del tratamiento en el paciente.

En el apartado de metodología se describen con detalle los criterios de inclusión y exclusión para la selección de casos de la muestra. Nuestra serie de pacientes constituye un grupo relativamente homogéneo. El número de casos es de 24. Se excluyeron del estudio los pacientes que presentaban carcinomas epidermoides de mucosa oral *in situ*, ya que en estos tumores, *a priori*, no se preveía que la calidad de vida fuese afectada tras la resección del tumor, dado las limitadas dimensiones de la lesión y la mínima cirugía empleada en su resección. Por ello, la inclusión de estos casos podía alterar los resultados de calidad de vida global, en el caso de ser incluidos en el estudio. Señalar por tanto, que el número total de casos de carcinoma epidermoide de mucosa oral, diagnosticados y tratados en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2009 y 2012, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial de Hospital Universitario y Politécnico de La Fe de Valencia, es superior al número total de casos del estudio, ya que entre los casos no incluidos se encontraban pacientes con carcinoma *in situ* que no se reclutaron para el seguimiento.

Nuestro tamaño muestral es limitado, a 24 pacientes. El reducido número de pacientes estudiados se basa en el intento de aumentar la validez externa del estudio, a fin de poder extraer conclusiones relevantes, evitando los sesgos de selección. El investigador ha indicado unos criterios de selección estrictos ajustándose a la definición del la OMS de cáncer oral, donde se agrupa bajo esta denominación a *“las lesiones asentadas en la porción móvil de la lengua, suelo de boca, mucosa yugal, mucosa del reborde alveolar superior e inferior y paladar. Asimismo, se plantea la conveniencia de analizar separadamente las lesiones cancerosas en labio, orofaringe y glándulas salivares”*.

Hemos encontrado muy pocos artículos que estudien la calidad de vida en pacientes con cáncer de la cavidad oral, observando que en numerosas ocasiones no discriminaban entre las distintas neoplasias que podíamos encontrar en la cavidad oral, o se estudiaban todos los tumores que se presentaban sin eliminar otras estipes tumorales que no correspondían a carcinoma epidermoide. Por ello, la comparación de resultados resulta complicada debido a presencia de muestras heterogéneas que dificultan la reproductividad y comparación entre los estudios. Asimismo, en otros estudios se incluían como tumores de la cavidad oral los tumores que afectan a los labios, sin poder aislar los tumores que correspondían exclusivamente a tumores de cavidad oral. Bozec & cols., en su estudio prospectivo multicéntrico de calidad de vida tras una cirugía, estudia una muestra de 58 pacientes que presentaron carcinoma escamoso de orofaringe entre los años 2002 y 2015, y a los que se les realizó colgajo microvascularizado radial. En este estudio se agrupaban pacientes tanto con tumores primarios como recurrentes, y no se separaban los tumores de cavidad oral del resto de tumores de orofaringe<sup>36</sup>. Álvarez-Buylla y González-Botas, en su estudio prospectivo sobre la evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos, estudian de manera agrupada los carcinomas de orofaringe, laringe o hipofaringe, correspondiendo a carcinoma de orofaringe el 26,4% (14/53), haciendo un seguimiento de estos pacientes a los 3 y 6 meses tras la intervención<sup>11</sup>. Weymuller & cols., en su estudio prospectivo de calidad de vida<sup>207</sup>, estudian una muestra de 549 pacientes, de los cuales solamente 364 cumplen el criterio de carcinoma escamoso, siendo el resto correspondientes a otras estirpes tumorales. En este estudio se incluyeron tumores tanto de cavidad oral, orofaringe, hipofaringe, como laringe.

Los tumores de cavidad oral presentan una gran diversidad a nivel histológico y de localización. El carcinoma epidermoide oral es el tumor maligno más frecuente en la cavidad oral. Los factores de riesgo asociados a la aparición de tumores en la cavidad van a ser diferentes según la región afectada y el tipo histológico tumoral. Por otra parte,

según el tipo de tumor desarrollado, encontraremos una sintomatología diferente al diagnóstico, una diferente forma de progresión, y distintas características epidemiológicas. Por tanto, hemos de hacer incapié en la necesidad de realizar estudios homogéneos de determinadas áreas y tipos histológicos, ya que según el tipo de tumor y su localización, las características clínicas serán diferentes. La cavidad oral y la orofaringe comparten características histológicas e idénticos factores de riesgo (tabaco y alcohol)<sup>111,163</sup>.

En nuestro estudio nos centramos en los tumores mucosos de la cavidad oral, que histológicamente corresponden a carcinoma epidermoide, en un intento de determinar, de la manera más concreta y reproducible, la calidad de vida de los pacientes afectados por esta patología, evitando tumores de otras estirpes o que inicialmente no fueran mucosos y su afectación mucosa hubiera sido como consecuencia de la progresión de la lesión.

## **Discusión sobre el tiempo de seguimiento y el momento de pasar los distintos cuestionarios.**

A la hora de seleccionar el tiempo de seguimiento se optó por 1 año, ya que la mayor variación de la calidad de vida se producía durante el 1er año tras la cirugía. Este seguimiento se observa en estudios similares, que hacen un seguimiento de la calidad de vida entorno al año <sup>199,191,207</sup>. Este estudio no es un estudio de supervivencia, aunque se dejan reflejadas las causas de mortalidad en los 4 pacientes que durante el seguimiento fallecieron. La limitación del estudio de calidad de vida al 1er año de seguimiento, puede hacer que no observemos un empeoramiento en la calidad de vida en aquellos pacientes que presenten una mayor pérdida al finalizar el 1er año, por lo que sería interesante realizar estudios posteriores de seguimiento más a largo plazo de estos pacientes. Por ello, en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, vamos a realizar tras finalizar este estudio, un seguimiento de la calidad de vida de todos nuestros pacientes durante todo el periodo de asistencia en nuestro Servicio.

En este estudio, se analizó cual era la calidad de vida durante el primer año tras la cirugía, y como evolucionaba a lo largo de ese año. Para ello, realizamos una serie de 4 entrevistas, que comenzaban el día que el paciente recibía el diagnóstico de carcinoma epidermoide oral (en ella cumplimentábamos un cuestionario inicial de calidad de vida y otro cuestionario donde se recogían datos de filiación y clínicos), una segunda entrevista al mes de la cirugía (antes de recibir tratamientos coadyuvantes si eran subsidiarios de ello), una tercera entrevista a los seis meses tras la cirugía, para evitar que la calidad de vida que medíamos pudiera estar afectada por los tratamientos coadyuvantes (si los había recibido), y una cuarta entrevista al año, ya que la situación del paciente, en la mayor parte de los casos, está estable a partir del primer año. En nuestro estudio elegimos estas fechas de recopilación de información coincidiendo con distintos estudios publicados en los que se recogen datos de calidad de vida<sup>199,191</sup>.

## **Discusión sobre la evolución de la calidad de vida durante el primer año tras la cirugía.**

Tras realizar el análisis estadístico de los datos, observamos una disminución de la calidad de vida a corto plazo más acusada, para ir disminuyendo progresivamente a lo largo del primer año. A pesar de que al mes de la intervención aun no encontramos una

evidencia suficiente de la pérdida de calidad de vida, tras el análisis estadístico de los datos, observamos una mayor asociación a los 6 meses y ésta alcanza asociación estadísticamente significativa al año. Constatamos una buena calidad de vida en un 91,7% de los casos antes de la cirugía, observando una reducción progresiva a lo largo del primer año que disminuye el porcentaje de pacientes con buena calidad de vida hasta el 58,3% de los casos al año de la intervención.

No hemos identificado, tras el análisis de los datos, muchos factores que determinen significativamente la evolución de la calidad de vida. Solamente hemos encontrado asociación entre una peor calidad de vida y la presencia de patologías asociadas, la realización de vaciamiento cervical y la alteración social tardía. Pero debemos de ser prudentes a la hora de extraer conclusiones, ya que debido al reducido tamaño muestral, y en ocasiones a la fragmentación de la muestra, es complicado encontrar relaciones significativas. Por ello, durante la realización del análisis estadístico de los datos optamos por una estrategia alternativa, en la que se evaluaba si la calidad de vida global había empeorado, o se había mantenido. Observando que en un 33,3 % de los pacientes había empeorado la calidad de vida, pasando de buena a regular, y de regular a mala, durante el primer año.

## **Discusión sobre las variables estudiadas y la influencia de estas variables sobre la valoración de la calidad de vida.**

Los estudios de calidad de vida nos ayudan a identificar variables que pueden afectar negativamente a la calidad de vida. La detección y modificación de estas variables nos puede llevar a un incremento en la calidad de vida. El objetivo es ayudar en la selección de alternativas terapéuticas, que con similares resultados de supervivencia y control de la enfermedad, no generen una pérdida en la calidad de vida, o que repercutan positivamente en ésta.

### Sexo:

Nuestra muestra estaba formada por 24 pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide mucoso oral, estadios I-IV, intervenidos en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Se trataba de 17 varones (70,8%) y 7 mujeres (29,2%) que configuran la muestra efectiva de 24 pacientes. La afectación predominante en varones se correlaciona con otros estudios publicados<sup>36,11</sup>.

La incidencia de estos tumores es muy baja todavía entre las mujeres, ya que los hábitos tóxicos, como el tabaquismo y alcoholismo, aun no están tan extendidos en el género femenino. No obstante, se aprecia un aumento en la tendencia al consumo de estos tóxicos entre las mujeres.

### Edad:

La edad media era  $61,3 \pm 11,6$  años, con un rango entre 36 y 82 años. Estos pacientes fueron intervenidos entre los años 2009 y 2012. Nuestra cohorte de pacientes estudiados coincide, a nivel de las características demográficas, con la mayoría de trabajos publicados. Bozec & cols. en su estudio presentan una media de 62,5 años (rango 38-92)<sup>36</sup>. El rango de edad con mayor incidencia en nuestro estudio corresponde al grupo entre 56 y 70 años. Encontramos en las distintas series bibliográficas publicadas que, en general, los

cánceres de cabeza y cuello presentan una mayor incidencia en el grupo de edad entre 60 y 69 años. Asimismo, las publicaciones nos señalan una baja incidencia de este tipo de lesiones en pacientes jóvenes menores de 40 años<sup>150,87</sup>.

Señalar también, que los pacientes más jóvenes, así como los pacientes que tienen más nivel de estudios, son los que han manifestado una mayor pérdida de calidad de vida percibida.

#### TNM:

El estadiaje de la enfermedad en el momento del diagnóstico es el mayor factor predictivo sobre el pronóstico de la misma<sup>186</sup>. Al estudiar la posible relación entre el estadio TNM de los cánceres, y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que un estadio más avanzado induce a una peor evolución. En nuestro estudio el 41,7% de los pacientes se encontraban en estadio IV al diagnóstico. Observamos que del total de pacientes que se encontraban en T3/T4 empeoraban su calidad de vida un 71,4 % de los casos, mientras que en ningún caso empeoraba la calidad de vida en los pacientes con T1, y solamente empeoraba la calidad de vida al año en un 33,3% de los casos que con T2.

#### Patologías asociadas:

Observamos co-morbilidad asociada en un 70,80% de la muestra estudiada (el 25% de los pacientes presentaban segundos tumores primarios, el 16,70% presentaban alguna alteración metabólica, el 8,30% HTA, el 8,30% cardiopatía isquémica y un 12,50% otras alteraciones). Entre los pacientes que no presentaban otras patologías, el empeoramiento de la calidad de vida se producía los primeros 6 meses tras la cirugía, y posteriormente se recuperaba al año de la intervención en un 71,4% de los pacientes. La presencia de otros tumores afectaba la calidad de vida en mayor medida pasados los primeros 6 meses tras la cirugía. Y entre los pacientes que presentaban otras patologías asociadas no tumorales, la pérdida de calidad de vida era progresiva, desde el inicio del estudio hasta el 1er año. Observamos que otros autores en sus trabajos también han detectado esta asociación entre empeoramiento de la calidad de vida y presencia de co-morbilidad en los pacientes estudiados<sup>194</sup>. Existen numerosos estudios que evalúan la implicación del virus del papiloma humano como posible agente etiológico a tener en cuenta en la patogenia del cáncer oral<sup>126,28,124</sup>.

#### Tratamientos quirúrgicos:

Destacar la dificultad a la hora de discernir entre el grado de afectación de la calidad de vida que corresponde al tratamiento terapéutico empleado en estos pacientes, y el grado de afectación que ya presentan por el hecho de ser pacientes en estadios más avanzados. Asimismo, un paciente en estadio más avanzado, requerirá tratamientos más agresivos para el control de su enfermedad, que implicarán una peor calidad de vida.

El objetivo del tratamiento quirúrgico en los pacientes con tumores de cabeza y cuello es lograr el control locorregional del tumor y la supervivencia del paciente, además de ocasionar un mínimo de daños funcionales y/o estéticos<sup>150,87</sup>. Es aconsejable que los planes de tratamiento se planifiquen por un comité multidisciplinario, en consenso con el paciente, tras haber consultado su opinión.

La cirugía oncológica en pacientes con tumores de cabeza y cuello busca el control de la enfermedad y la preservación y rehabilitación de funciones como respiración, deglución, fonación, y aspecto físico<sup>9</sup>. El cáncer de cabeza y cuello incluye un grupo muy heterogéneo de enfermedades; incluso agrupando un gran número de pacientes, la estratificación por localizaciones diluye el efecto que cualquier elemento importante puede ejercer sobre una determinada localización<sup>91</sup>. Por ello, en nuestro estudio hemos intentado ser lo más selectivos posibles a la hora de definir los casos de nuestra muestra, en un intento de obtener una muestra más homogénea que dé mayor valor a los resultados obtenidos.

A pesar de que de manera aislada no hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre la alteración de la calidad de vida y el tipo de cirugía empleada, observamos que el tipo de cirugía afecta directamente a la evolución de los problemas de habla en los pacientes intervenidos, observando cambios positivos (mantienen o mejoran) en términos de calidad de vida al año, en aquellos pacientes en los que el tipo de cirugía realizado había sido resección y colgajo local (92,4% de los casos). Hemos de señalar que este tipo de cirugía se emplea mayoritariamente en estadios T1-T2, en los que la resección requerida es menor, por lo que debemos plantearnos que quizás la realización de un estudio posterior para evaluar que grado de alteración corresponde al tipo de cirugía empleada y que el grado de alteración se debe a la cantidad de tejido resecado. Asimismo, Bozec & cols. en su estudio tampoco encontraron correlación entre la alteración de la calidad de vida y el tipo de tratamiento empleado<sup>36</sup>.

Observamos que en aquellos pacientes en los que el tipo de cirugía realizado se limitó a resección y colgajo local presentaron una evolución más favorable en la evolución de la alteración de la imagen corporal al año de la intervención (en un 84,7 % de los casos, mantienen o mejoran), esto se corresponde, como señalamos anteriormente, a la menor resección requerida por corresponder a estadios inferiores.

Asimismo, los pacientes en los que el tipo de reconstrucción fue colgajo microvascularizado radial (pacientes en estadios más avanzados), empeoraron su calidad de vida en un 77,8% al año de vida, frente a un 14,3% de los pacientes en los que se empleó otro tipo de reconstrucción.

Otra variable estudiada en nuestro estudio, que repercute negativamente en la calidad de vida, es la realización de vaciamiento cervical (el 83,30% de la muestra). Observándose que en aquellos pacientes en los que no fue necesario la realización del mismo, la calidad de vida permanecía prácticamente constante, con una buena calidad de vida al final del 1er año. Señalar que se observa una peor calidad de vida en función de la amplitud del vaciamiento cervical, presentando peor calidad de vida los pacientes a los que se les realizó el vaciamiento radical modificado (el 8,3% de la muestra).

La necesidad de realizar traqueostomía, para preservar la vía aérea en el postoperatorio inmediato, se correlaciona con una peor calidad de vida. Constatamos un empeoramiento en la calidad de vida en un 57,1% de los pacientes a los que se les practicó la traqueostomía, mientras que ninguno de los pacientes a los que no se le realizó presentó empeoramiento en su calidad de vida.

## Complicaciones postquirúrgicas:

Señalar que encontramos, próxima a la significación estadística, la afectación de la calidad de vida como consecuencia de la presencia de complicaciones post-quirúrgicas (en un 29,2% de la muestra). Detectando que estas complicaciones afectan negativamente a la calidad de vida de nuestros pacientes. No hemos encontrado en la bibliografía consultada ninguna referencia a la relación entre la calidad de vida y la aparición de complicaciones postquirúrgicas.

## Tiempo de hospitalización:

El tiempo de hospitalización, cuando se prolongaba más allá de los 15 días, afectaba negativamente a la calidad de vida (53,8% de los casos), frente a un empeoramiento de la calidad de vida en 9,1% de los casos en los que su hospitalización había sido inferior a 15 días.

Hemos de señalar que esta variable se puede ver afectada a su vez por otras variables tales como: la aparición de complicaciones postoperatorias, la presencia de enfermedades asociadas y la realización de cirugía más agresiva.

## Otros tratamientos:

Al estudiar la posible relación entre el tratamiento de los cánceres y la afectación en la calidad de vida de los pacientes, observamos que, los pacientes con cánceres tratados con cirugía + radioterapia y/o quimioterapia presentaron peor calidad de vida en diferentes estudios publicados<sup>75,69,11</sup>.

Respecto al tratamiento que recibió nuestra muestra de 24 pacientes, el 37,5% fueron tratados exclusivamente con cirugía, recibieron tratamiento con radioterapia asociada un 62,5% de los pacientes, y se administró quimioterapia en un 12,5% de la muestra. El tratamiento con radioterapia afecta negativamente a la calidad de vida, pasando de buena-regular el 1er mes tras cirugía, antes de recibir radioterapia, a regular-mala el 6º mes tras recibir radioterapia, observando que un 40% de los pacientes han empeorado su calidad de vida. Por este motivo, hemos de señalar, que en los pacientes con cánceres de cavidad oral y orofaringe, que presenten lesiones quirúrgicamente extirpables, debería considerarse el tratamiento quirúrgico inicial como la alternativa terapéutica más adecuada, por ofrecer una supervivencia mayor, un menor índice de recidiva y un menor número de muertes. Pudiendo considerar la asociación de radioterapia complementaria dependiendo del tamaño del tumor primario, y de la presencia, o no, de adenopatías.

Observamos que en el tratamiento rehabilitador, y el apoyo psicológico y físico, son importantes para una recuperación más íntegra del paciente como individuo, y no sólo como paciente portador de secuelas funcionales y estéticas. En nuestro estudio, un 12,5% de la muestra requirió tratamiento por parte de foniatría, y un 16,7% recibió tratamiento de psicoterapia. Hemos de señalar que en todos los casos, tras el diagnóstico de un paciente oncológico, se informa a los pacientes y a la familia de la posibilidad de ser

remitidos a los psicooncólogos de nuestro hospital, para valoración y tratamiento si procede, y en el caso de que el paciente o la familia nos lo indique, son remitidos.

### Hábitos tóxicos:

Podemos encontrar en la bibliografía médica numerosos estudios que analizan de manera detallada la asociación entre tabaco y alcohol como factores de riesgo, señalando su implicación e importancia en el desarrollo de cáncer oral, y catalogándolos como los factores de riesgo más importantes en su desarrollo, así como en la mayoría de los cánceres de cabeza y cuello<sup>125,79</sup>. Por otra parte, observamos que existe un número no despreciable de pacientes que, a pesar de no tener hábitos tóxicos, también desarrollan este tipo de tumores, hecho que nos lleva a plantearnos cuales pueden ser los factores de riesgo para estos pacientes.

En lo referente al consumo de hábitos tóxicos, observamos que el 66,70% de la muestra eran fumadores (4,20% ocasionales, 8,30 % moderados y 54,20% severos), y un 66,70% consumían alcohol (12,50% ocasionales, 16,70% moderados y 37,50% severos), dichas cifras se correlacionan con los diferentes estudios consultados<sup>111,205,163</sup>.

### Relaciones sociales:

También hemos observado en nuestro estudio que aquellos pacientes que manifestaban tener una alteración en sus relaciones sociales, originada por los tratamientos recibidos como consecuencia de padecer carcinoma oral, experimentaron un empeoramiento sustancial de su calidad de vida, al año de la intervención.

Hemos encontrado otros factores que presentan una cierta tendencia a empeorar la calidad de vida, aunque hemos de señalar que no presentan una significación estadística, por lo que la realización posterior de un estudio, con un mayor tamaño muestral y de mayor tiempo de seguimiento, quizás podría encontrar una asociación significativa. Entre estos factores destacamos: ser fumadores moderados/severos, realización de vaciamiento cervical radical, alteración de la masticación y alteración de la imagen corporal tardía.



## *7. CONCLUSIONES*



## 7.1 Conclusiones.

1. El 91,7% de los pacientes presenta una buena calidad de vida antes de la cirugía. La intervención implica un deterioro progresivo de la calidad de vida a lo largo del año de seguimiento (*conclusión referida al objetivo específico número 1*).

2. Un estadio TNM elevado incrementa la probabilidad de una evolución negativa, induciendo a una peor evolución y una mayor pérdida de calidad de vida (*conclusión referida al objetivo específico número 2*).

3. No hemos constatado asociación estadísticamente significativa, entre la localización del tumor y una mayor pérdida de calidad de vida (*conclusión referida al objetivo específico número 3*).

4. La realización de cirugía implica una pérdida de calidad de vida, que sólo se manifiesta a partir de la revisión semestral. Las cirugías complejas que requieren reconstrucción con colgajo microvascularizado radial, vaciamiento cervical y/o traqueostomía, implican una mayor pérdida de calidad de vida. Las grandes reconstrucciones que requieren colgajos complejos afectan al habla y a la imagen corporal, asociándose a peor calidad de vida (*conclusión referida al objetivo específico número 4*).

5. La recepción de tratamiento coadyuvante con radioterapia se asocia a una mayor pérdida de calidad de vida (*conclusión referida al objetivo específico número 5*).

6. La alteración en la masticación implica una disminución de calidad de vida (*conclusión referida al objetivo específico número 6*).

7. Los pacientes más jóvenes manifiestan una mayor percepción en la pérdida de calidad de vida. Asimismo, se ha constatado que también perciben esta disminución los pacientes con nivel de estudios superiores (*conclusión referida al objetivo específico número 7*).

8. Una hospitalización prolongada, la concomitancia de otras enfermedades y la presencia de complicaciones post-quirúrgicas se asocia a una peor calidad de vida. Por último, los sujetos con un impacto psicológico postquirúrgico más insatisfactorio, son los que más consiguen reducir su nivel de dolor, de forma paralela a la mejora en su estado anímico (*conclusión referida al objetivo general*).



## 8. BIBLIOGRAFÍA



1. Aaronson, N.K. (1990). Quality of life research in cancer clinical trials: A need for common rules and language. *Oncology*, 4, 59-66.
2. Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S., Sprangers, M. (1995). *The EORTC modular approach to Quality of Life assessment in Oncology: up date. En B. Spilker ed. Quality of Life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2q edicion. Nueva Yo & Roven Press, 1, 65-1 83.
3. Aaronson, N.K. (1993). Assessment of quality of life benefits from adjuvant therapies in breast cancer. *Recent Resuts Cancer Res*, 127,201-10.
4. Aaronson, N.K., Ahmeddzai, S., Bullinger, M. (1993). The European Organization for Research and Theatment of Cancer Head and Neck 35: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*, 85, 365-76.
5. Aarosan, N.K., Ahmeddzai, S., Bullinger, M., Crabeels D, Estape J, Filibert A, et al. (1991). *The EORTC core quality of life questionnaire: interim results of an international field study. En: Osoba D (Ed). Effect of Cancer on Quality of Life*. CRC Press. Boston, 185-203.
6. Aarosan, N.K., Leemans, C.R. (2007). Quality of life functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pretreatment values of a prospective study. *European Archives of Otorhino-laryngology*. 2007; 264(6), 651-657.
7. Abram, M.H., Van Heerden, W.F., Rheeder, P., Girdler Brown, B.V., Van Zyk, A.W. (2012). Epidemiology of oral squamous cell carcinoma. *SADJ*, 67(10), 550-3.
8. Acosta, M., Infante, P., García-Perla, A., Torres, E., Belmonte, R., Gutiérrez, J.L. (2006). Colgajo libre radial de doble paleta cutánea para reconstrucción de lengua y suelo de boca. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofa*, 28 , 5 :set.-out Madrid .
9. Alicikus, Z. A., Akman, F., Ataman, O. U., Dag, N., Orcin, E., Bakis, B., & Kinay, M. (2009). Importance of patient, tumour and treatment related factors on quality of life in head and neck cancer patients after definitive treatment. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 266(9), 1461-1468.
10. Allison, P.J., Locker, D., Feine, J.S. (1997). Quality of life: a dynamic construct. *Social Science and Medicine*, 45(2), 221-230.
11. Álvarez-Buylla, M., Herranz, J. (2011). Quality of life evolution in patients alter surgical treatment of larygeal, hypopharyngeal or oropharyngeal carcinoma. *Acta Otorrinolaringológica Española*. 62(2):103-112.
12. Andersen, P. E., Cambroner, E., Shaha, A. R., Shah, J. P. (1996). The extent of neck disease after regional failure during observation of the N 0 neck. *The American Journal of Surgery*, 172(6), 689-691.
13. Ang, K.K., Wheeler, R., Weber, R., Rosenthal, D.I., Nguyen-Tan, P.F. (2010). Human papillomavirus and survival of patients with oropharyngeal cancer. *N Engl J Med*, 363(1), 24-35.
14. Angelo A.R., Medeiros A.C.D., & De Biase R.D.C.C. (2010). Quality of life in patiens with cancer of head and neck. *Revista de Odontología de UNESP*, 39(1), 1-7.

15. Annertz, k., Anderson, H., Biorklund, A. (2002). Incidence and survival of squamous cell carcinoma of the tongue in Scandinavia, with special reference to young adults. *Int J Cancer*, 101, 95-9.
16. Arraras, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E., Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) quality of life questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. *Psychooncology* , 11(3), 249-256.
17. Arraras, J. I., Arias, F., Tejedor, M., Vera, R., Pruiá, E., Marcos, M., .... y Valerdi, J.J. (2001). El cuestionario de Calidad de Vida para tumores de cabeza y cuello de la EORTC QLQ-HFN35. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología*, 482- 491.
18. Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A. y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98.
19. Babin, E., Sigston, E., Hitier, M., Dehesdin, D., Marie, J.P., Choussy, O. (2008). Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European Archives of Otorhino-laryngology*. 265(3), 265-270.
20. Badia, X., Salamero, M., Alonso, J. (2002). *La media de la salud: Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Edimac, 217-24 y 227-35.
21. Bagán, J.V., Scully, C. (2006). *Medicina y Patología Oral*. Ed. Medicina Oral, S.L. 128-129.
22. Barrios, A., Montero, J., González-Moles, M.A., Baca, P., Bravo, M. (2013). Levels of scientific evidence of the quality of life in patients treated for oral cancer. *Medicina oral, Patología oral y Cirugía bucal*, 18(4), e578.
23. Baumann, I., Seibolt, M., Zalaman, I., Dietz, K., Maassen, M., Plinkert, P. (2006). Quality of life in patients with oropharyngeal carcinoma primary surgery and postoperative irradiation. *The Journal of Otolaryngology*, 35(5), 332-337.
24. Becker, S.T., Menzebach, M., Küchler, T., Hertrampf, K., Wenz, H.J., Wiltfang, J. (2012). Quality of life in oral cancer patients- effects of mandible resection and socio-cultural aspects. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 40(1), 24-27.
25. Beeken, S.W., Krontiras, H., Maddox, W.A., Peters, G.E., Soong, S., Urist, M.M. (1999). T1 and T2 squamous cell carcinoma of the oral tongue: prognostic factors and the role of elective lymph node dissection. *Head Neck*, 21, 124-30.
26. Benowitz, N.L., Pérez-Stable, E.J., Herrera, B., Jacob, P. (2002). Slower metabolismo and reduced intake of nicotine from cigarette smoking in Chinese-Americans. *J.Natl Cancer Inst*, 94(2), 108-115.
27. Bernát, L., Hrusák, D. (2014). Hypothyroidism after radiotherapy of head and neck cancer. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 42(4), 356-361.

28. Betiol, K., Villa, L.L., Sicheo, L. (2013). Impact of HPV infection on the development of head and neck cancer. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 46(3), 217-226.
29. Bhattacharyya, N. (2004). Survival and prognosis for cancer of the submandibular gland. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 62(4), 427-430.
30. Binahmed, A., Nason, R.W., Abdoh, A.A. (2007). The clinical significance of the positive surgical margin in oral cancer. *Oral Oncol*, 43, 780-784.
31. Bjordal, K., de Graeff, A., Fayers, P.M. (2000). A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ H&N35) in head and neck patients. *Eur. J. Cancer*, 36(14), 1796-1807.
32. Bjordal K, Hammerlid E, Ahlner-Elmqvist M, et al. (1999). Quality of life in head and neck cancer patients: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-H&N35. *J Clin Oncol*, 17, 1008-1019.
33. Blanco M.A.B., González-Botas, J.H. (2011). Evolución de la calidad de vida en pacientes intervenidos de carcinoma epidermoide de orofaringe, laringe o hipofaringe. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 62(2), 103-112.
34. Boffetta, P., Hasnibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*, 7(2), 149-156.
35. Borggrevén, P.A., Verdonck de Leeuw, I.M., Muller, M.J., Heiligers, M.L., de Bree, R., Aaronson, N.K., Leemans, C.R. (2007). Quality of life and functional status in patients with cancer of the oral cavity and oropharynx: pretreatment values of a prospective study. *European Archives of Otorhino-laryngology*, 264(6), 651-657.
36. Bozec, A., Demez, P., Gal, J., Chamorey, E. & cols. (2018). Long-term quality of life and psycho-social outcomes after oropharyngeal cancer surgery and radial forearm free-flap reconstruction: A GETTEC prospective multicentric study. *Surgical Oncology*. 27;23-30.
37. Brockstein, B., Volkes, E. (2012). Locally advanced squamous cell carcinoma of head and neck: Approaches combining chemotherapy and radiation therapy. *UpToDate Online Journal (serial online)*. Waltham, M.A.
38. Brown, J.S., Griffith, J.F., Phelps, P.D., Browne, R.M. (1994). A comparison of different imaging modalities and direct inspection alters periosteal stripping in predicting the invasion of the mandible by oral squamous cell carcinoma. *Br. J Oral Maxillofac Surg*, 32, 347-359.
39. Butt, M.A., Chindia, M.L., Rana, F., Machigo, F.G. (2008). Pattern of head and neck malignant neoplasms in HIV-infected patients in Kenya. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 37(10), 907-911.
40. Byrd, D.R., Compton, C.C., Fritz, A.G., Greene, F.L., Trotti, A.I.I.I.I. (2010). *AJCC Cancer Staging Manual*. vol 649. New York: Springer.

41. Capote, A., Escorial, V., Muñoz-Guerra, M.F., Rodríguez-Campos, F.J., Gamallo, C., Naval, L. (2007). Selective neck dissection in early-stage oral squamous cell carcinoma does it influence recurrence and survival?. *Head Neck*, 29, 3-11.
42. Carr, D.F. (2001). Quality of life Measures Patient Centred?. *BMJ*, 1357-60.
43. Carranza, E.T., Cossio, P.I., Guisado, J.M.H., Aumente, E.H., Pérez, J.L.G. (2008). Assessment of quality of life in oral cancer. *Med Oral Patol Cir Bucal*, 13, 735-741.
44. Carretero, P.M., Esparza, G.G., Figuero, R.E., Cerero, L.R. (2003). Alcohol-containing mouthwashes and oral cancer. Critical analysis of literature. *Medicina oral:organo oficial de la Sociedad Española de Medicina Oral y de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal*, 9(2), 120-3.
45. Carrión, B., Otero Rey, E.M., Peñamatía-Mallón, M., Blanco-Carrión, A. (2013). Desórdenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. Campaña de Prevención del Cáncer Oral. 18(2), 101-110.
46. Ceballos-Salobreña, A., Bullón-Fernández, P., Gándara-Rey, J.M.M., Chimenos-Ku, E., Blanco-Carrión, A., Martínez-Sahuquillo, A., García, A. (2000). *Medicina Bucal Práctica*. Santiago de Compostela: Editorial Danú S.L. 335-68.
47. Cella D. (1995). Methods and problems in measuring quality of life. *Support Care Cancer*, 3, 11-22.
48. Chen, S.Y., Lin, W.C., Deng, S.C., Chan, S.C., Fu, J.P., Dai, N.T. (2010). Assessment of the perforants of anterolateral thigh flaps using 64-section multidetector computed tomographic angiography in head and neck cancer reconstruction. *Eur J.Surg Oncol*, 36(10), 1004-1011.
49. Chen, Y.W., Yu, E.U., Wu, T.H., Lo, W.L., Li, W.L., Kao, S.Y. (2008). Histiopathological factors affecting nodal metastasis in tongue cancer: analisis of 94 patients in Taiwan. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 37, 912-916.
50. Cheng, A., Schmidt, B.L. (2008). Management of the N0 neck in oral squamous cell carcinoma. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am*, 20, 477-497.
51. Chimenos Küstner, E. (2008). Aspectos prácticos en la prevención del cáncer oral. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 61-67.
52. Chiu-Lung, R., Chan, J.Y. (2012). Effect of previous radiotherapy on cervical lymph node fine-needle aspiration cytology diagnostic accuracy in head and neck cancer. *Laryngoscope*, 122(8), 1779-81.
53. Cooper, J.S., Pajak, T.F., Forastiere, A.A, Jacobs, J., Campbell, B.H., Saxman, S.B., Fu, K.K. (2004). Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine*, 350(19), 1937-1944.

54. Costa Bandeira, A.K., Azevedo, E.H., Vartaniam, J.G., Nishimoto, I.N., Kowalski, L.P., Carrara-de Angelis, E. (2008). Quality of life related to swallowing after tongue cancer treatment. *Dysphagia*, 23 (2), 183-92.
55. Costa, G., Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2): 453-462.
56. D'Antonio, L.L., Zimmerman, G.J., Cella, D.F., Long, S.A. (1996). Quality of life and functional status measures in patients with head and neck cancer. *Arch. Otolaryngol Head Neck Surg*, 122, 482-487.
57. Das, C.M., Schantz, S.P., Shillitoe, E.J. (1993). Antibody to a mutagenic peptide of herpes simplex virus in young adult patients with cancer of the head and neck. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 75(5), 610-4.
58. Day, T.A., Girod, D.A. (2006). *Oral cavity reconstruction*. New York: Taylor and Francis. 177-204: 327-346.
59. De Camargo, M., Voti, L., Guerra, M., Chapuis, F., Mazuir, M., Curado, M. (2010). Oral cavity cancer in developed and in developing countries: Population-based incidence. *Head Neck*, 32, 357-67.
60. De Stefani, E., Deneo-Pellegrini, H., Mendilaharsu, M., Ronco, A. (1999). Diet and risk of cancer of the upper aerodigestive tract-I. Foods. *Oral Oncology*, 35(1), 17-21.
61. Debra, M.D., Anzai, Y., Lufkin, R.B., Fu, Y.S., Calcaterra, T.C. (1995). Evaluation of cervical lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Laryngoscope*, 105, 669-674.
62. Dequanter, D., Saint-Aubin, N., Paesmans, M., Badr-El-Din, A., Lothaire, P., Andry, G. (2001). Pronostic factors in epidermoid carcinoma of the mobile tongue classified as T1-T2. In *Annales d'oto-laryngologie et de chirurgie cervico faciale: bulletin de la Societe d'otolaryngologie des hopitaux de Paris Vol. 118*, 5, 315-322.
63. Dhar, P.K., Rao, T.R., Sreekumaran, N.N., Mohan, S., Chandra, S., Bhat, K.R., Rao, N. (1999). Identification of risk factors for specific subsites within the oral and oropharyngeal region-a study of 647 cancer patients. *India Journal of cancer*, 37(2-3), 114-122.
64. Du, X., Squier, C., Kremer, M.J., Wertz, P.W. (2000). penetration of N-nitrosornicotine (NNN) across oral mucosa in the presence of etanol and nicotine. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 29(2), 80-85.
65. El-Naggar, A.K., Chan, J.K.G., Gandis, J.R., Takata, T., Slootweg, P.J. (2017). *WHO Classification of Head and Neck Tumors*. (4th edition). Ed. International Agency for Research on Cancer. Lyon, 110-111.

66. Espantoso, R., Rodríguez, C.F., Sánchez, C.P., Vázquez, I.A., Fernández, E.V., Gracia, J.M., Peláez, I. (2007). Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizar el tratamiento. *Psicooncología: investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología*, 4(1), 43-58.
67. Espinosa, J.C.C., Aguilar, J.N., Lagares, D.T., Pérez, J.L.G. (2006). Generalidades en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello y sus complicaciones. *Rev. Secib On line*, 1, 1-33.
68. Eveson, J.W., Reichart, P., Sidransky, D. (2005). *Pathology and genetics of head and neck tumours*. Lyon, France: World Health Organization/IARC Press, 168-75.
69. Fakih, A. R., Rao, R. S., Borges, A. M., Patel, A. R. (1989). Elective versus therapeutic neck dissection in early carcinoma of the oral tongue. *The American Journal of Surgery*, 158(4), 309-313.
70. Fayer P., Machin D. (2000). Quality of Life: assessment, analysis and interpretation. *Baffins Line: wiley*, 1-26.
71. Felay, J., Shin, H.R., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., Parkin, D.M. (2010). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Carcer Base No. 10 (internet)*. GLOBOCAN 2008. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Available from: <http://globocan.iarc.fr>. datos extrapolados para la población estimada para 2015.
72. Feldman, P.S., Kaplan, M.J., Johns, M.E., Cantrell, R.W. (1983). Fine-needle aspiration in squamous cell carcinoma of the head and neck. *Archives of Otolaryngology*, 109(11), 735-742.
73. Finn, S., Toner, M., Timon, C. (2002). The node-negative neck: Accuracy of clinical intraoperative lymph node assesment for metastatic disease in head and neck cancer. *Laryngoscope*, 112, 630-633.
74. Fleming, A.J., Smith, S.P., Paul, C.M., Hall, N.C., Daly, B.T., Agrawal, A. (2007). Impacto 18F-2-fluorodesoxyglucose-positron emission tomography/computed tomography on previously untreated head and neck cancer patients. *Laryngoscope*, 117, 1173-1179.
75. Franceschi, S., Dal Maso, L., Levi, F., Conti, E., Talamini, R., La Vecchia, C. (2001). Leanness as early marker of cancer of the oral cavity and pharynx. *Annals of Oncology*, 12(3), 331-336.
76. Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Maisonneuve, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *Int. J. Cancer*, 122, 155-164.
77. Gravello, W., Spreafico, R., Gaini, R.M. (2007). Oral tongue cancer in young patients: a matched analysis. *Oral Oncol*, 43, 894-7.
78. García-Camba, E. (1999). *Psiquiatría de enlace y cancer*. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Médica, 1-38

79. Garrote, L. F., Herrero, R., Reyes, R. O., Vaccarella, S., Anta, J. L., Ferbeye, L., Franceschi, S. (2001). Risk factors for cancer of the oral cavity and oro-pharynx in Cuba. *British Journal of Cancer*, 85(1), 46.
80. Garvey, P.B., Chang, E.I., Selber, J.C., Skoracki, R.J., Madewell, J.E., Liu, J., *et al.* (2012). A prospective study of preoperative computed tomographic angiographic zapping of free fibula osteocutaneous flap for head and neck reconstruction. *Plast Reconstr. Surg*, 130(4), 542e-550e.
81. George, A., Sreenivasan, B.S., Sunil, S., Varghese, S.S., Thomas, J., Gopakumar, D., Mani, V. (2011). Potentially malignant disorders of oral cavity. *Oral and Maxillofacial Pathology Journal*, 2 (1).
82. Ghali, G.E., Connor, M.S. (2004). *Oral Cancer: Classification, Staging and Diagnosis*. Miloro, M Peterson's Principles of oral and maxillofacial surgery. 2ª Ed. London: B.C. Decker, 617-658.
83. Gomes, F.C., Kustner, E.C., López, J.L., Zubeldia, F.F., Melcior, B.G. (2003). Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. *Med. Oral*, 8(33), 178-187.
84. Gómez, I., Seoane, J., Varela-Centelles, P., Diz, P., Takkouche, B. (2009). Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *European Journal of Oral Sciences*, 117(5), 541-546.
85. González-Arriagada, W.A., Santos-Silva, A.R., Carvalho de Andrade, M.A., Elias, R.D., Lopes, M.A. (2010). Criterios de evaluación odontológica preradioterapia y necesidad de tratamiento de las enfermedades orales postradioterapia en cabeza y cuello. *International Journal of Odontostomatology*, 4(3), 255-266.
86. Gooi, Z., Fakhry, C., Goldenberg, D., Richmon, J., Kiess, A.P. (2016). AHNS Series: Do you Know your guidelines? Principles of radiation therapy for head and neck cancer: A review of the National Comprehensive Cancer Network guidelines. *Head Neck*, 38, 987-992.
87. Graeff, A. de, Leeuw, J. R. J., Ros, W. J., Hordijk, G. J., Blijham, G. H., W innubs t, J. A. (2000). Pretreatm ent fac tors predic ting quality of life after treatment for head and neck cancer. *Head & Neck* , 22(4), 398-407.
88. Guyatt, G.H., Feeny, D.H., Patrick, D.L. (1993). Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
89. Ha, P.K., Hedeib, A., Goldenberg, D., Jacene, H., Patel, P., Koch, W. (2006). The role of positron emission tomography and computed tomography fusion in the management of early-stage and advance-stage primary head and neck squamous cell carcinoma. *Arch otolaryngol. Head Neck Surg*, 132, 12-16.
90. Haddadin, K.J., Soutar, D.S., Webster, M.H, Robertson, A.G., Olivert, R.J., Mac Donald, D.G. (2000). Natural history and patterns of recurrence of tongue tumours. *British Journal of Plastic Surgery*, 53, 279-285.

- 
91. Hammerlid, E., Taft, C. (2001). Health-related quality of life in long-term head and neck cancer survivors: a comparison with general population norms. *British Journal of Cancer*, 84(2), 149.
92. Hammerlid, E., Mercke, C., Sullivan, M., Westin, T. (1997). A prospective quality of life study of patients with oral pharyngeal carcinoma treated with external beam irradiation with or without brachytherapy. *Oral Oncology*, 33(3), 189-196.
93. Hammerlid, E., Silander, E., Hörnestam, L., Sullivan, M. (2001). Health related quality of life three years after diagnosis of head and neck cancer- A longitudinal study. *Head and Neck*, 23(2), 113-125.
94. Hartl, D.M., Dauchy, S., Escande, C., Bretagne, E., Janot, F., Kolb, F. (2008). Quality of life after free-flap tongue reconstruction. *J Laryngol Otol*. 17-5.
95. Hassan, S.J., Weymuller, E.A. (1993). Assessment of quality of life. *Head and Neck*, 15, 485-96.
96. Herce, J., Rollon, A., Polo, J. (2007). Quality of life in long term oral cancer survivors and comparison with reference values of Spanish people. *Medicina Clínica*, 128 (18), 692-696.
97. Herce, J., Rollón, A., Lozano, R., Salazar, C., Gallana, S. (2009). Quality of life in long-term oral cancer survivors: a comparison with spanish general population norms. *J. Oral Maxillofac Surg*. 67:1607-14.
98. Hong, J., Tian, J., Zhang, W., Pan, J., Chen, Y., Ma, L., Lv, W. (2013). Patient characteristics as indicators for poor quality of life after radiotherapy in advanced nasopharyngeal cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 5, 17.
99. Huang, S.H., Hwang, D., Lockwood, G., Goldstein, D.P., O'Sullivan, B. (2009). Predictive value of tumor thickness for cervical lymph-node involvement in squamous cell carcinoma of the oral cavity: a meta-analysis of reported studies. *Cancer*, 115, 1489-1497.
100. Izquierdo, J., Basterra, J., Zapatero, E., Campos, A., Armengot, M., Canals, P. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes sometidos a cirugía por neoplasia maligna de cabeza-cuello. *ORL-DIPS*, 31(3), 124-133.
101. J. Crean, S. (1996). Long-term quality of life after ablative intraoral tumour surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 54(4), 532-533.
102. Jarpa, P. (2003). Potencial mutagénico del tabaco de mascar venezolano. *Revista de la Facultad de Farmacia*, 45(2), 2-6.
103. Kazi, R., Sayed, S., Dwivedi, R.C. (2010). Clinical importance of quality of life measures in head and neck cancer. *Indian Journal of Cancer*, 47(3), 237.
104. Kerawala, C.J. (1999). Oral cancer, smoking and alcohol: the patients perspective. *British Jour of Oral Maxillofac Surg*, 37, 374-376.
-

105. Kernohan, M.D., Clark, J.R., Gao, K., Ebrahimi, A., Milross, C.G. (2010). Predicting the prognosis of oral squamous cell carcinoma after first recurrence. *Archives of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136(12), 1235-1239.
106. Khafif, A., López-Garza, J.R., Medina, J.E. (2001). Is dissection of the level IV necessary in patient with T1-T3 N0 tongue cancer?. *Laryngoscope*, 111, 1088-1090.
107. Klug, C., Berzaczy, D., Voracek, M., Nell, C., Ploder, O., Millesi, W. (2009). Preoperative radiochemotherapy in the treatment of advanced oral cancer: outcome of 276 patients. *J Craniomaxillofac Surg*, 37, 344-347.
108. Kontio, R., Leivo, I., Leppänen, E., Atula, T. (2004). Sentinel lymph node biopsy in oral cavity squamous cell carcinoma without clinically evident metastasis. *Head Neck*, 26, 16-21.
109. Kushraj, T., Chatra, L., Shenai, P., Rao, P.K. (2011). Bone invasion in oral cancer patients: a comparison between orthopantomograph, conventional computed tomography, and single positron emission computed tomography. *J Cancer Res Ther*, 7(4), 438-41.
110. Langendijk, J.A., Doornaert, P., Verdonck-de Leeuw, I. M., Aaronson, N.K., Slotman, B.J. (2008). Impact of late treatment-related toxicity on quality of life among patients with head and neck cancer treated with radiotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 26(22), 3770-3776.
111. Lissowska, J., Pilarska, A., Pilarski, P., Samolczyk-Wanyura, D., Piekarczyk, J., Bardin-Mikollajczak, A., Franceschi, S. (2003). Smoking, alcohol, diet, dentition and sexual practices in the epidemiology of oral cancer in Poland. *European Journal of Cancer Prevention*, 12(1), 25-33.
112. Llewellyn, C.D., McGurk, M., Weinman, J. (2005). Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. *Oral Oncology*, 41, 440-454.
113. Llewellyn, C.D., Johnson, N.W., Warnakukasuriya, K. (2001). Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people a comprehensive literature review. *Oral Oncology*, 37, 401-18.
114. Llewellyn, C.D., Linkalater, k., Bell, J., Johnson, N.W., Warnakukasuriya, K. (2003). Squamous cell carcinoma of the oral cavity in patients aged 45 years and under: a descriptive analysis of 116 cases diagnosed in the South East of England from 1990 to 1997. *Oral Oncol*, 39,106-14.
115. López-Aldete, G., Núñez, O., Pérez-Gómez, B., Aragonés, N., Pollán, M. (2015). *La situación del cáncer en España: informe 2015*. Instituto Carlos III 2015.
116. López, J. (2015). *Estudio de la Calidad de Vida en Pacientes Intervenido de Cáncer Oral en la Región de Murcia*. Tesis. Murcia. Universidad de Murcia. Facultad de Dermatología, Estomatología, Radiología y Medicina Física.

117. Mackenzie, J., Ah-See, K., Thakker, N., Sloan, P., Maran, A.G., Birch, J., *et al.* (2000). Increasing incidence of oral cancer amongst young persons: what is the aetiology?. *Oral Oncology*, 36, 387-9.
118. Marx, R.E. Stern, D. (2002). Premalignant and malignant epithelial tumors of mucosa and skin. *Oral and Maxillofacial pathology: A rationale for treatment*. Chicago: Quintessence Publishing, 283-329.
119. Matías, J., Lorca, G. (2004). *Manual del residente de psiquiatría*. Psicooncología. Smithkline Beecham (en línea).
120. Miloro, M., Ghali, G.E., Larsen, P., Waite, P. (2004). *Oral Cancer: Classification, Staging and Diagnosis*. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery, (Vol. 1) PMPH-USA: 617-658.
121. Misono, S., Weiss, N.S., Fann, J.R., Redman, M., Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(29), 4731-4738.
122. Misrachi Launert, C.M., Espinosa Santander, I.L. (2005). Utilidad de las Mediciones de la Calidad de vida relacionadas con la salud. *Rev Dent Chile (Vol.96)*, 28-36.
123. Molina Ruiz J.M<sup>a</sup>, Fernández-Crehuet M<sup>a</sup>j, Caballero J, Gutiérrez M, Gómez E, Fernández-Crehuet J. (2003). Calidad de vida en pacientes tratados por un cáncer de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 54, 704-709.
124. Moore, P.S., Chang, Y. (2010). Why do viruses cause cancer? Highlights of the first century of human tumour virology. *Nat Rev Cancer*, 10, 878-89.
125. Moreno-Lopez, L. A., Esparza-Gomez, G. C., Gonzalez-Navarro, A., Cerero- Lapiedra, R., Gonzalez-Hernandez, M. J., Dominguez-Rojas, V. (2000). Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. *Oral Oncology*, 36(2), 170-174.
126. Mork, J., Lie, A. K., Glatte, E., Clark, S., Hallmans, G., Jellum, E., Dillner, J. (2001). Human papillomavirus infection as a risk factor for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *New England Journal of Medicine*, 344(15), 1125-1131.
127. Morton, R.P., Izzard, M.E. (2003). Quality of life outcomes in head and neck cancer patients. *World Journal of Surgery*, 27(7), 884-889.
128. Myers, J., Elkins, T., Roberts, D., Byers, R. (2000). Squamous cell carcinoma of the tongue in young adults: increasing incidence and factors that predict treatment outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 122, 44-51.
129. Netscher, D.T., Meade, R.A., Goodman, C.M., Alford, E.L., Stewart, M.G. (2000). Quality of life and disease-specific functional status following microvascular reconstruction for advanced (T3 and T4) oropharyngeal cancers. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(5), 1628-1634.
130. Neville, B.W., Damm, D.D., Allen, C.M., Bouquot, J.E. (2002). *Oral and Maxillofacial pathology*. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 356-366.

131. Neville, B.W., Day, T.A. (2002). Oral cancer and precancerous lesions. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(4), 195-215.
132. Nomura, T., Shibahara, T., Cui, N.H., Noma, H. (2005). Patterns of mandibular invasion by gingival squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg*, 63, 1489-1493.
133. Oskam, I.M., Verdonck-de Leeuw, I.M., Aaronson, N.K., Kuik, D.J., de Bree, R., Doornaert, P., Leemans, R.C. (2010). Quality of life as predictor of survival: a prospective study on patients treated with combined surgery and radiotherapy for advanced oral and oropharyngeal cancer. *Radiotherapy and Oncology*, 97(2), 258-262.
134. Osoba, D. (1994). Lessons learned from measuring health-related Quality of life in oncology. *J Clin Oncol*, 12, 608-16.
135. Osoba, D., Rodrigues, G., Myles, J., Zee, B., Pater, J. (1998). Interpreting the significance of changes in health related quality of life scores. *Journal of Clinical Oncology*, 16(1), 139-144.
136. Pande, P., Soni, S., Kaur, J., Agarwal, S., Mathur, M., Shukla, N. K., Ralhan, R. (2002). Prognostic factors in betel and tobacco related oral cancer. *Oral Oncology*, 38(5), 491-499.
137. Pandey, M., Prakash, O., Santhi, W.S., Soumithram, C.S., Pillai, R.M. (2008). Overexpression of COX-2 gene in oral cancer is independent of stage of disease and negree of differentiation. *Int. J Oral Maxillofac Surg*, 37, 379-383.
138. Pandey, M., Rao, P., Das, S.R., Mathews, A., Chacko, E.M., Naik, B.R. (2007). Patterns of mandibular invasión in oral squamous cell carcinoma of the mandibular region. *Wold Journal of Surgical Oncology*, 5, 12.
139. Pederson, A.W., Salama, J.K., Witt, M.E., Stenson, K.M., Blair, E.A., Vokes, E.E. (2011). Concurrent chemotherapy and intensity-modulated radiotherapy for organ preservation of locoregionally advanced oral cavity cancer. *Am J. Clin. Oncol*, 34, 356-361.
140. Petersen, P.E. (2009). Oral cancer prevention and control-The approach of the Wold Health Organization. *Oral Oncology*, 43(4), 454-460.
141. Petridou, E., Zavras, A.I., Lefatzis, D., Dessypris, N., Laskaris, G., Dokianakis, G., Segas, J., Douglas, C.W., Diehl, S.R., Trichopoulos, D. (2002). The role of diet and specific micronutrients in the etiology of oral carcinoma. *Cancer*, 94 (11), 2981-8.
142. Pindborg, J.J., Reichart, P.A., Smith, C.J., Van der Waal, I. (1997). *Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa*. Berlin: Springer-Verlag.
143. Po Wing Yuen, A., Lam, K.Y., Ho, C.M., Wong, A., Chow, T.L., Wei, W.I. (2002). Pronostic factors of clinically stage I and II oral tongue carcinoma- A comparative study of stage, thickness, shape, growth pattern, invasive front malignancy Trading, Martinez-Gimeno score, and pathologic features. *Head and Neck*, 24(6), 513-520.
144. Polz-Gruszka, D., Stec, A., Dworzanski, J., Polz-Dacewicz, M. (2015). EBV, HSV, CMV and HPV in laryngeal and oropharyngeal carcinoma in Polish patients. *Anticancer Res*, 35 (3), 1657-61.

145. Porzsolt, F., Wolpl, C.P., Rist, C.E., Kosa, R., Buchele, G., Gaus, W. (1996). Comparison of 3 instruments (QLQ-C30, SF-36, QWB-7) measuring health related quality of life and quality of well-being. *Psychooncology*, 5(2), 103-117.
146. Pourel, N., Peiffert., Lartigau, E., Desandes, E., Luporsi, E., Conroy, T. (2002). Quality of life in long-term survivors of oropharynx carcinoma. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 54(3), 742-751.
147. Prevost, V., Joubert, C., Heutte, N., Babin, E. (2014). Assessment of nutritional status and quality of life in patients treated for head and neck cancer. *Otorhinolaryngol Head Neck*, 131(2), 113-120.
148. Prietsman, T.J., Baum, M. (1976). Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet*, 1, 899-901.
149. Reed, A.L., Califano, J., Cairns, P., et al. (1996). High frequency of p16 (CDKN2/MTS-1/INK4A) inactivation in head and neck squamous cell carcinoma. *Cancer Res*, 56, 3630.
150. Ribeiro, K. D. C. B., Kowalski, L. P. (2000). Impact of comorbidity, symptoms, and patients' characteristics on the prognosis of oral carcinomas. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 126(9), 1079-1085.
151. Ringash, J., Bezjak, A. (2001). A structured review of quality of life instruments for head and neck cancer patients. *Head and Neck*, 23(3), 201-213.
152. Robbins, K.T., Clayman, G., Levine, P., Medina, J., Shasa, A. (2002). Neck dissection classification update. *Arch Otolaryngol Head and Neck Surg*, 128, 751-758).
153. Rodu, B., Cole, P. (2004). The burden of mortality from smoking: comparing Sweden with other countries in the European Union. *Eur J Epidemiol*, 19(2), 129-31.
154. Rogers, S.N., Fisher, S.E., Woolgar, J.A. (1999). A review of quality of life assessment in oral cancer. *Int J Oral Maxill Surg*, 28, 99-117.
155. Ross, G., Shoaib, T., Soutar, D.S., Camilleri, I.G., Gray, H.W., Bessent, R.G. (2002). The use of sentinel node biopsy to upstage the clinically N0 neck in head and neck cancer. *Arch Otolaryngol head neck Surg*, 128, 1287-1291.
156. Ruhl, C.M., Gleich, L.L., Gluckman, J.L. (1997). Survival function and quality of life after total glossectomy. *Laryngoscope*, 107, 1316-21.
157. Rumboldt, Z., Day, T.A., Michel, M. (2006). Imaging of cavity cancer. *Oral Oncol*, 42(9), 854-65.
158. Saap, J.P., Eversole, L.R., Wysocki, G.P. (2005). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2ª ed. Madrid: Mosby, 194.
159. Sachdev, R., Mandal, A.K., Singh, I., Agarwal, A.K. (2008). Progressive rise of cancer for expression from prealignant to malignant lesions of oral cavity. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(11), E 683-686.

160. Sadick, M., Schoenberg, S.O., Hoermann, K., Sadick, H. (2012). Current oncologic concepts and emerging techniques for imaging of head and neck squamous cell cancer. *Head Neck Surgery*, 11, 1-24.
161. Sah, K., Kale, A., Hallikerimath, S. (2009). Basaloid squamous cell carcinoma involving floor of the mouth. *Jou Oral Maxillofacial Pathology*, 12, 61-63.
162. Sánchez, J.D., Sicilia, M.A. Capitán, L.M., Labrot, I., Martínez-Villalobos, S., Valencia, E. (2007). Profundidad tumoral en el carcinoma epidermoide lingual. Repercusiones diagnósticas. *Rev Esp Cir Oral y Maxilofacial*, 29(1), 33-42.
163. Sánchez, M. J., Martínez, C., Nieto, A., Castellsague, X., Quintana, M. J., Bosch, F. X., Franceschi, S. (2003). Oral and oropharyngeal cancer in Spain: influence of dietary patterns. *European Journal of Cancer Prevention*, 12(1), 49-56.
164. Saura, E., Jariod, U.M., Simon, M.V., Gavin, M., Mur, A., Delso, E. (2017). Carcinoma escamoso de cavidad oral en paciente menor de edad. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 77, 417-424.
165. Schimidt, B.L., Dieks, E.J., Homer, L., Potter, B. (2004). Tabacco smoking history and presentation of oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Surg*, 62, 1055-1058.
166. Schneider, B.L., Kulesz-Martin, M. (2004). Destructive cycles: the role of genomic instability and adaptation in carcinogenesis. *Carcinogenesis*, 25, 2033-44.
167. Sciuba, J.J. (2001). Oral cancer and a its detection. History-taking and the diagnostic phase of Management. *JADA*, 32(Suppl), 12S-18S.
168. Sciuba, J.J. (2001). Oral cancer. The importante of early diagnosis and treatment. *Am J Clin Dermatol*, 2, 239-51.
169. Scully, C., Cwson, R. (1996). Potentially malignant oral lesions. *Epidemiol Biostat*, 1, 3-12.
170. Scully, C., Epstein, J., Sonis, S. (2004). Oral mucositis: a challenging complication of radiotherapy, chemotherapy, and radiochemotherapy. Part 2: diagnosis and management of mucositis. *Head and Neck*, 26(1), 77-84.
171. Selby, P. (1993). Measurement of Quality of life cancer patients. *Journal Pharmacol*, 45(1), 384-6.
172. Shafer, W.G., Waldrn, C.A. (1975). Erythroplakia of the oral cavity. *Cancer*, 36(3), 1021-8.
173. Sharma, R., Tobin, P., Clarke, S.J. (2005). Management of cherotherapy-induced nausea vomiting, oral mucositis, and diarrhoea. *The Lancet Oncology*, 6(2), 93-102.
174. Shaw, R.J., Patel, S.G. (2004). *Cirugía y Oncología de Cabeza y Cuello*. 3 ed. Elsevier, 173-234.

175. Sherman, A. C., Simonton, S. (2010). Advances in quality of life research among head and neck cancer patients. *Current Oncology Reports*, 12(3), 208-215.
176. Sheti, S., Lu, M., Kapke, A., Benninger, M.S., Worsham, M.J. (2009). Patient and tumor factors at diagnosis in a multi-ethnic primary head and neck squamous cell carcinoma cohort. *Journal of Surgical Oncology*, 99(2).
177. Shillitoe, E.J., Greenspan, D., Greenspan, J.S., Hansen, L.S., Silverman, S. (1982). Neutralizing antibody to herpes simplex virus type 1 in patients with oral cancer. *Cancer*, (Vol.49), 11.
178. Shimakage, M., Horii, K., Tempaku, A, *et al.* (2002). Association of Epstein-Barr virus with oral cancers. *Hum Pathol*, 33, 608-14.
179. Shwarz, R., Berhard, J., Flechtner, H., Hürny, Ch., Küchler, T.H. (1994). Guidelines for the assessment of quality of life in oncology-implementing adequate methods and their content. *J Cancer Res Clin Oncol*, 120, 691-692.
180. Silverman, S. (1998). *Jr Oral cancer. 4ª ed.* Hamiltom. Ontario: American Cancer Society.
181. Silvestre-Donat, F.J., Puente Sandoval, A. (2008). Efectos adversos del tratamiento del cáncer oral. *Avances en Odontostomatología*, 24(1), 111-121.
182. Singh, V., Husain, N., Akhtar, N., Kham, M.Y., Sonkar, A.A., Kumar, V. (2017). *p16 and p53 in HPV positive versus HPV negative oral squamous cell carcinoma (OSCC): Do Pathways Differ?*. *J Oral Pathol Med*. 2017. Feb 10. Doi:10.1111/jop.12562.
183. Slevin, M.L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., Gregory, W.M., (1988) Who should measure quality of life, The doctor or the patient?. *Br. J. Cancer*, 57:109-112.
184. Slootweg, P.J., Hordijk, G.J., Schade, Y, van Es, R.J.J., Koole, R. (2002). Treatment failure and margin status in head and neck cancer. A critical view on the potential value of molecular pathology. *Oral Oncol*, 38, 500-503.
185. Sobin, L.H., Gospodarowicz, M.K., Wittekind, C. (2011). *TNM classification of malignant tumors*. John Wiley and son.
186. Spiro, R. H., Huvos, A. G., Wong, G. Y., Spiro, J. D., Gnecco, C. A., & Strong, E. W. (1986). Predictive value of tumor thickness in squamous carcinoma confined to the tongue and floor of the mouth. *The American Journal of Surgery*, 152(4), 345- 350.
187. Stell, P.M., Rawson, N.S. (1990). Adjuvant chemotherapy in head and neck cancer. *British Journal of Cancer*, 61(5), 779.
188. Sturgis, E.M., Moore, B.A., Glisson, B.S., Kies, M.S., Shin, D.M. Byers, R.M. (2005). Neoadjuvant chemotherapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue in young adults: a case series. *Head and Neck*, 27(9), 748-756.

189. Sutton, D.N., Brown, J.S., Rogers, S.N., Vaughan, E.D., Woolgar, J.A. (2003). The pronostic implications of the surgical margin in oral squamous cell carcinoma. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 32, 30-34.
190. Talamini, R., Bosetti, C., La Vecchia, C., Dal Maso, L., Levi, F., Bidoli, E., Negri, E., Pasche, C., Vaccarella, S., Barzan, L., Franceschi, S. (2002). Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer Causes Control*, 13(10), 957-64.
191. Talmi, Y.P. (2002). Quality of life issues in cancer of the oral cavity. *The Journal of Laryngology and Otology*, 116(10), 785-790.
192. Tandon, S., Shahab, R., Benton, J.L., Ghosh, S.K., Sheard, J., Jones, T.M. (2008). Fine-needle aspirations cytology in a regional head and neck cancer center: comparison with a systematic review and meta-analysis. *Head Neck*, 30, 1246-1252.
193. Taylor, J.C., Terrel, J.E., Ronis, D.L., Fowler, K.E. (2004). Disability in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 130(6), 764-769.
194. Terrell JE, Ronis DL, Fowler KE, Bradford CR, Chepeha DB, Prince ME, et al. (2004). Clinical predictors of quality of life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 130, 401-408.
195. Testa, M.A., Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334 (13), 835-840.
196. *TNM classification of malignant tumors 8<sup>th</sup> Ed.* Published in decembre 2017, International union against cancer. Global Cancer Control. Edge, S.B. Compton. C.C.
197. The American Joint Committee on Cancer: The 7<sup>th</sup> Ed. *Of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM.* Annals of Surgical Oncology. 2010. 17(6), 1471-1474.
198. Todd, R., Hinds, P.W., Munger, K., Rustgi, A.K., Opitz, O.G., Suliman, Y., Wong, D.T. (2002). Cell cycle dysregulation in oral cancer. *Crit Rev Oral Biol Med*, 13, 51-6.
199. Torres-Carranza, E., Infante-Cossío, P., Hernández-Guisado, J.M., Hens-Aumente, E, Gutierrez-Pérez, J.L. (2008). Assessment of quality of life in oral cancer. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13, E735-E741.
200. Van Breemen, R.B., Pajkovic, N. (2008). Multitargeted therapy of cancer by lycopene. *Cancer Letters*, 269 (2), 339-351.
201. Van Cann, E.M., Koole, R., Oyen, W.J., de Wilde, P.C., Slootweg, P.J. (2008). Assessment of mandibular invasion of squamous cell carcinoma by various modes of imaging: constructing a diagnostic algorithm. *Int. J Oral Maxillofac Surg*, 37, 535-541.
202. Van Monsjou, H.S., Wreesmann, V.B., Van Den Brekel, M.W., Balm, A.J. (2013). Head and neck squamous cell carcinoma in young patients. *Oral Oncol*, 49(12), 1097-102.

- 
203. Vissink, A., Jansma, J., Spijkervet, F.K.L., Burlage, F.R., Coppes, R.P. (2003). Oral sequelae of head and neck radiotherapy. *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, 14(3), 199-212.
204. Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form Elath Surrey (SF-36).I. Conceptual Framework and item selection. *Med. Care*, 30(6), 473-83.
205. Warnakulasuriya, S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45(4), 309-316).
206. Warris, A., Wang, B., Wang, S.J. (2007). Tongue reconstruction: recent advances. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 15, 202-207.
207. Weymuller, E.A., Yueh, B., Deleyiannis, B., Kuntz, A.L., Alsarraf, R., Coltrera, M.D. (2000). Quality of life in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 126:329-35.
208. Woolgar, J.A. (1999). Pathology of the N0 neck. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surg*, 37,205-209.
209. Wyatt, R.M., Beddoe, A.H., Dale, R.G. (2003). The effects of delays in radiotherapy treatment on tumour control. *Physics in Medicine and Biology*, 48(2), 139.
210. Yanai, C., Kikutani, T., Adachi, M., Thoren, H. (2008). Functional outcome after total and subtotal glossectomy with free flap reconstruction. *Head & Neck*, 909-918.
211. Yip, C.S., Charn, T.C., Wee, J.T., Tan, T.W., Goh, C., Tan, H.K., Fong, K.W. (2010). Outcomes of oral tongue cancer: does age matter?. *Ann Acad Med Singapore*, 39(12), 897-7.
212. Zabel, C. (2000). Predictores de morbilidad psicológica en pacientes con cáncer. *Boletín de Psicología*, 2 (3).
213. Zapatero, A., Pérez, A. (1999). *Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: reacción adaptación*. Edit. Garcia E. M. Manual de Psicooncología. Madrid: Aula Médica, 91-112.

## 9. ANEXOS



# Anexo 1



### A.1.1 Información al paciente

#### HOJA INFORMATIVA AL PACIENTE

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** *ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE MUCOSA ORAL ESTADIOS I-IV, INTERVENIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA.*

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

Dña. Presentación Risueño Mata, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

**CENTRO:** Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

### 1. INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a Ud. para informarle sobre un estudio de investigación aprobado por el Comité Ético del Hospital Universitario La Fe de Valencia en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan sólo que Ud. reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar, si quiere o no, participar en este estudio.

Para ello le ruego lea esta hoja informativa con atención, pudiendo consultar con las personas que considere oportuno, y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

### 2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria, y que puede decidir no participar, o cambiar su decisión y retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

### 3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO<sup>1</sup>

- Es un estudio sobre la Calidad de Vida que los pacientes tienen tras recibir todos los tratamientos que se pueden ofrecer en nuestro servicio, a los pacientes dependiendo de su situación clínica.
- Es un estudio prospectivo (es decir que se realiza desde el diagnóstico y lo seguimos en el tiempo junto a la evolución del paciente).

---

<sup>1</sup> La información contenida debe ser relevante, expresada en términos claros y comprensibles para los sujetos.

Consiste en la realización de una serie de entrevistas y cuestionarios en los que se recogen; datos demográficos (sexo, edad, estado civil...), clínicos (síntomas, y signos, estadio...) y cuestionario de calidad de vida (Cuestionario de la Organización Europea Para la Investigación y Tratamiento del cáncer, módulo para cabeza y cuello).

- Nuestro objetivo es conocer como se ve afectada su calidad de vida en el tiempo según distintas variables estudiadas.

- La técnicas diagnósticas y terapéuticas no se modificarán por el estudio, solamente se recogerán de manera detallada.

- En principio el estudio durará 1 año, mientras se haga el seguimiento del paciente de su enfermedad.

- Se incluirán en el estudio todo paciente que llegue a la consulta con diagnóstico de carcinoma epidermoide de mucosa oral, estadios I-IV.

#### **4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.**

- **Los inconvenientes y riesgos derivados del estudio:** el estudio requiere de la colaboración por parte de los pacientes, que deben de disponer del tiempo necesario para que se le realice el cuestionario, este cuestionario se le pasará en cada una de las consultas del seguimiento de su patología.

- **Los beneficios:** El estudio tiene como fin identificar factores de riesgo que hagan que los pacientes presenten peor calidad de vida. Así como intentar ver cual sería la actitud necesaria para poder corregir (dentro de nuestras posibilidades) dichos factores de riesgo y mejorar la calidad de vida.

También este estudio tiene como fin el poder responder a determinadas preguntas que continuamente se nos plantean acerca de la evolución de la enfermedad y poder aportar información veraz y completa a los pacientes que presente el mismo diagnóstico en un futuro.

#### **5. CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual se deberá dirigir a su médico del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el médico del estudio y / o colaboradores, podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones<sup>2</sup>, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

---

<sup>2</sup> Si existen excepciones se deberán explicar aquí.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio / colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Clínica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente en nuestro país.

En caso que se quieran utilizar los datos obtenidos en el presente estudio para **investigaciones futuras** (con objetivos diferentes a los del presente estudio) se deberá solicitar en ese momento el consentimiento del paciente, utilizando una hoja informativa independiente, previamente aprobada por este CEA.

## A.1.2 Consentimiento informado.

**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo,.....,

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Autorizo a utilizar los datos clínicos de mi historia, y los documentos gráficos que se me realicen. Siempre y cuando se mantenga mi anonimato y la confidencialidad de los mismos.

Fecha: .....

Firma del participante: .....

# Anexo 2



### A.2.1 DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975  
35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983  
41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989  
48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996  
52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

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

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

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

## A. INTRODUCCIÓN

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

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

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

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

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

## **B. PRINCIPIOS BÁSICOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA**

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

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

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

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

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo

sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

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

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

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

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

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

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

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

36. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médicopaciente. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar

intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

# Anexo 3



**Resolución de clasificación de Estudio Clínico o Epidemiológico (30 de Junio del 2014).**

DEPARTAMENTO  
DE MEDICAMENTOS  
DE USO HUMANO

**DESTINATARIO:**

**D<sup>a</sup> BEGOÑA JEWENAT FIGUEROLA  
INSTITUTO DE INVESTIAGACIÓN  
SANITARIA LA FE  
TORRE A. PLANTA 7<sup>a</sup>  
AVD. FERNANDO ABRIL MARTORELL, 106  
46026 - VALENCIA**

**Fecha: 30 de junio de 2014**

**REFERENCIA: ESTUDIO CAVIDAD**

**ASUNTO: NOTIFICACIÓN DE RESOLUCION DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO**

Adjunto se remite resolución de clasificación sobre el estudio titulado **“Estudio de calidad de vida en pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial HUP La Fe de Valencia”**



MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS  
SOCIALES E IGUALDAD  
REGISTRO AUXILIAR  
AGENCIA E. DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS  
SANITARIOS  
SALIDA  
N. de Registro: 17621 / RG 51023  
Fecha: 01/07/2014 13:28:19

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8  
28022 MADRID



agencia española de  
medicamentos y  
productos sanitarios

DEPARTAMENTO  
DE MEDICAMENTOS  
DE USO HUMANO

**ASUNTO:** RESOLUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CLASIFICACIÓN DE ESTUDIO CLÍNICO O EPIDEMIOLÓGICO

**DESTINATARIO:** D<sup>a</sup> BEGOÑA JEWENAT FIGUEROLA

Vista la solicitud-propuesta formulada con fecha **26 de junio de 2014**, por D<sup>a</sup> **BEGOÑA JEWENAT FIGUEROLA**, para la clasificación del estudio titulado “**Estudio de calidad de vida en pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de cavidad oral en el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial HUP La Fe de Valencia**”, y cuyo promotor es D<sup>a</sup> **MARI CARMEN BAQUERO RUIZ**, se emite resolución.

Se han tenido en cuenta en la presente resolución las respuestas remitidas por el solicitante con fecha **27 de junio de 2014**, en contestación a las aclaraciones solicitadas el **27 de junio de 2014**.

El Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), de conformidad con los preceptos aplicables, <sup>(1)</sup> **RESUELVE** clasificar el estudio citado anteriormente como “**Estudio Observacional No Posautorización**” (abreviado como No-EPA).

Para el inicio del estudio no se requiere la autorización previa de ninguna autoridad competente (AEMPS o CCAA)<sup>(2)</sup>, pero sí es necesario presentarlo a un CEIC acreditado en nuestro país y obtener su dictamen favorable.

El promotor tendrá que informar a los responsables de las entidades proveedoras de servicios sanitarios donde se lleve a cabo el estudio y les entregará copia del protocolo y de los documentos que acrediten la aprobación por parte del CEIC y, en su caso, la clasificación de la AEMPS. Asimismo estos documentos se entregarán a los órganos competentes de las CC.AA., cuando sea requerido. La gestión y formalización del contrato estará sujeta a los requisitos específicos de cada Comunidad Autónoma.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8  
28022 MADRID



**am** agencia española de  
medicamentos y  
productos sanitarios

DEPARTAMENTO  
DE MEDICAMENTOS  
DE USO HUMANO

Contra la presente resolución que pone fin a la vía administrativa podrá interponerse Recurso Potestativo de Reposición, ante la Directora de la Agencia, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a aquel en que tenga lugar la notificación de la presente resolución. <sup>(3)</sup>

Madrid, a 30 de junio de 2014

EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE  
MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

**am** agencia española de  
medicamentos y  
productos sanitarios  
Departamento de Medicamentos de Uso Humano  
Dirección de Farmacovigilancia y Farmacovigilancia

César Hernández García

<sup>1</sup> Son de aplicación al presente procedimiento la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; la Ley 12/2000, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social; la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios; el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos; el Real Decreto 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su estatuto; el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano y la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

<sup>2</sup> De acuerdo con la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre

<sup>3</sup> De conformidad con lo dispuesto en los artículos 116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, o Recurso Contencioso-Administrativo ante el Juzgado Central de lo Contencioso-Administrativo de Madrid, en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de la notificación de la presente resolución, de conformidad con la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, sin perjuicio de poder ejercitar cualquier otro recurso que se estime oportuno. En caso de interponerse recurso de reposición no podrá interponerse recurso contencioso-administrativo hasta la resolución expresa o presunta del primero.

CORREO ELECTRÓNICO

farmacoepi@aemps.es

C/ CAMPEZO, 1 – EDIFICIO 8  
28022 MADRID



# Anexo 4



**Dictamen del Comité Ético de Investigación Biomédica (Instituto de Investigación Sanitaria La FE, 15 de Enero de 2015)**

Dirección General, José Vicente Castell



Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Baquero Ruiz  
de la Hermosa  
Servicio de Cirugía Maxilofacial

Valencia, 15 de enero de 2015

Asunto: Autorización Inicio de estudio.

Estimada Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Baquero Ruiz de la Hermosa

Adjunto le remito copia de los Informes Científico y Ético de Investigación, en el que se acuerda informar **favorablemente** sobre el Proyecto de Investigación titulado "ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL HUP DE LA FE DE VALENCIA", por usted presentado.

A la vista de los dictámenes emitidos, dicho Proyecto, puede iniciarse y llevarse a cabo.

Atentamente,



José Vicente Castell Ripoll  
Director General



Comisión de Investigación

Valencia a 15 de enero de 2015.

D. José Vte. Castell Ripoll, Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital Universitario La Fe de Valencia,

**INFORMA:**

Que el Proyecto de Investigación titulado: "ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL HUP DE LA FE DE VALENCIA" que presenta la Dra. M<sup>a</sup> del Carmen Baquero Ruiz de la Hermosa del Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital La Fe de Valencia, contiene elementos objetivos suficientes en cuanto a la Hipótesis, Planteamientos y Plan de Trabajo que, a juicio de esta Comisión, permiten pronunciarse **positivamente** en cuanto a su viabilidad.



P.O.

José Vicente Castell Ripoll  
Presidente de la Comisión de Investigación

**Dictamen del Comité Ético de Investigación Biomédica (Hospital Universitario y Politécnico La Fe, 9 de Diciembre de 2014)****DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA**

Don Serafín Rodríguez Capellán, Secretario del Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe,

**CERTIFICA**

Que este Comité ha evaluado en su sesión de fecha **9 de diciembre de 2014**, el Proyecto de Investigación titulado **“ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CAVIDAD ORAL EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL HUP LA FE DE VALENCIA.”**, con nº de registro **2013/0456**.

Que dicho proyecto se ajusta a las normativas éticas sobre investigación biomédica con sujetos humanos y es viable en cuanto al planteamiento científico, objetivos, material y métodos, etc, descritos en la solicitud, así como la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado.

En consecuencia este Comité acuerda emitir **INFORME FAVORABLE** de dicho Proyecto de Investigación que será realizado en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe por el/la **Dr. / Dra. MARIA DEL CARMEN BAQUERO RUIZ DE LA HERMOSA** del servicio de **CIRUGIA MAXILOFACIAL** como Investigador Principal.

Miembros del CEIB:

**Presidente:**

Dr. JUAN SALOM SANVALERO (Unidad de Circulación Cerebral Experimental)

**Vicepresidente:**

Dr. JOSE VICENTE CERVERA ZAMORA (Hematología)

**Secretario:**

D. SERAFIN RODRIGUEZ CAPELLAN (Asesor jurídico)

**Miembros:**

Dr. SALVADOR ALIÑO PELLICER (Catedrático Farmacólogo Clínico)

Dra. BELEN BELTRAN NICLOS (Medicina Digestiva)

Dra. INMACULADA CALVO PENADES (Reumatología Pediátrica)

Dr. JOSE VICENTE CASTELL RIPOLL (Director de Investigación)

Dra. REMEDIOS CLEMENTE GARCIA ((Medicina Intensiva) (Miembro CBA))

Dra. MARIA JOSE GOMEZ-LECHON MOLINER (Investigadora del Grupo Acreditado en Hepatología Experimental)

Dr. RAMIRO JOVER ATIENZA (Doctor en biología-Universidad de Valencia- Unidad de Bioquímica y Biología Molecular)

Dr. JAVIER PEMAN GARCIA (Investigador del Grupo Acreditado multidisciplinar para el estudio de la Infección Grave)

Dr. ALFREDO PERALES MARIN (Jefe de Servicio - Obstetricia)

Dr. JOSE LUIS PONCE MARCO (Unidad de Cirugía Endocrino Metabólica)

Dr. JOSE LUIS VICENTE SANCHEZ (Jefe de sección-Unidad de Reanimación)

Dra. PILAR SAENZ GONZALEZ (Neonatología)

Dr. MELCHOR HOYOS GARCIA (Gerente del Departamento de salud nº 7-La Fe)

Dra. BEGOÑA POLO MIQUEL (Gastroenterología Pediátrica)



Dr. ISIDRO VITORIA MIÑANA (Pediatría)  
Dra. EUGENIA PAREJA IBARS (Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático)  
Dr. JAIME SANZ CABALLER (Investigador del Grupo Acreditado en Hematología y Hemoterapia)  
Dra. MARIA LUISA MARTINEZ TRIGUERO (Análisis Clínicos)  
Dra. MARIA TORDERA BAVIERA (Farmacéutica del Hospital)  
Dr. JESUS DELGADO OCHANDO (Diplomado en Enfermería (Miembro Comisión de Investigación))  
Dr. JOSE MULLOR SANJOSE (Investigador del Grupo de Investigación Traslacional en Enfermedades Neurosensoriales)  
Dr. JOSE ANTONIO AZNAR LUCEA (Jefe de Unidad - Hemostasia y Trombosis)  
Dr. ENRIQUE VIOSCA HERRERO (Jefe de Servicio - Medicina Física y Rehabilitación)  
Dr. RAFAEL BOTELLA ESTRADA (Dermatología)

Lo que firmo en Valencia, a 9 de diciembre de 2014



Fdo.: Don Serafín Rodríguez Capellán  
Secretario del Comité Ético de Investigación Biomédica

# Anexo 5



## A.5. Cuestionario de recogida de datos de clínicos y de filiación

A.5.1. Entrevista T0: Pre-cirugía

PACIENTE Nº:

FECHA:

1. Tipo histológico del tumor: carcinoma Epidermoide de mucosa oral
2. Facultativo que lo remite a CCEE C. Maxilofacial: Médico de atención primaria  
Odontólogo Otro especialista (ORL MIN Urgencias  
.....)
3. Intervalo de tiempo hasta que llega a nuestra consulta desde que es remitido:  
.....
4. Intervalo de tiempo desde que llega a nuestra consulta hasta la realización de la biopsia: .....
5. Intervalo de tiempo desde que se realiza biopsia hasta que se reciben resultados:  
.....
6. Intervalo de tiempo desde que se reciben resultados hasta que se interviene:  
.....
7. Clínica con la que debutó el cuadro (síntoma inicial):.....
8. Nacionalidad:
9. Edad: 0-14 años 15-30 años 30-65 años Mayores de 65 años
10. Sexo: Hombre Mujer
11. Antecedentes familiares de cáncer de cabeza o cuello: Sí No
12. Antecedentes personales de de cáncer de cabeza o cuello: Sí No
13. Profesión: Agricultura Industria Servicios (.....)
14. Fumador: Sí: Leve (< de 5 cig/día) Moderado (5- 10 cig/día) Severo (> de 10 cig/día)  
No
15. Bebedor: Sí: Leve (1 vaso/día) Moderado (1-3 vasos/día) Severo (> de 3 vasos/día)  
No
16. Tipo de alimentación: Equilibrada Carnes Pescado Verduras/frutas Grasas Lácteos.
17. Nivel de estudios:  
Analfabeto Enseñanza obligatoria Preuniversitario/módulos Universitario
18. Nivel socio-económico:  
Bajo (< de 600 E/mes) Medio (600-1200 E/mes) Alto (> de 1200 E/mes)
19. Estado civil: Soltero Pareja estable Divorciado Viudo
20. TNM clínico/ radiológico: Estadio I Estadio II Estadio II Estadio IV
21. Patología asociada: Endocrina Cardio-vascular Respiratoria Neurológica
22. Información transmitida Prequirúrgica: Oral Gráfica Ambas
23. Impacto psicológico Prequirúrgico: Ansiedad Depresión Adaptación

A.5.2. **Entrevista T1: 1<sup>er</sup> mes post-cirugía****PACIENTE N°:****FECHA:**

1. Apoyo social recibido:

i. Sanitario:	Bueno	Regular	Malo
ii. Familiar:	Bueno	Regular	Malo

2. Tipo de cirugía empleada:

- i. Reconstrucción con colgajo microvascularizado.
- ii. Reconstrucción con injertos miocutáneos pediculados.
- iii. Reconstrucción con colgajos locales.
- iv. Otras cirugías (.....)
- v. Vaciamiento ganglionar: **No Funcional III o 5 niveles Radical**
- vi. Traquetomía: Sí (Días .....)
- vii. Exodoncias: Sí (nº piezas .....)
- viii. Zona extirpada durante la cirugía .....
- ix. Necesidad de osteotomía: Sí (tamaño .....)

3. Zona donante del injerto:	Radial	Temporal	Otros
(.....)			

4. Información transmitida Postquirúrgica:	Oral	Gráfica	Ambas
--	------	---------	-------

5. Complicaciones de la cirugía:

Sangrado	Infección	Rechazo injerto	Aspiración	Neumonía
----------	-----------	-----------------	------------	----------

7. Secuelas de la cirugía:

Disfagia:	leve	moderada	severa
Alteración de la deglución:	leve	moderada	severa
Alteración de la masticación:	leve	moderada	severa

8. Impacto psicológico Postquirúrgico:	Ansiedad	Depresión	Adaptación
--	----------	-----------	------------

9. Postcirugía:

- Grado de afectación de la vida social: Leve Moderada Grave
- Dolor: Escala del dolor EVA del 0 (no dolor) al 10 (dolor insoportable) (.....)
- Alteración del habla: Normal Ligera disfunción Grave disfunción
- Alteración de la alimentación:
 

De la masticación:	Normal	leve/moderada	Grave
De la deglución:	Normal	leve/moderada	Grave
- Alteración de la imagen corporal:
 

Sin alteración	Leve alteración	Moderada alteración	Grave alteración
----------------	-----------------	---------------------	------------------

10. Días de hospitalización: .....

11. TNM tras anatomía patológica: T N M

12. Espesor en mm de pieza tumoral: .....

13. Afectación bordes quirúrgicos: Sí No

A.5.3. **T2: 6º meses post-cirugía****PACIENTE Nº:****FECHA:**

## 1. Tratamientos adyuvantes- coadyuvantes:

- Radioterapia (Nº Grays .....), (Días tratamiento .....), (Zona radiada .....), (Efectos secundarios .....

- Quimioterapia (tipo.....), (Días de tratamiento.....), (Efectos secundarios .....

- Psicoterapia (Días de tratamiento .....

- Otros : Foniatría (Días de tratamiento .....

## 2. Secuelas de la cirugía:

Disfagia: leve moderada severa

Alteración de la deglución: leve moderada severa

Alteración de la masticación: leve moderada severa

## 3. Intervalo libre de enfermedad:

Recidiva: Si No

Supervivencia: <1 año 1-5 años >5 años

Exitus : (Fecha ..... ) (Causa .....

## 4. Necesidad de nueva cirugía: Antes del mes 1 mes – 1 año 1 año – 5 años

## 5. Impacto psicológico Postquirúrgico: Ansiedad Depresión Adaptación

## 6. Postcirugía:

- Grado de afectación de la vida social: Leve Moderada Grave

- Dolor: Escala del dolor EVA del 0 (no dolor) al 10 (dolor insoportable) (.....)

- Alteración del habla: Normal Ligera disfunción Grave disfunción

- Alteración de la alimentación:

De la masticación: Normal leve/moderada Grave

De la deglución: Normal leve/moderada Grave

-Alteración de la imagen corporal:

Sin alteración Leve alteración Moderada alteración Grave alteración

**EFFECTOS SECUNDARIOS DE QUIMIOTERAPIA**

<b>PRECOCES (0 a 3 días)</b>	<b>INMEDIATOS (7 a 21 días)</b>	<b>TARDÍ OS (meses)</b>
Diarreas	Mucositis	Alopecia
Náuseas	Mielosupresión	Inmunosupresión
Vómitos	Neutropenia	Nefrotoxicidad
Malestar	Plaquetopenia	Neurotoxicidad
Adinamia	Anemia	Miocardopatías
Artralgias	Infecciones por Herpes simplex o Candida albicans	Toxicidad local
Agitación	Hemorragias	
Exantemas	Xerostomía (poco común)	

**EFFECTOS SECUNDARIOS DE RADIOTERAPIA**

<b>LESIÓN</b>	<b>PATOLOGÍA</b>	<b>CLASIFICACIÓN</b>
Eritema	Lesión de células epidérmicas	Inmediata (a los pocos días de aplicación) y reversible
Mucositis	Efectos directos de la radiación sobre la capa de células basales epiteliales.	Inmediata (segunda semana) y reversible
Disgeusia y glosodinia	Lesión de las microvellosidades y de las células exteriores del gusto sobre la lengua.	Inmediatas (las 2 primeras semanas) parcialmente reversibles
Infecciones secundarias (Candidiasis y herpes simple)	Son resultado de la xerostomía y mucositis.	Inmediatas y reversibles
Xerostomía	Disminución del flujo salival debido al daño del tejido acinar y ductal salival.	Inmediata (segunda semana) e irreversible (si la dosis sobrepasa los 60 Gy)
Necrosis severas	Pérdidas de tejidos, escaras y ulceraciones malolientes.	Inmediatas e irreversibles
Depilación	Atrofia de los folículos pilosos.	Inmediata y reversible o irreversible
Caries por irradiación	Debido a la xerostomía (topografía típica: caries en el tercio gingival y en las cúspides de los molares)	Tardía e irreversible
Trismo	Fibrosis de los músculos masticatorios o de la ATM.	Tardía (3 a 6 meses)
Osteorradionecrosis	Necrosis aséptica del hueso irradiado.	Tardía (en 3 meses o en años) e irreversible
Necrosis pulpar y dolor	Muerte pulpar y dolor.	Tardía e irreversible
Dientes hipersensibles	A causa de recibir y emitir las radiaciones.	Inmediatas o tardías.
Disfagia y nutrición	Debido a la xerostomía y disgeusia hay cambios en el gusto y el olfato y consecuentemente falta de apetito y malnutrición.	Inmediata

**A.5.4. T3: 1<sup>er</sup> año post-cirugía****PACIENTE Nº:****FECHA:**

1. Intervalo libre de enfermedad:

Recidiva:

Si

No

Supervivencia: &lt;1 año

1-5 años

&gt;5 años

Exitus : (Fecha .....)

(Causa .....)



# Anexo 6



**A.6.1 Cuestionario de Calidad de Vida; European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-H&N 35)**

<b>PACIENTE Nº:</b>	<b>FECHA:</b>			
<b><u>Durante la semana pasada</u></b>	<b><u>En absoluto</u></b>	<b><u>Un poco</u></b>	<b><u>Bastante</u></b>	<b><u>Mucho</u></b>
1. ¿Ha tenido alguna molestia en su boca?	1	2	3	4
2. ¿Ha sentido dolor en su mandíbula?	1	2	3	4
3. ¿Ha tenido su boca irritada?	1	2	3	4
4. ¿Ha tenido un dolor fuerte en su garganta?	1	2	3	4
5. ¿Ha tenido problemas al tragar líquidos?	1	2	3	4
6. ¿Ha tenido problemas al tragar alimentos en puré?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido problemas al tragar alimentos sólidos?	1	2	3	4
8. ¿Se ha atragantado cuando tragaba?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido problemas con sus dientes?	1	2	3	4
10. ¿Ha tenido problemas al abrir mucho la boca?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido la boca seca?	1	2	3	4
12. ¿Ha tenido la saliva pegajosa?	1	2	3	4
13. ¿Ha tenido problemas con su sentido del olfato?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido problemas con su sentido del gusto?	1	2	3	4
15. ¿Ha tosido?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado ronco?	1	2	3	4
17. ¿Se ha sentido enfermo?	1	2	3	4
18. ¿Se le ha hecho molesto su aspecto?	1	2	3	4
19. ¿Ha tenido dificultad al comer?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad al comer delante de su familia?	1	2	3	4

<b>Durante la semana pasada</b>	<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
21. ¿Ha tenido dificultad al comer delante de otras personas?	1	2	3	4
22. ¿Ha tenido dificultad al disfrutar de sus comidas?	1	2	3	4
23. ¿Ha tenido dificultad al hablar con otras personas?	1	2	3	4
24. ¿Ha tenido dificultad al hablar por teléfono?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultad al relacionarse con su familia?	1	2	3	4
26. ¿Ha tenido dificultad al relacionarse con sus amigos?	1	2	3	4
27. ¿Ha tenido dificultad al salir en público?	1	2	3	4
28. ¿Ha tenido dificultad al tener contacto físico con su familia o amigos?	1	2	3	4
29. ¿Ha sentido menos interés en el sexo?	1	2	3	4
30. ¿Ha disfrutado menos con el sexo?	1	2	3	4

<b>Durante la semana pasada</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
31. ¿Ha tomado medicinas para el dolor?	1	2
32. ¿Ha tomado algún suplemento nutritivo (excluir vitaminas)?	1	2
33. ¿Ha utilizado un tubo de alimentación?	1	2
34. ¿Ha perdido peso?	1	2
35. ¿Ha ganado peso?	1	2

# Anexo 7



## A.7.1. Tablas simples para muestra válida n=24 pacientes

**T1.- SEXO**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Varón</b>	17	70,8%
<b>Mujer</b>	7	29,2%

**T2.- EDAD (años)**

<b>N</b>	24
<b>Media</b>	61,3
<b>Desviación típica</b>	11,6
<b>Mínimo</b>	36,0
<b>Máximo</b>	82,0
<b>Mediana</b>	61,0

**T3.- NACIONALIDAD**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>España</b>	24	100,0%

**T4.- PROFESION**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Agricultura</b>	1	4,2%
<b>Industria</b>	3	12,5%
<b>Servicios</b>	17	70,8%
<b>Ama de casa</b>	3	12,5%

**T5.- NIVEL DE ESTUDIOS**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Analfabeto</b>	3	12,5%
<b>Obligatorios</b>	11	45,8%
<b>Pre-universitarios</b>	8	33,3%
<b>Universitarios</b>	2	8,3%

**T6.- INGRESOS**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Bajos</b>	4	16,7%
<b>Medios</b>	12	50,0%
<b>Altos</b>	8	33,3%

**T7.- ESTADO CIVIL**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Soltero</b>	4	16,7%
<b>Pareja estable</b>	15	62,5%
<b>Divorciado</b>	4	16,7%
<b>Viudo</b>	1	4,2%

**T8.- HÁBITOS**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	8	33,3%
<b>Leve</b>	1	4,2%
<b>Moderado</b>	2	8,3%
<b>Severo</b>	13	54,2%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	8	33,3%
<b>Leve</b>	3	12,5%
<b>Moderado</b>	4	16,7%
<b>Severo</b>	9	37,5%

**T9.- ALIMENTACION**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Equilibrada</b>	20	83,3%
<b>Carnes</b>	3	12,5%
<b>Lácteos</b>	1	4,2%

**T10.- REMITENTE**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Odontólogo</b>	13	54,2%
<b>Médico CAP</b>	6	25,0%
<b>Otros</b>	2	8,3%
<b>ORL</b>	2	8,3%
<b>Oncólogo</b>	1	4,2%

**T11.- DURACIÓN (días) DE PERÍODOS RELEVANTES**

<b>TIEMPO A CCEE</b>	<b>N</b>	24
	<b>Media</b>	19,3
	<b>Desviación típica</b>	41,3
	<b>Mínimo</b>	,1
	<b>Máximo</b>	180,0
	<b>Mediana</b>	3,0
<b>TIEMPO A BIOPSIA</b>	<b>N</b>	24
	<b>Media</b>	5,3
	<b>Desviación típica</b>	12,2
	<b>Mínimo</b>	,2
	<b>Máximo</b>	60,0
	<b>Mediana</b>	1,0
<b>TIEMPO A RESULTADO</b>	<b>N</b>	24
	<b>Media</b>	12,9
	<b>Desviación típica</b>	17,3
	<b>Mínimo</b>	1,0
	<b>Máximo</b>	90,0
	<b>Mediana</b>	7,0
<b>TIEMPO A CIRUGÍA</b>	<b>N</b>	24
	<b>Media</b>	31,4
	<b>Desviación típica</b>	60,7
	<b>Mínimo</b>	4,0
	<b>Máximo</b>	300,0
	<b>Mediana</b>	15,0
<b>TIEMPOTOTAL</b>	<b>N</b>	24
	<b>Media</b>	68,9
	<b>Desviación típica</b>	87,8
	<b>Mínimo</b>	8,0
	<b>Máximo</b>	322,0
	<b>Mediana</b>	36,0

Definimos el 'TIEMPO TOTAL' como la suma de los 4 y se interpreta como el tiempo desde que acude el paciente hasta que finalmente es intervenido.

**T12.- SÍNTOMA INICIAL**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Dolor</b>	8	33,3%
<b>Úlcera</b>	7	29,2%
<b>Movilidad dental</b>	3	12,5%
<b>Leucoplasia</b>	2	8,3%
<b>Disfagia</b>	2	8,3%
<b>Adenopatía cervical</b>	2	8,3%

**T13.- ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES**

	N	%	
<b>ANTECEDENTES PERSONALES</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	21	87,5%
	<b>Esófago</b>	1	4,2%
	<b>Cavidad oral</b>	1	4,2%
	<b>Comisura labial</b>	1	4,2%
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	20	83,3%
	<b>Sí</b>	4	16,7%

**T14.- ESTADIO TNM**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>I</b>	5	20,8%
<b>II</b>	4	16,7%
<b>III</b>	5	20,8%
<b>IV</b>	10	41,7%

**T15.- PATOLOGIA ASOCIADA**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	7	29,2%
<b>2º tumor primario</b>	6	25,0%
<b>Endocrino-metabólica</b>	4	16,7%
<b>Otros</b>	3	12,5%
<b>HTA</b>	2	8,3%
<b>Cardiopatía isquémica</b>	2	8,3%

**T16.- IMPACTO PSICOLOGICO PRE**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Adaptación</b>	17	70,8%
<b>Ansiedad</b>	7	29,2%

**T17.- APOYO SOCIAL**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Bueno</b>	24	100,0%

**T18.- LOCALIZACIÓN TUMOR**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Borde lateral lengua</b>	8	33,3%
<b>Trígono retromolar</b>	5	20,8%
<b>Suelo boca</b>	5	20,8%
<b>Mandibular</b>	2	8,3%
<b>Yugal</b>	1	4,2%
<b>Úvula</b>	1	4,2%
<b>Pilar amigdalino</b>	1	4,2%
<b>Maxilar superior</b>	1	4,2%

**T19.- AÑO INTERVENCIÓN**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>2009</b>	6	25,0%
<b>2010</b>	11	45,8%
<b>2011</b>	7	29,2%

**T20.- TIPO DE CIRUGÍA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Resección y colgajo local</b>	13	54,2%
<b>Resección, mandibulectomía marginal y colgajo local</b>	3	12,5%
<b>Resección, colgajo local e injerto cutáneo</b>	3	12,5%
<b>Resección y colgajo microvascularizado radial</b>	2	8,3%
<b>Resección, placa de reconstrucción y colgajo local</b>	1	4,2%
<b>Resección, placa de reconstrucción y colgajo microvascularizado radial</b>	1	4,2%
<b>Resección, mandibulectomía marginal y colgajo microvascularizado radial</b>	1	4,2%

**T21.- VACIAMIENTO**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	4	16,7%
<b>Funcional 5 niveles homolateral</b>	6	25,0%
<b>Funcional suprahomohioideo homolateral</b>	6	25,0%
<b>Funcional suprahomohioideo bilateral</b>	2	8,3%
<b>Funcional suprahomohioideo homolateral y submental bilateral</b>	4	16,7%
<b>Radical modificado homolateral</b>	2	8,3%

**T22.- TRAQUEOSTOMIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Sí</b>	14	58,3%
<b>No</b>	10	41,7%

**T23.- EXODONCIAS**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	13	54,2%
<b>2</b>	1	4,2%
<b>4</b>	2	8,3%
<b>6</b>	1	4,2%
<b>8</b>	1	4,2%
<b>Focos sépticos múltiples</b>	1	4,2%
<b>Todas las piezas</b>	5	20,8%

**T24.- ZONA RESECCION**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Glosectomía parcial</b>	6	25,0%
<b>Mandibulectomía marginal retromolar</b>	4	16,7%
<b>Suelo de boca</b>	4	16,7%
<b>Mandibulectomía marginal retromolar y pilar amigdalino</b>	2	8,3%
<b>Glosectomía parcial, suelo boca, mandibulectomía marginal retromolar y pilar amigdalino</b>	1	4,2%
<b>Suelo de boca y mandibulectomía marginal</b>	1	4,2%
<b>Glosectomía parcial, suelo boca y pilar amigdalino</b>	1	4,2%
<b>Úlula y pilar amigdalino</b>	1	4,2%
<b>Hemimaxilectomía</b>	1	4,2%
<b>Hemimandibulectomía</b>	1	4,2%
<b>Mucosa yugal</b>	1	4,2%
<b>Trígono retromolar</b>	1	4,2%

**T25.- OSTECTOMIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	11	45,8%
<b>&gt;4 cm</b>	8	33,3%
<b>&lt;4 cm</b>	5	20,8%

**T26.- TIPO RECONSTRUCCION**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	8	33,3%
<b>Microvascularizado radial</b>	9	37,5%
<b>Injerto cutáneo</b>	4	16,7%
<b>Colgajo bola Bichart</b>	2	8,3%
<b>Colgajo músculo temporal</b>	1	4,2%

**T27.- COMPLICACIONES POST-QX**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	17	70,8%
<b>Infección herida quirúrgica</b>	2	8,3%
<b>Infección respiratoria</b>	2	8,3%
<b>Dehiscencia colgajo</b>	1	4,2%
<b>Insuficiencia cardiaca</b>	1	4,2%
<b>Sangrado</b>	1	4,2%

**T28.- DIAS HOSPITALIZACIÓN**

<b>N</b>	24
<b>Media</b>	16,6
<b>Desviación típica</b>	10,1
<b>Mínimo</b>	3,0
<b>Máximo</b>	37,0
<b>Mediana</b>	16,0

**T29.- TNM POST ANATOMÍA PATOLÓGICA**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>T1N0M0</b>	6	25,0%
<b>T1N1M0</b>	2	8,3%
<b>T2N0M0</b>	5	20,8%
<b>T2N1M0</b>	1	4,2%
<b>T2N2M0</b>	3	12,5%
<b>T3N1M0</b>	1	4,2%
<b>T4N0M0</b>	2	8,3%
<b>T4N1M0</b>	2	8,3%
<b>T4N2M0</b>	2	8,3%

**T30.- BORDES QX**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Libres</b>	18	75,0%
<b>Infiltración posterior profunda</b>	5	20,8%
<b>Infiltración borde anterior</b>	1	4,2%

**T31.- ADENOPATIA POSTERIOR**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No muestra</b>	12	50,0%
<b>Nivel I</b>	2	8,3%
<b>Nivel II</b>	8	33,3%
<b>Nivel III</b>	2	8,3%

**T32.- ALTERACIONES POST-QX**

	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>ALTERACION DEGLUCION</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	2	8,3%
	<b>Leve</b>	16	66,7%
	<b>Moderada</b>	6	25,0%
<b>ALTERACION MASTICACION</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	4	16,7%
	<b>Leve</b>	7	29,2%
	<b>Moderada</b>	3	12,5%
<b>ALTERACION MASTICACION</b>	<b>Severa</b>	10	41,7%
	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Leve</b>	17	70,8%
	<b>Moderada</b>	7	29,2%
<b>ALTERACION HABLA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	7	29,2%
	<b>Leve</b>	13	54,2%
	<b>Moderada</b>	1	4,2%
<b>ALTERACION IMAGEN</b>	<b>Severa</b>	3	12,5%
	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	11	45,8%
	<b>Leve</b>	10	41,7%
	<b>Moderada</b>	3	12,5%

**T33.- NIVEL DOLOR POST-QX**

<b>N</b>	24
<b>Media</b>	2,5
<b>Desviación típica</b>	2,5
<b>Mínimo</b>	,0
<b>Máximo</b>	8,0
<b>Mediana</b>	2,0

**T34.- IMPACTO PSICOLOGICO POST-QX**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Adaptación</b>	18	75,0%
<b>Ansiedad</b>	4	16,7%
<b>Depresión</b>	2	8,3%

**T35.- TTOPREQX**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	21	87,5%
<b>Sí, quimio+radioterapia</b>	2	8,3%
<b>Sí, quimioterapia</b>	1	4,2%
<b>Sí, radioterapia</b>	0	,0%

**T36.- RADIOTERAPIA**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Sí</b>	15	62,5%
<b>No</b>	9	37,5%

**T37.- ZONA TRATADA EN RADIOTERAPIA**

	N	%
<b>Total</b>	15	100,0%
<b>Lecho y cadenas ganglionares homolaterales</b>	12	80,0%
<b>Lecho y cadenas ganglionares bilaterales</b>	2	13,3%
<b>Lecho tumoral</b>	1	6,7%

**T38.- N° GRAY**

<b>N</b>	15
<b>Media</b>	62,1
<b>Desviación típica</b>	6,0
<b>Mínimo</b>	47,0
<b>Máximo</b>	70,0
<b>Mediana</b>	66,0

**T39.- DÍAS RADIOTERAPIA**

<b>N</b>	15
<b>Media</b>	35,3
<b>Desviación típica</b>	4,5
<b>Mínimo</b>	28,0
<b>Máximo</b>	46,0
<b>Mediana</b>	35,0

**T40.- EFECTOS SECUNDARIOS RADIOTERAPIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	15	100,0%
<b>Mucositis y radiodermatitis</b>	8	53,3%
<b>Radiodermatitis</b>	3	20,0%
<b>Mucositis</b>	3	20,0%
<b>No</b>	1	6,7%

**T41.- QUIMIOTERAPIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	21	87,5%
<b>Cisplatino</b>	1	4,2%
<b>Taxol-cetusimab</b>	1	4,2%
<b>Pre-cirugía PTF</b>	1	4,2%

**T42.- DÍAS QUIMIOTERAPIA**

<b>N</b>	3
<b>Media</b>	6,3
<b>Desviación típica</b>	2,9
<b>Mínimo</b>	3,0
<b>Máximo</b>	8,0
<b>Mediana</b>	8,0

**T43.- EFECTOS SECUNDARIOS QUIMIOTERAPIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	3	100,0%
<b>Trastornos digestivos</b>	2	66,7%
<b>Toxicidad cutánea/falopecia</b>	1	33,3%

**T44.- EVOLUCIÓN GENERAL**

		N	%
<b>Estado al alta</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	24	100,0%
<b>Estado 1 Mes</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	21	87,5%
	<b>Regular</b>	3	12,5%
<b>Estado 2 meses</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	20	83,3%
	<b>Mal</b>	1	4,2%
	<b>Regular</b>	3	12,5%
<b>Estado 4 meses</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	15	62,5%
	<b>Mal</b>	3	12,5%
	<b>Regular</b>	6	25,0%
<b>Estado 6 meses</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	14	58,3%
	<b>Mal</b>	4	16,7%
	<b>Regular</b>	6	25,0%
<b>Estado 8 meses</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	14	58,3%
	<b>Mal</b>	2	8,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%
<b>Estado 10 meses</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	13	54,2%
	<b>Mal</b>	4	16,7%
	<b>Regular</b>	7	29,2%
<b>Estado 1 Año</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Bien</b>	14	58,3%
	<b>Mal</b>	4	16,7%
	<b>Regular</b>	6	25,0%

**T45.- EXITUS**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No, a 1 año</b>	21	87,5%
<b>Sí, tras 1er año</b>	3	12,5%

**T46.- CAUSA EXITUS**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	3	100,0%
<b>Enfermedad tumoral avanzada</b>	2	66,7%
<b>Evento cardiovascular</b>	1	33,3%

**T47.- NUEVA CIRUGIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	19	79,2%
<b>Sí</b>	5	20,8%

**T48.- FONIATRIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	21	87,5%
<b>Sí</b>	3	12,5%

**T49.- MESES FONIATRIA**

<b>N</b>	3
<b>Media</b>	2,3
<b>Desviación típica</b>	1,2
<b>Mínimo</b>	1,0
<b>Máximo</b>	3,0
<b>Mediana</b>	3,0

**T50.- PSICOTERAPIA**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>No</b>	20	83,3%
<b>Sí</b>	4	16,7%

**T51.- MESES PSICOTERAPIA**

<b>N</b>	4
<b>Media</b>	4,3
<b>Desviación típica</b>	2,1
<b>Mínimo</b>	2,0
<b>Máximo</b>	6,0
<b>Mediana</b>	4,5

**T52.- ALTERACIONES TARDÍAS**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ALTERACION DEGLUCION TARDIA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Leve</b>	13	54,2%
	<b>Moderada</b>	8	33,3%
	<b>Severa</b>	3	12,5%
<b>ALTERACION MASTICACION TARDIA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Leve</b>	9	37,5%
	<b>Moderada</b>	4	16,7%
	<b>Severa</b>	11	45,8%
<b>ALTERACION SOCIAL TARDIA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Leve</b>	19	79,2%
	<b>Moderada</b>	3	12,5%
	<b>Severa</b>	2	8,3%
<b>ALTERACION HABLA TARDIA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	6	25,0%
	<b>Leve</b>	17	70,8%
	<b>Severa</b>	1	4,2%
<b>ALTERACION IMAGEN TARDIA</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>No</b>	10	41,7%
	<b>Leve</b>	9	37,5%
	<b>Moderada</b>	4	16,7%
	<b>Severa</b>	1	4,2%

**T53.- NIVEL DOLOR TARDÍO**

<b>N</b>	24
<b>Media</b>	2,5
<b>Desviación típica</b>	2,9
<b>Mínimo</b>	,0
<b>Máximo</b>	8,0
<b>Mediana</b>	1,5

**T54.- IMPACTO PSICOLOGICO TARDÍO**

	N	%
<b>Total</b>	24	100,0%
<b>Adaptación</b>	18	75,0%
<b>Ansiedad</b>	4	16,7%
<b>Depresión</b>	2	8,3%

**T55.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA**

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Mediana
<b>SCORE T0</b>	24	12,7	10,5	1,1	46,7	10,6
<b>SCORE T1</b>	24	18,8	11,9	3,3	50,0	17,2
<b>SCORE T2</b>	24	20,4	13,8	2,2	53,3	16,6
<b>SCORE T3</b>	24	22,7	18,3	3,3	57,7	16,6
<b>DIFT0T1</b>	24	-6,1	12,2	-40,0	16,7	-5,0
<b>DIFT0T2</b>	24	-7,7	14,2	-43,3	14,5	-2,2
<b>DIFT0T3</b>	24	-10,0	18,1	-50,0	20,0	-4,4

Describe el score en cada tiempo. T0: Pre; T1:1 mes; T2:6 meses; T3:1 año. Vemos que la media va subiendo con el tiempo (empeora calidad de vida). También se ve lo mismo con las medianas.

Señalar que en la tabla se añaden las diferencias de score T0-T1, T0-T2, T0-T3. Cuánto más negativa, más ha empeorado la calidad de vida.

**T56.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%
	<b>Regular</b>	5	20,8%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%
	<b>Mala</b>	1	4,2%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%
	<b>Mala</b>	2	8,3%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%

Se han generado valoraciones de la evolución T0 a T1, T0 a T2, T0 a T3, en términos de mejoría/estabilidad/empeoramiento de la calidad de vida.

## A.5.2 . Tablas Calidad de vida según factores

T57.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según SEXO

		SEXO		
		Total	Varón	Mujer
SCORE T0	N	24	17	7
	Media	12,7	12,3	13,8
	Desviación típica	10,5	10,4	11,6
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	46,7	27,7
	Mediana	10,6	10,0	12,2
SCORE T1	N	24	17	7
	Media	18,8	19,2	17,9
	Desviación típica	11,9	12,0	12,4
	Mínimo	3,3	5,5	3,3
	Máximo	50,0	50,0	37,7
	Mediana	17,2	17,7	16,6
SCORE T2	N	24	17	7
	Media	20,4	20,4	20,3
	Desviación típica	13,8	13,9	14,5
	Mínimo	2,2	5,5	2,2
	Máximo	53,3	53,3	38,8
	Mediana	16,6	16,6	26,6
SCORE T3	N	24	17	7
	Media	22,7	23,1	21,8
	Desviación típica	18,3	18,8	18,4
	Mínimo	3,3	4,4	3,3
	Máximo	57,7	57,7	47,7
	Mediana	16,6	14,4	18,8
DIFT0T1	N	24	17	7
	Media	-6,1	-7,0	-4,1
	Desviación típica	12,2	13,8	7,0
	Mínimo	-40,0	-40,0	-14,4
	Máximo	16,7	16,7	6,7
	Mediana	-5,0	-6,6	-3,3
DIFT0T2	N	24	17	7
	Media	-7,7	-8,2	-6,5
	Desviación típica	14,2	14,3	14,9
	Mínimo	-43,3	-43,3	-26,6
	Máximo	14,5	10,1	14,5
	Mediana	-2,2	-2,2	-2,2
DIFT0T3	N	24	17	7
	Media	-10,0	-10,8	-8,1
	Desviación típica	18,1	20,1	13,3
	Mínimo	-50,0	-50,0	-35,5
	Máximo	20,0	20,0	4,5
	Mediana	-4,4	-3,3	-5,5

## T57b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según SEXO

		SEXO					
		Total		Varón		Mujer	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	16	94,1%	6	85,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	5,9%	1	14,3%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	14	82,4%	5	71,4%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	3	17,6%	2	28,6%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	12	70,6%	3	42,9%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,9%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	10	58,8%	4	57,1%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	29,4%	3	42,9%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	11,8%	0	,0%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	15	88,2%	6	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	11,8%	1	14,3%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	13	76,5%	4	57,1%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	4	23,5%	3	42,9%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	11	64,7%	5	71,4%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	6	35,3%	2	28,6%

Es interesante ver la evolución global T0 a T3. Vemos que el 35,3% de los varones han perdido calidad de vida frente al 28,6% de las mujeres.

Dados los tamaños muestrales pequeños, se trata de porcentajes muy similares, que no hacen pensar en diferencias debidas al género de los pacientes.

T57b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según SEXO

		SEXO					
		Total		Varón		Mujer	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	Total	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	Buena	22	91,7%	16	94,1%	6	85,7%
	Regular	2	8,3%	1	5,9%	1	14,3%
CV T1	Total	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	Buena	19	79,2%	14	82,4%	5	71,4%
	Regular	5	20,8%	3	17,6%	2	28,6%
CV T2	Total	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	Buena	15	62,5%	12	70,6%	3	42,9%
	Regular	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%
	Mala	1	4,2%	1	5,9%	0	,0%
CV T3	Total	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	Buena	14	58,3%	10	58,8%	4	57,1%
	Regular	8	33,3%	5	29,4%	3	42,9%
	Mala	2	8,3%	2	11,8%	0	,0%
EVOLCVT0T1	Total	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	Mantienen CV	21	87,5%	15	88,2%	6	85,7%
	Han empeorado CV	3	12,5%	2	11,8%	1	14,3%
EVOLCVT0T2	Total	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	Mantienen CV	17	70,8%	13	76,5%	4	57,1%
	Han empeorado CV	7	29,2%	4	23,5%	3	42,9%
EVOLCVT0T3	Total	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	Mantienen CV	16	66,7%	11	64,7%	5	71,4%
	Han empeorado CV	8	33,3%	6	35,3%	2	28,6%

De esta tabla y la anterior se deduce que los más jóvenes son los que más pérdida de calidad de vida percibida han teniendo.

## T58.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según EDAD

		EDAD			
		Total	≤55 años	56-70	>70 años
SCORE T0	N	24	7	12	5
	Media	12,7	13,9	9,6	18,4
	Desviación típica	10,5	9,1	6,8	17,6
	Mínimo	1,1	3,3	1,1	2,2
	Máximo	46,7	27,7	23,3	46,7
	Mediana	10,6	11,1	8,9	11,1
SCORE T1	N	24	7	12	5
	Media	18,8	23,9	14,3	22,6
	Desviación típica	11,9	16,5	6,1	13,2
	Mínimo	3,3	3,3	4,3	10,0
	Máximo	50,0	50,0	23,3	42,2
	Mediana	17,2	22,2	15,0	16,6
SCORE T2	N	24	7	12	5
	Media	20,4	21,1	21,7	16,2
	Desviación típica	13,8	14,3	14,9	11,9
	Mínimo	2,2	5,5	2,2	8,8
	Máximo	53,3	41,1	53,3	36,6
	Mediana	16,6	26,6	19,4	10,0
SCORE T3	N	24	7	12	5
	Media	22,7	30,6	21,9	13,7
	Desviación típica	18,3	20,3	19,2	8,8
	Mínimo	3,3	3,3	3,3	5,5
	Máximo	57,7	56,7	57,7	26,7
	Mediana	16,6	35,5	13,9	10,0
DIFT0T1	N	24	7	12	5
	Media	-6,1	-10,0	-4,7	-4,2
	Desviación típica	12,2	14,6	7,0	18,9
	Mínimo	-40,0	-40,0	-14,4	-33,4
	Máximo	16,7	4,5	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-6,6	-3,9	-3,3
DIFT0T2	N	24	7	12	5
	Media	-7,7	-7,1	-12,1	2,2
	Desviación típica	14,2	11,7	15,3	11,1
	Mínimo	-43,3	-28,9	-43,3	-14,4
	Máximo	14,5	4,4	4,4	14,5
	Mediana	-2,2	-2,2	-6,1	1,1
DIFT0T3	N	24	7	12	5
	Media	-10,0	-16,7	-12,3	4,7
	Desviación típica	18,1	18,1	18,7	9,0
	Mínimo	-50,0	-45,6	-50,0	-3,3
	Máximo	20,0	2,2	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	-10,0	-7,2	1,1

**T59.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según PROFESION**

		PROFESIÓN		
		Total	Otro sector	Servicios
SCORE T0	<b>N</b>	24	7	17
	<b>Media</b>	12,7	20,0	9,7
	<b>Desviación típica</b>	10,5	13,4	7,6
	<b>Mínimo</b>	1,1	8,8	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	46,7	27,7
	<b>Mediana</b>	10,6	12,2	7,7
SCORE T1	<b>N</b>	24	7	17
	<b>Media</b>	18,8	24,4	16,6
	<b>Desviación típica</b>	11,9	9,8	12,1
	<b>Mínimo</b>	3,3	14,4	3,3
	<b>Máximo</b>	50,0	42,2	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	20,0	14,4
SCORE T2	<b>N</b>	24	7	17
	<b>Media</b>	20,4	21,4	20,0
	<b>Desviación típica</b>	13,8	13,8	14,2
	<b>Mínimo</b>	2,2	8,8	2,2
	<b>Máximo</b>	53,3	38,8	53,3
	<b>Mediana</b>	16,6	14,4	16,6
SCORE T3	<b>N</b>	24	7	17
	<b>Media</b>	22,7	23,0	22,6
	<b>Desviación típica</b>	18,3	14,6	20,0
	<b>Mínimo</b>	3,3	7,7	3,3
	<b>Máximo</b>	57,7	47,7	57,7
	<b>Mediana</b>	16,6	18,8	13,3
DIFT01	<b>N</b>	24	7	17
	<b>Media</b>	-6,1	-4,4	-6,9
	<b>Desviación típica</b>	12,2	15,4	11,0
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-33,4	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	16,7	6,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT02	<b>N</b>	24	7	17
	<b>Media</b>	-7,7	-1,4	-10,3
	<b>Desviación típica</b>	14,2	13,3	14,1
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-26,6	-43,3
	<b>Máximo</b>	14,5	14,5	4,4
	<b>Mediana</b>	-2,2	-,1	-4,4
DIFT03	<b>N</b>	24	7	17
	<b>Media</b>	-10,0	-3,0	-12,9
	<b>Desviación típica</b>	18,1	17,0	18,3
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-35,5	-50,0
	<b>Máximo</b>	20,0	20,0	13,3
	<b>Mediana</b>	-4,4	1,1	-8,9

**T60.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ESTUDIOS**

		ESTUDIOS		
		Total	Hasta obligatorios	Más avanzados
SCORE T0	<b>N</b>	24	14	10
	<b>Media</b>	12,7	13,4	11,7
	<b>Desviación típica</b>	10,5	12,0	8,4
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	3,3
	<b>Máximo</b>	46,7	46,7	27,7
	<b>Mediana</b>	10,6	11,7	9,4
SCORE T1	<b>N</b>	24	14	10
	<b>Media</b>	18,8	14,7	24,6
	<b>Desviación típica</b>	11,9	6,6	15,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	5,5	3,3
	<b>Máximo</b>	50,0	30,0	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	14,4	21,1
SCORE T2	<b>N</b>	24	14	10
	<b>Media</b>	20,4	23,9	15,4
	<b>Desviación típica</b>	13,8	14,9	10,8
	<b>Mínimo</b>	2,2	5,5	2,2
	<b>Máximo</b>	53,3	53,3	32,2
	<b>Mediana</b>	16,6	20,0	11,7
SCORE T3	<b>N</b>	24	14	10
	<b>Media</b>	22,7	21,2	24,9
	<b>Desviación típica</b>	18,3	16,4	21,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	4,4	3,3
	<b>Máximo</b>	57,7	48,8	57,7
	<b>Mediana</b>	16,6	16,1	20,6
DIFT01	<b>N</b>	24	14	10
	<b>Media</b>	-6,1	-1,3	-12,9
	<b>Desviación típica</b>	12,2	8,7	13,5
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-14,4	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	16,7	,0
	<b>Mediana</b>	-5,0	-1,1	-8,9
DIFT02	<b>N</b>	24	14	10
	<b>Media</b>	-7,7	-10,5	-3,7
	<b>Desviación típica</b>	14,2	17,3	6,9
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-43,3	-16,6
	<b>Máximo</b>	14,5	14,5	4,4
	<b>Mediana</b>	-2,2	-6,1	-1,2
DIFT03	<b>N</b>	24	14	10
	<b>Media</b>	-10,0	-7,8	-13,1
	<b>Desviación típica</b>	18,1	17,7	19,3
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-36,6	-50,0
	<b>Máximo</b>	20,0	20,0	2,2
	<b>Mediana</b>	-4,4	-4,4	-6,1

## T60b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ESTUDIOS

		ESTUDIOS					
		Total		Hasta obligatorios		Más avanzados	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	Total	24	100,0%	14	100,0%	10	100,0%
	Buena	22	91,7%	13	92,9%	9	90,0%
	Regular	2	8,3%	1	7,1%	1	10,0%
CV T1	Total	24	100,0%	14	100,0%	10	100,0%
	Buena	19	79,2%	13	92,9%	6	60,0%
	Regular	5	20,8%	1	7,1%	4	40,0%
CV T2	Total	24	100,0%	14	100,0%	10	100,0%
	Buena	15	62,5%	8	57,1%	7	70,0%
	Regular	8	33,3%	5	35,7%	3	30,0%
	Mala	1	4,2%	1	7,1%	0	,0%
CV T3	Total	24	100,0%	14	100,0%	10	100,0%
	Buena	14	58,3%	9	64,3%	5	50,0%
	Regular	8	33,3%	5	35,7%	3	30,0%
	Mala	2	8,3%	0	,0%	2	20,0%
EVOLCVT0T1	Total	24	100,0%	14	100,0%	10	100,0%
	Mantienen CV	21	87,5%	14	100,0%	7	70,0%
	Han empeorado CV	3	12,5%	0	,0%	3	30,0%
EVOLCVT0T2	Total	24	100,0%	14	100,0%	10	100,0%
	Mantienen CV	17	70,8%	9	64,3%	8	80,0%
	Han empeorado CV	7	29,2%	5	35,7%	2	20,0%
EVOLCVT0T3	Total	24	100,0%	14	100,0%	10	100,0%
	Mantienen CV	16	66,7%	10	71,4%	6	60,0%
	Han empeorado CV	8	33,3%	4	28,6%	4	40,0%

Los pacientes que tienen más nivel de estudios presentan una mayor pérdida de calidad de vida.

**T61.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según INGRESOS**

		INGRESOS		
		Total	Bajos-medios	Altos
SCORE T0	N	24	16	8
	Media	12,7	14,3	9,4
	Desviación típica	10,5	11,3	8,4
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	46,7	27,7
	Mediana	10,6	11,1	7,7
SCORE T1	N	24	16	8
	Media	18,8	19,5	17,6
	Desviación típica	11,9	12,6	10,9
	Mínimo	3,3	5,5	3,3
	Máximo	50,0	50,0	37,7
	Mediana	17,2	16,1	19,4
SCORE T2	N	24	16	8
	Media	20,4	22,8	15,5
	Desviación típica	13,8	13,9	13,0
	Mínimo	2,2	6,7	2,2
	Máximo	53,3	53,3	38,8
	Mediana	16,6	20,0	11,1
SCORE T3	N	24	16	8
	Media	22,7	22,0	24,3
	Desviación típica	18,3	17,3	21,3
	Mínimo	3,3	4,4	3,3
	Máximo	57,7	56,7	57,7
	Mediana	16,6	16,1	19,4
DIFT0T1	N	24	16	8
	Media	-6,1	-5,1	-8,2
	Desviación típica	12,2	14,5	5,4
	Mínimo	-40,0	-40,0	-14,5
	Máximo	16,7	16,7	,0
	Mediana	-5,0	-2,2	-8,9
DIFT0T2	N	24	16	8
	Media	-7,7	-8,5	-6,1
	Desviación típica	14,2	16,2	9,6
	Mínimo	-43,3	-43,3	-26,6
	Máximo	14,5	14,5	1,1
	Mediana	-2,2	-3,4	-2,2
DIFT0T3	N	24	16	8
	Media	-10,0	-7,6	-14,9
	Desviación típica	18,1	17,6	19,5
	Mínimo	-50,0	-45,6	-50,0
	Máximo	20,0	20,0	2,2
	Mediana	-4,4	-4,4	-6,1

## T61b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según INGRESOS

		INGRESOS					
		Total		Bajos-medios		Altos	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	16	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	15	93,8%	7	87,5%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	6,3%	1	12,5%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	16	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	12	75,0%	7	87,5%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	4	25,0%	1	12,5%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	16	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	9	56,3%	6	75,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	6	37,5%	2	25,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	6,3%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	16	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	56,3%	5	62,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	6	37,5%	2	25,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	6,3%	1	12,5%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	16	100,0%	8	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	13	81,3%	8	100,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	3	18,8%	0	,0%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	16	100,0%	8	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	10	62,5%	7	87,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	6	37,5%	1	12,5%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	16	100,0%	8	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	10	62,5%	6	75,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	6	37,5%	2	25,0%

**T62.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ESTADO CIVIL**

		ESTADO CIVIL		
		Total	Sin pareja	Pareja estable
SCORE T0	N	24	9	15
	Media	12,7	9,5	14,6
	Desviación típica	10,5	8,0	11,6
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	10,0	12,2
SCORE T1	N	24	9	15
	Media	18,8	20,8	17,6
	Desviación típica	11,9	14,6	10,3
	Mínimo	3,3	3,3	4,3
	Máximo	50,0	50,0	42,2
	Mediana	17,2	17,7	16,6
SCORE T2	N	24	9	15
	Media	20,4	20,6	20,3
	Desviación típica	13,8	15,1	13,4
	Mínimo	2,2	5,5	2,2
	Máximo	53,3	53,3	41,1
	Mediana	16,6	16,6	16,6
SCORE T3	N	24	9	15
	Media	22,7	18,4	25,4
	Desviación típica	18,3	18,4	18,3
	Mínimo	3,3	3,3	3,3
	Máximo	57,7	56,7	57,7
	Mediana	16,6	8,8	24,4
DIFT01	N	24	9	15
	Media	-6,1	-11,4	-3,0
	Desviación típica	12,2	11,9	11,6
	Mínimo	-40,0	-40,0	-33,4
	Máximo	16,7	,0	16,7
	Mediana	-5,0	-7,8	-1,1
DIFT02	N	24	9	15
	Media	-7,7	-11,1	-5,6
	Desviación típica	14,2	15,5	13,4
	Mínimo	-43,3	-43,3	-28,9
	Máximo	14,5	4,4	14,5
	Mediana	-2,2	-2,2	-,1
DIFT03	N	24	9	15
	Media	-10,0	-8,9	-10,7
	Desviación típica	18,1	15,0	20,3
	Mínimo	-50,0	-45,6	-50,0
	Máximo	20,0	2,2	20,0
	Mediana	-4,4	-3,3	-8,9

**T62b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ESTADO CIVIL**

		ESTADO CIVIL					
		Total		Sin pareja		Pareja estable	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	8	88,9%	14	93,3%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	11,1%	1	6,7%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	7	77,8%	12	80,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	22,2%	3	20,0%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	5	55,6%	10	66,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	3	33,3%	5	33,3%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	11,1%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	6	66,7%	8	53,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	22,2%	6	40,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	11,1%	1	6,7%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	8	88,9%	13	86,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	11,1%	2	13,3%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	6	66,7%	11	73,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	33,3%	4	26,7%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	7	77,8%	9	60,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	2	22,2%	6	40,0%

Observamos que los pacientes con pareja estable manifiestan tener una peor calidad de vida.

**T63.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según FUMADOR**

		FUMADOR		
		Total	No/Leve	Moderado/Severo
SCORE T0	N	24	9	15
	Media	12,7	9,7	14,5
	Desviación típica	10,5	9,8	10,8
	Mínimo	1,1	1,1	2,2
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	4,4	11,1
SCORE T1	N	24	9	15
	Media	18,8	14,5	21,4
	Desviación típica	11,9	10,4	12,2
	Mínimo	3,3	3,3	7,7
	Máximo	50,0	37,7	50,0
	Mediana	17,2	14,4	20,0
SCORE T2	N	24	9	15
	Media	20,4	15,3	23,4
	Desviación típica	13,8	12,6	13,9
	Mínimo	2,2	2,2	6,7
	Máximo	53,3	38,8	53,3
	Mediana	16,6	10,0	22,2
SCORE T3	N	24	9	15
	Media	22,7	18,3	25,4
	Desviación típica	18,3	15,6	19,7
	Mínimo	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	47,7	57,7
	Mediana	16,6	13,3	26,7
DIFT01	N	24	9	15
	Media	-6,1	-4,8	-7,0
	Desviación típica	12,2	6,9	14,6
	Mínimo	-40,0	-14,4	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT02	N	24	9	15
	Media	-7,7	-5,5	-9,0
	Desviación típica	14,2	13,1	15,0
	Mínimo	-43,3	-26,6	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-2,2	-2,2
DIFT03	N	24	9	15
	Media	-10,0	-8,6	-10,9
	Desviación típica	18,1	13,1	21,0
	Mínimo	-50,0	-35,5	-50,0
	Máximo	20,0	4,5	20,0
	Mediana	-4,4	-5,5	-3,3

**T63b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según FUMADOR**

		FUMADOR					
		Total		No/Leve		Moderado/severo	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	8	88,9%	14	93,3%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	11,1%	1	6,7%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	8	88,9%	11	73,3%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	11,1%	4	26,7%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	6	66,7%	9	60,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	3	33,3%	5	33,3%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	6,7%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	7	77,8%	7	46,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	22,2%	6	40,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	13,3%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	9	100,0%	12	80,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	3	20,0%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	7	77,8%	10	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	2	22,2%	5	33,3%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	8	88,8%	8	53,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	1	11,1%	7	46,7%

El 46,7% de los fumadores moderados/severos pierden calidad de vida de T0 a T3, frente a sólo el 11,1% de los no fumadores o fumadores ocasionales (consumo menor de 3 cigarrillos día).

**T64.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según BEBEDOR**

		BEBEDOR		
		Total	No/Leve	Moderado /severo
SCORE T0	N	24	11	13
	Media	12,7	12,4	13,0
	Desviación típica	10,5	9,5	11,7
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	12,2	10,0
SCORE T1	N	24	11	13
	Media	18,8	18,2	19,4
	Desviación típica	11,9	13,3	11,0
	Mínimo	3,3	3,3	7,7
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	16,6	17,7
SCORE T2	N	24	11	13
	Media	20,4	17,0	23,2
	Desviación típica	13,8	12,1	14,9
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	38,8	53,3
	Mediana	16,6	12,2	22,2
SCORE T3	N	24	11	13
	Media	22,7	17,7	27,0
	Desviación típica	18,3	15,5	19,9
	Mínimo	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	47,7	57,7
	Mediana	16,6	13,3	26,7
DIFT0T1	N	24	11	13
	Media	-6,1	-5,8	-6,4
	Desviación típica	12,2	11,2	13,4
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT0T2	N	24	11	13
	Media	-7,7	-4,6	-10,2
	Desviación típica	14,2	12,1	15,7
	Mínimo	-43,3	-26,6	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-2,2	-4,4
DIFT0T3	N	24	11	13
	Media	-10,0	-5,3	-14,0
	Desviación típica	18,1	11,6	21,9
	Mínimo	-50,0	-35,5	-50,0
	Máximo	20,0	7,8	20,0
	Mediana	-4,4	-2,2	-16,7

## T64b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según BEBEDOR

		BEBEDOR					
		Total		No/Leve		Moderado/severo	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	Total	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	Buena	22	91,7%	10	90,9%	12	92,3%
	Regular	2	8,3%	1	9,1%	1	7,7%
CV T1	Total	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	Buena	19	79,2%	8	72,7%	11	84,6%
	Regular	5	20,8%	3	27,3%	2	15,4%
CV T2	Total	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	Buena	15	62,5%	7	63,6%	8	61,5%
	Regular	8	33,3%	4	36,4%	4	30,8%
	Mala	1	4,2%	0	,0%	1	7,7%
CV T3	Total	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	Buena	14	58,3%	8	72,7%	6	46,2%
	Regular	8	33,3%	3	27,3%	5	38,5%
	Mala	2	8,3%	0	,0%	2	15,4%
EVOLCVT0T1	Total	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	Mantienen CV	21	87,5%	9	81,8%	12	92,3%
	Han empeorado CV	3	12,5%	2	18,2%	1	7,7%
EVOLCVT0T2	Total	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	Mantienen CV	17	70,8%	8	72,7%	9	69,2%
	Han empeorado CV	7	29,2%	3	27,3%	4	30,8%
EVOLCVT0T3	Total	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	Mantienen CV	16	66,7%	9	81,8%	7	53,8%
	Han empeorado CV	8	33,3%	2	18,2%	6	46,2%

El 46,2% de los bebedores moderados/severos pierden calidad de vida de T0 a T3, frente a sólo el 18,2% de los no bebedores/ bebedores ocasionales.

**T65.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALIMENTACION**

		ALIMENTACION		
		Total	Equilibrada	Otra
SCORE T0	N	24	20	4
	Media	12,7	13,0	11,3
	Desviación típica	10,5	11,4	4,5
	Mínimo	1,1	1,1	7,7
	Máximo	46,7	46,7	17,7
	Mediana	10,6	10,6	10,0
SCORE T1	N	24	20	4
	Media	18,8	18,1	22,7
	Desviación típica	11,9	11,8	13,1
	Mínimo	3,3	3,3	13,3
	Máximo	50,0	50,0	42,2
	Mediana	17,2	16,1	17,7
SCORE T2	N	24	20	4
	Media	20,4	21,1	16,9
	Desviación típica	13,8	14,1	13,1
	Mínimo	2,2	2,2	6,7
	Máximo	53,3	53,3	35,5
	Mediana	16,6	19,4	12,8
SCORE T3	N	24	20	4
	Media	22,7	22,4	24,4
	Desviación típica	18,3	17,6	24,1
	Mínimo	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	57,7	56,7
	Mediana	16,6	16,6	18,3
DIFT0T1	N	24	20	4
	Media	-6,1	-5,1	-11,4
	Desviación típica	12,2	11,5	15,9
	Mínimo	-40,0	-40,0	-33,4
	Máximo	16,7	16,7	4,4
	Mediana	-5,0	-3,3	-8,3
DIFT0T2	N	24	20	4
	Media	-7,7	-8,1	-5,6
	Desviación típica	14,2	14,4	14,9
	Mínimo	-43,3	-43,3	-27,8
	Máximo	14,5	14,5	4,4
	Mediana	-2,2	-3,3	,5
DIFT0T3	N	24	20	4
	Media	-10,0	-9,4	-13,1
	Desviación típica	18,1	17,0	25,9
	Mínimo	-50,0	-50,0	-45,6
	Máximo	20,0	20,0	13,3
	Mediana	-4,4	-4,4	-10,0

## T65b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALIMENTACION

		ALIMENTACION					
		Total		Equilibrada		Otra	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	20	100,0%	4	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	18	90,0%	4	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	2	10,0%	0	,0%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	20	100,0%	4	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	16	80,0%	3	75,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	4	20,0%	1	25,0%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	20	100,0%	4	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	12	60,0%	3	75,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	7	35,0%	1	25,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,0%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	20	100,0%	4	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	12	60,0%	2	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	7	35,0%	1	25,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	5,0%	1	25,0%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	20	100,0%	4	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	18	90,0%	3	75,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	10,0%	1	25,0%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	20	100,0%	4	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	14	70,0%	3	75,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	6	30,0%	1	25,0%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	20	100,0%	4	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	14	70,0%	2	50,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	6	30,0%	2	50,0%

**T66.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA**

		TIEMPO TOTAL			
		Total	<1 mes	1-2 meses	>2 meses
SCORE T0	<b>N</b>	24	11	7	6
	<b>Media</b>	12,7	13,0	16,0	8,3
	<b>Desviación típica</b>	10,5	12,2	9,5	8,0
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	3,3	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	46,7	27,7	23,3
	<b>Mediana</b>	10,6	11,1	12,2	6,1
SCORE T1	<b>N</b>	24	11	7	6
	<b>Media</b>	18,8	18,3	19,0	19,6
	<b>Desviación típica</b>	11,9	10,1	11,5	16,8
	<b>Mínimo</b>	3,3	7,7	4,3	3,3
	<b>Máximo</b>	50,0	42,2	37,7	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	14,4	17,7	17,8
SCORE T2	<b>N</b>	24	11	7	6
	<b>Media</b>	20,4	19,2	23,1	19,4
	<b>Desviación típica</b>	13,8	16,2	14,7	8,6
	<b>Mínimo</b>	2,2	5,5	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	53,3	41,1	26,6
	<b>Mediana</b>	16,6	10,0	27,7	22,8
SCORE T3	<b>N</b>	24	11	7	6
	<b>Media</b>	22,7	18,5	26,8	25,7
	<b>Desviación típica</b>	18,3	18,4	15,6	22,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	4,4	3,3	3,3
	<b>Máximo</b>	57,7	56,7	48,8	57,7
	<b>Mediana</b>	16,6	8,8	28,8	20,0
DIFT0T1	<b>N</b>	24	11	7	6
	<b>Media</b>	-6,1	-5,3	-3,0	-11,3
	<b>Desviación típica</b>	12,2	13,0	6,8	15,5
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-33,4	-10,0	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	16,7	6,7	,0
	<b>Mediana</b>	-5,0	-6,6	-3,3	-6,7
DIFT0T2	<b>N</b>	24	11	7	6
	<b>Media</b>	-7,7	-6,2	-7,1	-11,1
	<b>Desviación típica</b>	14,2	15,9	15,9	9,6
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-43,3	-28,9	-25,5
	<b>Máximo</b>	14,5	10,1	14,5	,0
	<b>Mediana</b>	-2,2	,0	-2,2	-11,2
DIFT0T3	<b>N</b>	24	11	7	6
	<b>Media</b>	-10,0	-5,5	-10,8	-17,4
	<b>Desviación típica</b>	18,1	20,5	14,1	18,0
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-45,6	-36,6	-50,0
	<b>Máximo</b>	20,0	20,0	4,5	,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	1,1	-10,0	-12,8

**T66b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según TIEMPO TOTAL HASTA CIRUGÍA**

		TIEMPO TOTAL							
		Total		<1 mes		1-2 meses		>2 meses	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	10	90,9%	6	85,7%	6	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	9,1%	1	14,3%	0	,0%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	9	81,8%	5	71,4%	5	83,3%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	18,2%	2	28,6%	1	16,7%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	8	72,7%	3	42,9%	4	66,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	18,2%	4	57,1%	2	33,3%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	9,1%	0	,0%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	8	72,7%	3	42,9%	3	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	18,2%	4	57,1%	2	33,3%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	9,1%	0	,0%	1	16,7%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	10	90,9%	6	85,7%	5	83,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	9,1%	1	14,3%	1	16,7%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	9	81,8%	4	57,1%	4	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	2	18,2%	3	42,9%	2	33,3%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	7	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	9	81,8%	4	57,1%	3	50,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	2	18,2%	3	42,9%	3	50,0%

Obsérvese que si el tiempo total supera 1 mes, es más probable experimentar una mayor reducción de la calidad de vida.

**T67.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según TNM**

		TNM		
		Total	I-II	III-IV
SCORE T0	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	12,7	10,8	13,8
	<b>Desviación típica</b>	10,5	7,9	11,9
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	25,5	46,7
	<b>Mediana</b>	10,6	12,2	10,0
SCORE T1	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	18,8	14,9	21,2
	<b>Desviación típica</b>	11,9	8,6	13,1
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	50,0	28,8	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	15,5	17,7
SCORE T2	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	20,4	17,1	22,3
	<b>Desviación típica</b>	13,8	12,7	14,4
	<b>Mínimo</b>	2,2	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	38,8	53,3
	<b>Mediana</b>	16,6	14,4	22,2
SCORE T3	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	22,7	14,1	27,9
	<b>Desviación típica</b>	18,3	16,2	17,9
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	57,7	47,7	57,7
	<b>Mediana</b>	16,6	6,6	26,7
DIFT0T1	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-6,1	-4,1	-7,4
	<b>Desviación típica</b>	12,2	7,5	14,4
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-14,5	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	6,7	16,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT0T2	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-7,7	-6,3	-8,5
	<b>Desviación típica</b>	14,2	11,6	15,8
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-26,6	-43,3
	<b>Máximo</b>	14,5	4,4	14,5
	<b>Mediana</b>	-2,2	-2,2	-4,4
DIFT0T3	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-10,0	-3,3	-14,1
	<b>Desviación típica</b>	18,1	13,9	19,6
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-35,5	-50,0
	<b>Máximo</b>	20,0	13,3	20,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	,0	-10,0

## T67b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según TNM

		TNM					
		Total		I-II		III-IV	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	9	100,0%	13	86,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	2	13,3%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	8	88,9%	11	73,3%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	11,1%	4	26,7%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	6	66,7%	9	60,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	3	33,3%	5	33,3%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	6,7%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	7	77,8%	7	46,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	22,2%	6	40,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	13,3%
EVOLCVT01	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	8	88,9%	13	86,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	11,1%	2	13,3%
EVOLCVT02	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	6	66,7%	11	73,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	33,3%	4	26,7%
EVOLCVT03	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	7	77,8%	9	60,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	2	22,2%	6	40,0%

Observamos que a mayor estadio, la pérdida de calidad de vida es más acusada.

**T68.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según PATOLOGIA ASOCIADA**

		PATOLOGIAASOCIADA			
		Total	No	2º tumor primario	Otras
SCORE T0	N	24	7	6	11
	Media	12,7	9,0	9,8	16,6
	Desviación típica	10,5	7,1	7,2	12,8
	Mínimo	1,1	1,1	3,3	1,1
	Máximo	46,7	23,3	23,3	46,7
	Mediana	10,6	7,7	8,3	12,2
SCORE T1	N	24	7	6	11
	Media	18,8	19,3	18,3	18,8
	Desviación típica	11,9	14,8	14,0	9,7
	Mínimo	3,3	3,3	4,3	7,7
	Máximo	50,0	50,0	42,2	37,7
	Mediana	17,2	16,6	17,2	17,7
SCORE T2	N	24	7	6	11
	Media	20,4	20,4	13,1	24,3
	Desviación típica	13,8	18,7	8,2	12,1
	Mínimo	2,2	5,5	2,2	6,7
	Máximo	53,3	53,3	23,3	41,1
	Mediana	16,6	8,8	11,1	26,6
SCORE T3	N	24	7	6	11
	Media	22,7	16,6	23,1	26,4
	Desviación típica	18,3	10,6	23,0	19,8
	Mínimo	3,3	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	28,8	57,7	56,7
	Mediana	16,6	18,8	11,7	26,7
DIFT0T1	N	24	7	6	11
	Media	-6,1	-10,3	-8,5	-2,2
	Desviación típica	12,2	15,2	13,0	9,1
	Mínimo	-40,0	-40,0	-33,4	-14,4
	Máximo	16,7	6,7	,0	16,7
	Mediana	-5,0	-10,0	-2,2	-6,6
DIFT0T2	N	24	7	6	11
	Media	-7,7	-11,4	-3,4	-7,7
	Desviación típica	14,2	19,4	6,4	13,9
	Mínimo	-43,3	-43,3	-14,5	-28,9
	Máximo	14,5	14,5	1,1	10,1
	Mediana	-2,2	-4,4	-,1	-2,2
DIFT0T3	N	24	7	6	11
	Media	-10,0	-7,6	-13,4	-9,8
	Desviación típica	18,1	12,2	20,3	21,2
	Mínimo	-50,0	-23,3	-50,0	-45,6
	Máximo	20,0	4,5	1,1	20,0
	Mediana	-4,4	,0	-4,5	-5,5

**T68b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según PATOLOGIA ASOCIADA**

		PATOLOGIAASOCIADA							
		Total		No		2º tumor primario		Otras	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	7	100,0%	6	100,0%	9	81,8%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	0	,0%	2	18,2%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	6	85,7%	5	83,3%	8	72,7%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	14,3%	1	16,7%	3	27,3%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	4	57,1%	6	100,0%	5	45,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	28,6%	0	,0%	6	54,5%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	14,3%	0	,0%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	5	71,4%	4	66,7%	5	45,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	28,6%	1	16,7%	5	45,5%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	1	16,7%	1	9,1%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	6	85,7%	5	83,3%	10	90,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	14,3%	1	16,7%	1	9,1%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	4	57,1%	6	100,0%	7	63,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	42,9%	0	,0%	4	36,4%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	6	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	5	71,4%	4	66,7%	7	63,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	2	28,6%	2	33,3%	4	36,4%

**T69.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según  
IMPACTO PSICOLOGICO PRE**

		IMPACTO PSICOLOGICO PRE		
		Total	Adaptación	Ansiedad
SCORE T0	<b>N</b>	24	17	7
	<b>Media</b>	12,7	12,5	13,1
	<b>Desviación típica</b>	10,5	11,0	10,1
	<b>Mínimo</b>	1,1	2,2	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	46,7	27,7
	<b>Mediana</b>	10,6	10,0	12,2
SCORE T1	<b>N</b>	24	17	7
	<b>Media</b>	18,8	18,9	18,7
	<b>Desviación típica</b>	11,9	13,0	9,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	7,7
	<b>Máximo</b>	50,0	50,0	37,7
	<b>Mediana</b>	17,2	17,7	16,6
SCORE T2	<b>N</b>	24	17	7
	<b>Media</b>	20,4	21,0	18,8
	<b>Desviación típica</b>	13,8	14,6	12,3
	<b>Mínimo</b>	2,2	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	53,3	38,8
	<b>Mediana</b>	16,6	16,6	14,4
SCORE T3	<b>N</b>	24	17	7
	<b>Media</b>	22,7	22,9	22,3
	<b>Desviación típica</b>	18,3	19,7	15,6
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	6,6
	<b>Máximo</b>	57,7	57,7	47,7
	<b>Mediana</b>	16,6	13,3	18,8
DIFT01	<b>N</b>	24	17	7
	<b>Media</b>	-6,1	-6,4	-5,5
	<b>Desviación típica</b>	12,2	13,5	8,8
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-40,0	-14,4
	<b>Máximo</b>	16,7	16,7	6,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-3,3	-7,8
DIFT02	<b>N</b>	24	17	7
	<b>Media</b>	-7,7	-8,5	-5,7
	<b>Desviación típica</b>	14,2	14,1	15,2
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-43,3	-26,6
	<b>Máximo</b>	14,5	10,1	14,5
	<b>Mediana</b>	-2,2	-2,2	-2,2
DIFT03	<b>N</b>	24	17	7
	<b>Media</b>	-10,0	-10,4	-9,2
	<b>Desviación típica</b>	18,1	19,6	15,4
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-50,0	-35,5
	<b>Máximo</b>	20,0	20,0	7,8
	<b>Mediana</b>	-4,4	-3,3	-5,5

**T69b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según IMPACTO PSICOLOGICO PRE**

		IMPACTO PSICOLOGICO PRE					
		Total		Adaptación		Ansiedad	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	16	94,1%	6	85,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	5,9%	1	14,3%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	13	76,5%	6	85,7%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	4	23,5%	1	14,3%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	11	64,7%	4	57,1%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	29,4%	3	42,9%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,9%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	52,9%	5	71,4%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	6	35,3%	2	28,6%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	11,8%	0	,0%
<b>EVOLCVT01</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	14	82,4%	7	100,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	3	17,6%	0	,0%
<b>EVOLCVT02</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	12	70,6%	5	71,4%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	5	29,4%	2	28,6%
<b>EVOLCVT03</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	10	58,8%	6	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	7	41,2%	1	14,3%

Los pacientes en fase de adaptación inicial experimentan una mayor percepción de pérdida de calidad de vida.

**T71.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según AÑO INTERVENCIÓN**

		AÑO INTERV			
		Total	2009	2010	2011
SCORE T0	<b>N</b>	24	6	11	7
	<b>Media</b>	12,7	10,7	10,0	18,7
	<b>Desviación típica</b>	10,5	8,0	6,3	15,6
	<b>Mínimo</b>	1,1	3,3	1,1	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	23,3	23,3	46,7
	<b>Mediana</b>	10,6	7,7	11,1	12,2
SCORE T1	<b>N</b>	24	6	11	7
	<b>Media</b>	18,8	12,7	19,2	23,5
	<b>Desviación típica</b>	11,9	6,8	14,5	9,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	4,3	11,1
	<b>Máximo</b>	50,0	20,0	50,0	37,7
	<b>Mediana</b>	17,2	15,0	15,5	22,2
SCORE T2	<b>N</b>	24	6	11	7
	<b>Media</b>	20,4	16,8	19,2	25,3
	<b>Desviación típica</b>	13,8	10,9	13,1	17,3
	<b>Mínimo</b>	2,2	5,5	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	35,5	41,1	53,3
	<b>Mediana</b>	16,6	14,4	16,6	27,7
SCORE T3	<b>N</b>	24	6	11	7
	<b>Media</b>	22,7	21,1	24,2	21,9
	<b>Desviación típica</b>	18,3	20,3	21,5	12,7
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	57,7	57,7	56,7	37,7
	<b>Mediana</b>	16,6	16,1	10,0	24,4
DIFT01	<b>N</b>	24	6	11	7
	<b>Media</b>	-6,1	-2,1	-9,3	-4,8
	<b>Desviación típica</b>	12,2	7,6	14,8	10,7
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-12,3	-40,0	-14,5
	<b>Máximo</b>	16,7	6,7	6,7	16,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-6	-6,6	-7,8
DIFT02	<b>N</b>	24	6	11	7
	<b>Media</b>	-7,7	-6,1	-9,2	-6,6
	<b>Desviación típica</b>	14,2	14,4	13,4	17,0
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-27,8	-28,9	-43,3
	<b>Máximo</b>	14,5	14,5	4,4	10,1
	<b>Mediana</b>	-2,2	-5,0	-,1	-2,2
DIFT03	<b>N</b>	24	6	11	7
	<b>Media</b>	-10,0	-10,4	-14,2	-3,2
	<b>Desviación típica</b>	18,1	22,7	18,4	13,4
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-50,0	-45,6	-23,3
	<b>Máximo</b>	20,0	13,3	7,8	20,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	-4,5	-5,5	-2,2

## T71b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según AÑO INTERVENCIÓN

		AÑO INTERV							
		Total		2009		2010		2011	
		N	%	N	%	N	%	N	%
CV T0	Total	24	100,0%	6	100,0%	11	100,0%	7	100,0%
	Buena	22	91,7%	6	100,0%	11	100,0%	5	71,4%
	Regular	2	8,3%	0	,0%	0	,0%	2	28,6%
CV T1	Total	24	100,0%	6	100,0%	11	100,0%	7	100,0%
	Buena	19	79,2%	6	100,0%	9	81,8%	4	57,1%
	Regular	5	20,8%	0	,0%	2	18,2%	3	42,9%
CV T2	Total	24	100,0%	6	100,0%	11	100,0%	7	100,0%
	Buena	15	62,5%	5	83,3%	7	63,6%	3	42,9%
	Regular	8	33,3%	1	16,7%	4	36,4%	3	42,9%
	Mala	1	4,2%	0	,0%	0	,0%	1	14,3%
CV T3	Total	24	100,0%	6	100,0%	11	100,0%	7	100,0%
	Buena	14	58,3%	4	66,7%	6	54,5%	4	57,1%
	Regular	8	33,3%	1	16,7%	4	36,4%	3	42,9%
	Mala	2	8,3%	1	16,7%	1	9,1%	0	,0%
EVOLCVT0T1	Total	24	100,0%	6	100,0%	11	100,0%	7	100,0%
	Mantiene CV	21	87,5%	6	100,0%	9	81,8%	6	85,7%
	Han empeorado CV	3	12,5%	0	,0%	2	18,2%	1	14,3%
EVOLCVT0T2	Total	24	100,0%	6	100,0%	11	100,0%	7	100,0%
	Mantiene CV	17	70,8%	5	83,3%	7	63,6%	5	71,4%
	Han empeorado CV	7	29,2%	1	16,7%	4	36,4%	2	28,6%
EVOLCVT0T3	Total	24	100,0%	6	100,0%	11	100,0%	7	100,0%
	Mantiene CV	16	66,7%	4	66,7%	6	54,5%	6	85,7%
	Han empeorado CV	8	33,3%	2	33,3%	5	45,5%	1	14,3%

Los pacientes intervenidos antes de 2011 han experimentado mayor pérdida de calidad de vida.

**T72.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según TIPO CIRUGÍA**

		TIPO CIRUGÍA		
		Total	Resección y colgajo local	Otras
SCORE T0	N	24	13	11
	Media	12,7	12,4	13,0
	Desviación típica	10,5	8,8	12,6
	Mínimo	1,1	1,1	2,2
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	11,1	10,0
SCORE T1	N	24	13	11
	Media	18,8	22,0	15,1
	Desviación típica	11,9	13,8	8,2
	Mínimo	3,3	4,3	3,3
	Máximo	50,0	50,0	30,0
	Mediana	17,2	16,6	17,7
SCORE T2	N	24	13	11
	Media	20,4	19,4	21,5
	Desviación típica	13,8	13,3	14,9
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	41,1	53,3
	Mediana	16,6	16,6	16,6
SCORE T3	N	24	13	11
	Media	22,7	21,3	24,4
	Desviación típica	18,3	16,7	20,6
	Mínimo	3,3	3,3	3,3
	Máximo	57,7	48,8	57,7
	Mediana	16,6	18,8	14,4
DIFT0T1	N	24	13	11
	Media	-6,1	-9,6	-2,1
	Desviación típica	12,2	14,1	8,3
	Mínimo	-40,0	-40,0	-12,3
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-6,6	-1,1
DIFT0T2	N	24	13	11
	Media	-7,7	-7,0	-8,5
	Desviación típica	14,2	13,3	15,8
	Mínimo	-43,3	-28,9	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-,1	-2,2
DIFT0T3	N	24	13	11
	Media	-10,0	-8,9	-11,4
	Desviación típica	18,1	15,4	21,7
	Mínimo	-50,0	-36,6	-50,0
	Máximo	20,0	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	-5,5	-3,3

El tipo de cirugía se ha dividido en 2 grupos. El grupo 'resección y colgajo local' corresponde simplemente a la opción más frecuente en la muestra. Por esta razón se compara con el conjunto de otras opciones menos habituales (ver tabla T20)

**T72b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según TIPO CIRUGÍA**

		TIPO CIRUGÍA					
		Total		Resección y colgajo local		Otras	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	12	92,3%	10	90,9%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	7,7%	1	9,1%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	9	69,2%	10	90,9%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	4	30,8%	1	9,1%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	7	53,8%	8	72,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	6	46,2%	2	18,2%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	9,1%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	8	61,5%	6	54,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	38,5%	3	27,3%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	18,2%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	10	76,9%	11	100,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	3	23,1%	0	,0%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	8	61,5%	9	81,8%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	5	38,5%	2	18,2%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	9	69,2%	7	63,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	4	30,8%	4	36,4%

## T73.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según VACIAMIENTO

		VACIAMIENTO				
		Total	No	Funcional 5 niveles	Funcional 3 niveles	Radical modificado
SCORE T0	N	24	4	6	12	2
	Media	12,7	8,3	12,0	14,8	11,1
	Desviación típica	10,5	7,6	10,8	12,2	1,6
	Mínimo	1,1	1,1	1,1	2,2	10,0
	Máximo	46,7	17,7	27,7	46,7	12,2
	Mediana	10,6	7,2	7,7	11,7	11,1
SCORE T1	N	24	4	6	12	2
	Media	18,8	11,9	19,8	19,0	28,9
	Desviación típica	11,9	5,1	10,7	10,8	29,9
	Mínimo	3,3	4,3	5,5	3,3	7,7
	Máximo	50,0	15,5	37,7	42,2	50,0
	Mediana	17,2	13,9	18,9	18,3	28,9
SCORE T2	N	24	4	6	12	2
	Media	20,4	13,9	21,1	20,0	33,9
	Desviación típica	13,8	10,3	10,8	16,0	10,3
	Mínimo	2,2	2,2	5,5	5,5	26,6
	Máximo	53,3	26,6	35,5	53,3	41,1
	Mediana	16,6	13,3	22,8	12,2	33,9
SCORE T3	N	24	4	6	12	2
	Media	22,7	6,1	34,8	19,8	37,8
	Desviación típica	18,3	3,0	16,0	18,1	15,6
	Mínimo	3,3	3,3	13,3	3,3	26,7
	Máximo	57,7	10,0	57,7	56,7	48,8
	Mediana	16,6	5,5	33,3	11,6	37,8
DIFT0T1	N	24	4	6	12	2
	Media	-6,1	-3,6	-7,8	-4,3	-17,8
	Desviación típica	12,2	7,9	5,8	12,4	31,5
	Mínimo	-40,0	-14,4	-13,3	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	4,4	,0	16,7	4,5
	Mediana	-5,0	-2,2	-10,0	-5,0	-17,8
DIFT0T2	N	24	4	6	12	2
	Media	-7,7	-5,6	-9,1	-5,2	-22,8
	Desviación típica	14,2	13,3	10,7	16,2	8,7
	Mínimo	-43,3	-25,5	-27,8	-43,3	-28,9
	Máximo	14,5	1,1	,0	14,5	-16,6
	Mediana	-2,2	1,1	-6,1	-1,2	-22,8
DIFT0T3	N	24	4	6	12	2
	Media	-10,0	2,2	-22,8	-5,0	-26,7
	Desviación típica	18,1	7,9	14,8	18,2	14,1
	Mínimo	-50,0	-5,5	-50,0	-45,6	-36,6
	Máximo	20,0	13,3	-8,9	20,0	-16,7
	Mediana	-4,4	,6	-22,2	,6	-26,7

## T73b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según VACIAMIENTO

		VACIAMIENTO									
		Total		No		Funcional 5 niveles		Funcional 3 niveles		Radical modificado	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CV T0	Total	24	100,0%	4	100,0%	6	100,0%	12	100,0%	2	100,0%
	Buena	22	91,7%	4	100,0%	5	83,3%	11	91,7%	2	100,0%
	Regular	2	8,3%	0	,0%	1	16,7%	1	8,3%	0	,0%
CV T1	Total	24	100,0%	4	100,0%	6	100,0%	12	100,0%	2	100,0%
	Buena	19	79,2%	4	100,0%	5	83,3%	9	75,0%	1	50,0%
	Regular	5	20,8%	0	,0%	1	16,7%	3	25,0%	1	50,0%
CV T2	Total	24	100,0%	4	100,0%	6	100,0%	12	100,0%	2	100,0%
	Buena	15	62,5%	3	75,0%	4	66,7%	8	66,7%	0	,0%
	Regular	8	33,3%	1	25,0%	2	33,3%	3	25,0%	2	100,0%
	Mala	1	4,2%	0	,0%	0	,0%	1	8,3%	0	,0%
CV T3	Total	24	100,0%	4	100,0%	6	100,0%	12	100,0%	2	100,0%
	Buena	14	58,3%	4	100,0%	2	33,3%	8	66,7%	0	,0%
	Regular	8	33,3%	0	,0%	3	50,0%	3	25,0%	2	100,0%
	Mala	2	8,3%	0	,0%	1	16,7%	1	8,3%	0	,0%
EVOLCVT0T1	Total	24	100,0%	4	100,0%	6	100,0%	12	100,0%	2	100,0%
	Mantienen CV	21	87,5%	4	100,0%	6	100,0%	10	83,3%	1	50,0%
	Han empeorado CV	3	12,5%	0	,0%	0	,0%	2	16,7%	1	50,0%
EVOLCVT0T2	Total	24	100,0%	4	100,0%	6	100,0%	12	100,0%	2	100,0%
	Mantienen CV	17	70,8%	3	75,0%	5	83,3%	9	75,0%	0	,0%
	Han empeorado CV	7	29,2%	1	25,0%	1	16,7%	3	25,0%	2	100,0%
EVOLCVT0T3	Total	24	100,0%	4	100,0%	6	100,0%	12	100,0%	2	100,0%
	Mantienen CV	16	66,7%	4	100,0%	3	50,0%	9	75,0%	0	,0%
	Han empeorado CV	8	33,3%	0	,0%	3	50,0%	3	25,0%	2	100,0%

**T74.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según  
TRAQUEOSTOMIA**

		TRAQUEOSTOMIA		
		Total	No	Sí
SCORE T0	N	24	10	14
	Media	12,7	10,7	14,1
	Desviación típica	10,5	9,4	11,3
	Mínimo	1,1	1,1	2,2
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	9,4	11,7
SCORE T1	N	24	10	14
	Media	18,8	17,3	20,0
	Desviación típica	11,9	12,8	11,5
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	14,4	19,4
SCORE T2	N	24	10	14
	Media	20,4	16,5	23,1
	Desviación típica	13,8	15,6	12,1
	Mínimo	2,2	2,2	6,7
	Máximo	53,3	53,3	41,1
	Mediana	16,6	9,5	22,8
SCORE T3	N	24	10	14
	Media	22,7	12,5	30,0
	Desviación típica	18,3	11,2	19,1
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	57,7	37,7	57,7
	Mediana	16,6	8,3	27,8
DIFT0T1	N	24	10	14
	Media	-6,1	-6,5	-5,9
	Desviación típica	12,2	11,8	12,8
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-2,2	-6,6
DIFT0T2	N	24	10	14
	Media	-7,7	-5,8	-9,0
	Desviación típica	14,2	16,4	12,8
	Mínimo	-43,3	-43,3	-28,9
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-,1	-7,3
DIFT0T3	N	24	10	14
	Media	-10,0	-1,8	-16,0
	Desviación típica	18,1	9,7	20,7
	Mínimo	-50,0	-23,3	-50,0
	Máximo	20,0	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	,6	-13,4

**T74b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según TRAQUEOSTOMIA**

		TRAQUEOSTOMIA					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	9	90,0%	13	92,9%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	10,0%	1	7,1%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	8	80,0%	11	78,6%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	20,0%	3	21,4%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	7	70,0%	8	57,1%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	20,0%	6	42,9%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	10,0%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	90,0%	5	35,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	1	10,0%	7	50,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	14,3%
<b>EVOLCVT01</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	9	90,0%	12	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	10,0%	2	14,3%
<b>EVOLCVT02</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	8	80,0%	9	64,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	2	20,0%	5	35,7%
<b>EVOLCVT03</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	10	100,0%	6	42,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	0	,0%	8	57,1%

Observamos claramente como la traqueostomía afecta negativamente a la calidad de vida.

**T75.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según EXODONCIAS**

		EXODONCIAS		
		Total	No	Sí
SCORE T0	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	12,7	13,9	11,3
	<b>Desviación típica</b>	10,5	12,5	7,8
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	46,7	25,5
	<b>Mediana</b>	10,6	10,0	11,1
SCORE T1	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	18,8	21,9	15,2
	<b>Desviación típica</b>	11,9	14,1	7,5
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	50,0	50,0	28,8
	<b>Mediana</b>	17,2	17,7	14,4
SCORE T2	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	20,4	18,6	22,5
	<b>Desviación típica</b>	13,8	11,4	16,5
	<b>Mínimo</b>	2,2	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	36,6	53,3
	<b>Mediana</b>	16,6	16,6	16,6
SCORE T3	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	22,7	18,9	27,2
	<b>Desviación típica</b>	18,3	16,2	20,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	57,7	57,7	56,7
	<b>Mediana</b>	16,6	14,4	24,4
DIFT 0T1	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	-6,1	-8,0	-3,9
	<b>Desviación típica</b>	12,2	15,4	6,7
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-40,0	-14,5
	<b>Máximo</b>	16,7	16,7	6,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-7,8	-3,3
DIFT 0T2	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	-7,7	-4,7	-11,2
	<b>Desviación típica</b>	14,2	12,7	15,5
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-27,8	-43,3
	<b>Máximo</b>	14,5	14,5	4,4
	<b>Mediana</b>	-2,2	-,1	-6,7
DIFT 0T3	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	-10,0	-5,0	-15,9
	<b>Desviación típica</b>	18,1	17,4	18,0
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-50,0	-45,6
	<b>Máximo</b>	20,0	20,0	7,8
	<b>Mediana</b>	-4,4	,0	-10,0

## T75b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según EXODONCIAS

		EXODONCIAS					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	11	84,6%	11	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	2	15,4%	0	,0%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	9	69,2%	10	90,9%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	4	30,8%	1	9,1%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	8	61,5%	7	63,6%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	38,5%	3	27,3%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	9,1%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	8	61,5%	6	54,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	30,8%	4	36,4%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	7,7%	1	9,1%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	11	84,6%	10	90,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	15,4%	1	9,1%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	10	76,9%	7	63,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	23,1%	4	36,4%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	10	76,9%	6	54,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	3	23,1%	5	45,5%

Se aprecia una peor calidad de vida en aquellos pacientes a los que se les realizaron exodoncias durante la cirugía.

## T76.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ZONA RESECCION

		ZONA RESECCION				
		Total	Glosectomía	Mandibulectomía/ maxilectomía	Úvula/pilar amigdalino	Otro
SCORE T0	N	24	8	9	2	5
	Media	12,7	14,4	10,0	20,5	11,7
	Desviación típica	10,5	15,5	6,6	4,0	8,2
	Mínimo	1,1	1,1	2,2	17,7	1,1
	Máximo	46,7	46,7	25,5	23,3	23,3
	Mediana	10,6	10,5	10,0	20,5	12,2
SCORE T1	N	24	8	9	2	5
	Media	18,8	19,9	19,5	15,0	17,5
	Desviación típica	11,9	15,1	13,3	2,3	6,5
	Mínimo	3,3	3,3	5,5	13,3	7,7
	Máximo	50,0	42,2	50,0	16,6	23,3
	Mediana	17,2	17,2	17,7	15,0	20,0
SCORE T2	N	24	8	9	2	5
	Media	20,4	23,4	23,9	12,7	12,2
	Desviación típica	13,8	15,7	14,8	5,5	7,0
	Mínimo	2,2	2,2	6,7	8,8	5,5
	Máximo	53,3	41,1	53,3	16,6	23,3
	Mediana	16,6	27,2	22,2	12,7	10,0
SCORE T3	N	24	8	9	2	5
	Media	22,7	22,7	27,0	11,6	19,5
	Desviación típica	18,3	19,9	19,9	10,2	17,0
	Mínimo	3,3	3,3	5,5	4,4	5,5
	Máximo	57,7	48,8	57,7	18,8	46,7
	Mediana	16,6	17,2	26,7	11,6	14,4
DIFT01	N	24	8	9	2	5
	Media	-6,1	-5,5	-9,5	5,6	-5,8
	Desviación típica	12,2	14,7	12,1	1,6	9,0
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0	4,4	-14,5
	Máximo	16,7	16,7	-1,1	6,7	6,7
	Mediana	-5,0	-3,8	-6,6	5,6	-7,8
DIFT02	N	24	8	9	2	5
	Media	-7,7	-9,0	-14,0	7,8	-,4
	Desviación típica	14,2	15,4	14,6	9,5	3,3
	Mínimo	-43,3	-28,9	-43,3	1,1	-4,4
	Máximo	14,5	10,1	4,4	14,5	4,4
	Mediana	-2,2	-1,2	-14,4	7,8	,0
DIFT03	N	24	8	9	2	5
	Media	-10,0	-8,3	-17,0	8,9	-7,8
	Desviación típica	18,1	19,2	19,0	6,2	14,6
	Mínimo	-50,0	-36,6	-50,0	4,5	-23,4
	Máximo	20,0	20,0	1,2	13,3	7,8
	Mediana	-4,4	-2,8	-10,0	8,9	-2,2

T76b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ZONA RESECCIÓN

		ZONA RESECCION									
		Total		Glosectomía		Mandibulectomía/maxi lectomía		Úvula/pilar amigdalino		Otro	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CV T0	Total	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Buena	22	91,7%	6	75,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Regular	2	8,3%	2	25,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%
CV T1	Total	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Buena	19	79,2%	5	62,5%	7	77,8%	2	100,0%	5	100,0%
	Regular	5	20,8%	3	37,5%	2	22,2%	0	,0%	0	,0%
CV T2	Total	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Buena	15	62,5%	3	37,5%	5	55,6%	2	100,0%	5	100,0%
	Regular	8	33,3%	5	62,5%	3	33,3%	0	,0%	0	,0%
	Mala	1	4,2%	0	,0%	1	11,1%	0	,0%	0	,0%
CV T3	Total	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Buena	14	58,3%	4	50,0%	4	44,4%	2	100,0%	4	80,0%
	Regular	8	33,3%	4	50,0%	3	33,3%	0	,0%	1	20,0%
	Mala	2	8,3%	0	,0%	2	22,2%	0	,0%	0	,0%
EVOLCVT0T1	Total	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Mantienen CV	21	87,5%	7	87,5%	7	77,8%	2	100,0%	5	100,0%
	Han empeorado CV	3	12,5%	1	12,5%	2	22,2%	0	,0%	0	,0%
EVOLCVT0T2	Total	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Mantienen CV	17	70,8%	5	62,5%	5	55,6%	2	100,0%	5	100,0%
	Han empeorado CV	7	29,2%	3	37,5%	4	44,4%	0	,0%	0	,0%
EVOLCVT0T3	Total	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	2	100,0%	5	100,0%
	Mantienen CV	16	66,7%	6	75,0%	4	44,4%	2	100,0%	4	80,0%
	Han empeorado CV	8	33,3%	2	25,0%	5	55,6%	0	,0%	1	20,0%

## T77.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según OSTECTOMIA

		OSTECTOMIA			
		Total	No	<4 cm	>4 cm
SCORE T0	N	24	11	5	8
	Media	12,7	12,3	5,1	18,0
	Desviación típica	10,5	8,4	3,7	13,4
	Mínimo	1,1	1,1	1,1	7,7
	Máximo	46,7	27,7	10,0	46,7
	Mediana	10,6	12,2	4,4	11,1
SCORE T1	N	24	11	5	8
	Media	18,8	15,2	12,2	28,0
	Desviación típica	11,9	9,8	5,4	12,6
	Mínimo	3,3	3,3	5,5	14,4
	Máximo	50,0	37,7	20,0	50,0
	Mediana	17,2	15,5	11,1	26,1
SCORE T2	N	24	11	5	8
	Media	20,4	18,1	22,0	22,5
	Desviación típica	13,8	13,5	18,6	12,4
	Mínimo	2,2	2,2	5,5	6,7
	Máximo	53,3	41,1	53,3	36,6
	Mediana	16,6	14,4	16,6	25,0
SCORE T3	N	24	11	5	8
	Media	22,7	17,9	21,9	29,9
	Desviación típica	18,3	18,1	21,2	16,7
	Mínimo	3,3	3,3	5,5	7,7
	Máximo	57,7	48,8	57,7	56,7
	Mediana	16,6	6,6	13,3	27,8
DIFT01	N	24	11	5	8
	Media	-6,1	-2,9	-7,1	-10,0
	Desviación típica	12,2	8,1	5,9	18,4
	Mínimo	-40,0	-14,5	-13,3	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	-1,1	16,7
	Mediana	-5,0	-1,0	-7,8	-5,0
DIFT02	N	24	11	5	8
	Media	-7,7	-5,8	-16,9	-4,5
	Desviación típica	14,2	14,3	15,4	12,3
	Mínimo	-43,3	-28,9	-43,3	-27,8
	Máximo	14,5	14,5	-4,4	10,1
	Mediana	-2,2	,0	-14,4	-,1
DIFT03	N	24	11	5	8
	Media	-10,0	-5,6	-16,9	-11,8
	Desviación típica	18,1	16,3	20,7	19,8
	Mínimo	-50,0	-36,6	-50,0	-45,6
	Máximo	20,0	13,3	1,2	20,0
	Mediana	-4,4	,0	-8,9	-13,4

## T77b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según OSTECTOMIA

		OSTECTOMIA							
		Total		No		<4 cm		>4 cm	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	10	90,9%	5	100,0%	7	87,5%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	9,1%	0	,0%	1	12,5%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	10	90,9%	5	100,0%	4	50,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	9,1%	0	,0%	4	50,0%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	7	63,6%	4	80,0%	4	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	36,4%	0	,0%	4	50,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	20,0%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	8	72,7%	4	80,0%	2	25,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	3	27,3%	0	,0%	5	62,5%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	1	20,0%	1	12,5%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
	<b>Mantiene CV</b>	21	87,5%	11	100,0%	5	100,0%	5	62,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	0	,0%	3	37,5%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
	<b>Mantiene CV</b>	17	70,8%	8	72,7%	4	80,0%	5	62,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	27,3%	1	20,0%	3	37,5%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	5	100,0%	8	100,0%
	<b>Mantiene CV</b>	16	66,7%	9	81,8%	4	80,0%	3	37,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	2	18,2%	1	20,0%	5	62,5%

Se observa que la realización de ostectomía de más de 4 cm afecta negativamente a la calidad de vida.

**T78.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según TIPO RECONSTRUCCION**

		TIPO RECONSTRUCCIÓN			
		Total	No	Microvascula rizado radial	Otros
SCORE T0	<b>N</b>	24	8	9	7
	<b>Media</b>	12,7	11,1	11,6	16,0
	<b>Desviación típica</b>	10,5	10,5	4,8	15,6
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	7,7	2,2
	<b>Máximo</b>	46,7	27,7	23,3	46,7
	<b>Mediana</b>	10,6	7,2	11,1	11,1
SCORE T1	<b>N</b>	24	8	9	7
	<b>Media</b>	18,8	14,8	21,9	19,5
	<b>Desviación típica</b>	11,9	10,3	11,4	14,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	4,3	7,7	3,3
	<b>Máximo</b>	50,0	37,7	50,0	42,2
	<b>Mediana</b>	17,2	13,9	20,0	14,4
SCORE T2	<b>N</b>	24	8	9	7
	<b>Media</b>	20,4	19,1	24,0	17,1
	<b>Desviación típica</b>	13,8	16,6	12,8	12,3
	<b>Mínimo</b>	2,2	2,2	6,7	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	53,3	41,1	36,6
	<b>Mediana</b>	16,6	14,4	23,3	10,0
SCORE T3	<b>N</b>	24	8	9	7
	<b>Media</b>	22,7	14,7	37,0	13,6
	<b>Desviación típica</b>	18,3	11,8	18,8	12,4
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5	3,3
	<b>Máximo</b>	57,7	37,7	57,7	35,5
	<b>Mediana</b>	16,6	11,1	46,7	7,7
DIFT01	<b>N</b>	24	8	9	7
	<b>Media</b>	-6,1	-3,7	-10,4	-3,5
	<b>Desviación típica</b>	12,2	7,9	12,6	15,5
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-14,4	-40,0	-33,4
	<b>Máximo</b>	16,7	6,7	4,5	16,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-1,1	-7,8	-3,3
DIFT02	<b>N</b>	24	8	9	7
	<b>Media</b>	-7,7	-8,0	-12,5	-1,1
	<b>Desviación típica</b>	14,2	18,1	13,4	7,9
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-43,3	-28,9	-14,4
	<b>Máximo</b>	14,5	14,5	4,4	10,1
	<b>Mediana</b>	-2,2	-2,2	-14,5	-,1
DIFT03	<b>N</b>	24	8	9	7
	<b>Media</b>	-10,0	-3,6	-25,4	2,4
	<b>Desviación típica</b>	18,1	11,0	18,2	9,4
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-23,3	-50,0	-10,0
	<b>Máximo</b>	20,0	13,3	2,2	20,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	-2,8	-23,4	1,1

**T78b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según TIPO RECONSTRUCCIÓN**

		TIPO RECONSTRUCCIÓN							
		Total		No		Microvascularizado radial		Otros	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	7	87,5%	9	100,0%	6	85,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	12,5%	0	,0%	1	14,3%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	7	87,5%	8	88,9%	4	57,1%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	12,5%	1	11,1%	3	42,9%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	5	62,5%	5	55,6%	5	71,4%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	25,0%	4	44,4%	2	28,6%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	12,5%	0	,0%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	7	87,5%	2	22,2%	5	71,4%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	1	12,5%	5	55,6%	2	28,6%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	22,2%	0	,0%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	8	100,0%	8	88,9%	5	71,4%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	1	11,1%	2	28,6%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	6	75,0%	5	55,6%	6	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	2	25,0%	4	44,4%	1	14,3%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	8	100,0%	2	22,2%	6	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	0	,0%	7	77,8%	1	14,3%

El colgajo microvascularizado es el grupo con más afectación de la calidad de vida. Esto se debe a que este tipo de reconstrucción se emplea en resecciones tumorales de gran tamaño, y por tanto peor estadio, en las que es necesario emplear un mayor tamaño de injerto.

**T79.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según  
COMPLICACIONES POST-CX**

		COMPLICACIONES POST-CX		
		Total	No	Sí
SCORE T0	N	24	17	7
	Media	12,7	10,8	17,4
	Desviación típica	10,5	7,9	14,8
	Mínimo	1,1	1,1	4,4
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	10,0	12,2
SCORE T1	N	24	17	7
	Media	18,8	19,4	17,6
	Desviación típica	11,9	12,9	9,6
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	50,0	50,0	30,0
	Mediana	17,2	16,6	17,7
SCORE T2	N	24	17	7
	Media	20,4	17,2	28,1
	Desviación típica	13,8	13,8	11,1
	Mínimo	2,2	2,2	12,2
	Máximo	53,3	53,3	41,1
	Mediana	16,6	10,0	32,2
SCORE T3	N	24	17	7
	Media	22,7	19,4	30,7
	Desviación típica	18,3	17,6	18,7
	Mínimo	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	56,7	57,7
	Mediana	16,6	10,0	28,8
DIFT0T1	N	24	17	7
	Media	-6,1	-8,6	-,2
	Desviación típica	12,2	12,4	9,8
	Mínimo	-40,0	-40,0	-12,3
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-6,6	-1,1
DIFT0T2	N	24	17	7
	Media	-7,7	-6,5	-10,6
	Desviación típica	14,2	14,3	14,3
	Mínimo	-43,3	-43,3	-28,9
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-,1	-7,8
DIFT0T3	N	24	17	7
	Media	-10,0	-8,7	-13,3
	Desviación típica	18,1	15,1	25,2
	Mínimo	-50,0	-45,6	-50,0
	Máximo	20,0	7,8	20,0
	Mediana	-4,4	-2,2	-10,0

**T79b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según COMPLICACIONES POST-CX**

		COMPLICACIONES POST-CX					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	16	94,1%	6	85,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	5,9%	1	14,3%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	14	82,4%	5	71,4%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	3	17,6%	2	28,6%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	12	70,6%	3	42,9%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,9%	0	0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	12	70,6%	2	28,6%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	5,9%	1	14,3%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	15	88,2%	6	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	11,8%	1	14,3%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	13	76,5%	4	57,1%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	4	23,5%	3	42,9%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	13	76,5%	3	42,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%

Siempre que se presentan complicaciones postquirúrgicas observamos un empeoramiento en la calidad de vida.

**T80.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según DÍAS HOSPITALIZACIÓN**

		DIAS HOSPITALIZACIÓN		
		Total	<2 sem.	>2 sem.
SCORE T0	N	24	11	13
	Media	12,7	10,9	14,2
	Desviación típica	10,5	9,6	11,3
	Mínimo	1,1	1,1	3,3
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	8,8	12,2
SCORE T1	N	24	11	13
	Media	18,8	19,2	18,5
	Desviación típica	11,9	11,6	12,6
	Mínimo	3,3	4,3	3,3
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	15,5	17,7
SCORE T2	N	24	11	13
	Media	20,4	17,3	23,0
	Desviación típica	13,8	14,8	12,9
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	53,3	41,1
	Mediana	16,6	10,0	22,2
SCORE T3	N	24	11	13
	Media	22,7	15,9	28,5
	Desviación típica	18,3	14,6	19,6
	Mínimo	3,3	3,3	3,3
	Máximo	57,7	46,7	57,7
	Mediana	16,6	8,8	26,7
DIFT0T1	N	24	11	13
	Media	-6,1	-8,4	-4,3
	Desviación típica	12,2	10,8	13,3
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-7,8	-3,3
DIFT0T2	N	24	11	13
	Media	-7,7	-6,5	-8,7
	Desviación típica	14,2	15,8	13,1
	Mínimo	-43,3	-43,3	-28,9
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	,0	-6,7
DIFT0T3	N	24	11	13
	Media	-10,0	-5,0	-14,3
	Desviación típica	18,1	9,9	22,5
	Mínimo	-50,0	-23,4	-50,0
	Máximo	20,0	4,5	20,0
	Mediana	-4,4	,0	-10,0

**T80b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según DÍAS HOSPITALIZACIÓN**

		DÍAS HOSPITALIZACIÓN					
		Total		<2 sem.		>2 sem.	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	10	90,9%	12	92,3%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	9,1%	1	7,7%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	9	81,8%	10	76,9%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	18,2%	3	23,1%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	8	72,7%	7	53,8%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	18,2%	6	46,2%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	9,1%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	81,8%	5	38,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	18,2%	6	46,2%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	15,4%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	10	90,9%	11	84,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	9,1%	2	15,4%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	9	81,8%	8	61,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	2	18,2%	5	38,5%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	10	90,9%	6	46,2%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	1	9,1%	7	53,8%

**T81.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según TNM POST ANATOM.PATOL.**

		TNM POST ANAT.PAT.			
		Total	T1	T2	T3-T4
SCORE T0	N	24	8	9	7
	Media	12,7	8,9	17,6	10,7
	Desviación típica	10,5	9,9	12,5	6,1
	Mínimo	1,1	1,1	7,7	4,4
	Máximo	46,7	27,7	46,7	23,3
	Mediana	10,6	3,3	12,2	8,8
SCORE T1	N	24	8	9	7
	Media	18,8	13,3	23,5	19,2
	Desviación típica	11,9	10,9	11,7	12,0
	Mínimo	3,3	3,3	11,1	5,5
	Máximo	50,0	37,7	50,0	42,2
	Mediana	17,2	11,7	20,0	17,7
SCORE T2	N	24	8	9	7
	Media	20,4	13,8	25,4	21,4
	Desviación típica	13,8	9,7	16,1	13,2
	Mínimo	2,2	2,2	7,7	6,7
	Máximo	53,3	27,7	53,3	41,1
	Mediana	16,6	13,3	26,6	22,2
SCORE T3	N	24	8	9	7
	Media	22,7	11,5	21,6	37,1
	Desviación típica	18,3	12,7	13,9	20,6
	Mínimo	3,3	3,3	5,5	7,7
	Máximo	57,7	37,7	47,7	57,7
	Mediana	16,6	6,1	18,8	46,7
DIFT0T1	N	24	8	9	7
	Media	-6,1	-4,4	-5,9	-8,4
	Desviación típica	12,2	8,1	15,6	12,5
	Mínimo	-40,0	-14,4	-40,0	-33,4
	Máximo	16,7	6,7	16,7	4,5
	Mediana	-5,0	-4,4	-3,3	-6,6
DIFT0T2	N	24	8	9	7
	Media	-7,7	-5,0	-7,7	-10,7
	Desviación típica	14,2	10,0	18,3	13,5
	Mínimo	-43,3	-25,5	-43,3	-28,9
	Máximo	14,5	4,4	14,5	4,4
	Mediana	-2,2	-1,1	-2,2	-7,8
DIFT0T3	N	24	8	9	7
	Media	-10,0	-2,6	-3,9	-26,4
	Desviación típica	18,1	11,1	15,5	18,8
	Mínimo	-50,0	-23,3	-35,5	-50,0
	Máximo	20,0	13,3	20,0	1,1
	Mediana	-4,4	-1,7	1,1	-23,4

**T8 1b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según TNM POST ANATOM. PATOL.**

		TNM POST ANAT.PAT.							
		Total		T1		T2		T3-T4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	7	87,5%	8	88,9%	7	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	12,5%	1	11,1%	0	,0%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	7	87,5%	6	66,7%	6	85,7%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	12,5%	3	33,3%	1	14,3%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	6	75,0%	4	44,4%	5	71,4%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	25,0%	4	44,4%	2	28,6%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	11,1%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	7	87,5%	5	55,6%	2	28,6%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	1	12,5%	4	44,4%	3	42,9%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	0	,0%	2	28,6%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	8	100,0%	7	77,8%	6	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	2	22,2%	1	14,3%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	7	87,5%	5	55,6%	5	71,4%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	1	12,5%	4	44,4%	2	28,6%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	8	100,0%	9	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	8	100,0%	6	66,7%	2	28,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	0	,0%	3	33,3%	5	71,4%

Claramente se observa que un TNM más elevado tras la cirugía estaba relacionado con una peor calidad de vida.

**T82.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según BORDES QX**

		BORDES QX		
		Total	No	Sí
SCORE T0	N	24	18	6
	Media	12,7	11,1	17,4
	Desviación típica	10,5	7,4	16,9
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	25,5	46,7
	Mediana	10,6	10,6	10,5
SCORE T1	N	24	18	6
	Media	18,8	16,1	27,2
	Desviación típica	11,9	11,0	11,2
	Mínimo	3,3	3,3	14,4
	Máximo	50,0	50,0	42,2
	Mediana	17,2	15,0	25,0
SCORE T2	N	24	18	6
	Media	20,4	19,4	23,3
	Desviación típica	13,8	14,0	13,9
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	53,3	38,8
	Mediana	16,6	15,5	25,0
SCORE T3	N	24	18	6
	Media	22,7	19,1	33,7
	Desviación típica	18,3	17,4	17,9
	Mínimo	3,3	3,3	7,7
	Máximo	57,7	56,7	57,7
	Mediana	16,6	11,7	32,2
DIFT0T1	N	24	18	6
	Media	-6,1	-4,9	-9,8
	Desviación típica	12,2	10,9	16,0
	Mínimo	-40,0	-40,0	-33,4
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-2,2	-11,2
DIFT0T2	N	24	18	6
	Media	-7,7	-8,3	-5,9
	Desviación típica	14,2	14,9	12,9
	Mínimo	-43,3	-43,3	-26,6
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-2,2	-2,3
DIFT0T3	N	24	18	6
	Media	-10,0	-8,0	-16,3
	Desviación típica	18,1	15,4	25,4
	Mínimo	-50,0	-45,6	-50,0
	Máximo	20,0	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	-2,8	-16,7

## T82b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según BORDES QX

		BORDES QX					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	18	100,0%	4	66,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	2	33,3%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	16	88,9%	3	50,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	11,1%	3	50,0%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	12	66,7%	3	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	27,8%	3	50,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,6%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	12	66,7%	2	33,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	27,8%	3	50,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	5,6%	1	16,7%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	16	88,9%	5	83,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	11,1%	1	16,7%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	12	66,7%	5	83,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	6	33,3%	1	16,7%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	12	66,7%	4	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	6	33,3%	2	33,3%

**T83.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según  
ADENOPATIA POSTERIOR**

		ADENOPATIA POSTERIOR		
		Total	No	Sí
SCORE T0	<b>N</b>	24	12	12
	<b>Media</b>	12,7	13,3	12,1
	<b>Desviación típica</b>	10,5	8,9	12,3
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	27,7	46,7
	<b>Mediana</b>	10,6	12,2	9,4
SCORE T1	<b>N</b>	24	12	12
	<b>Media</b>	18,8	17,1	20,6
	<b>Desviación típica</b>	11,9	9,9	13,8
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	50,0	37,7	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	16,6	17,2
SCORE T2	<b>N</b>	24	12	12
	<b>Media</b>	20,4	20,2	20,5
	<b>Desviación típica</b>	13,8	12,2	15,8
	<b>Mínimo</b>	2,2	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	38,8	53,3
	<b>Mediana</b>	16,6	20,0	14,4
SCORE T3	<b>N</b>	24	12	12
	<b>Media</b>	22,7	20,4	25,1
	<b>Desviación típica</b>	18,3	17,6	19,4
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	57,7	47,7	57,7
	<b>Mediana</b>	16,6	12,2	21,6
DIFT 0T1	<b>N</b>	24	12	12
	<b>Media</b>	-6,1	-3,8	-8,5
	<b>Desviación típica</b>	12,2	6,2	16,1
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-14,4	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	6,7	16,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-3,3	-7,2
DIFT 0T2	<b>N</b>	24	12	12
	<b>Media</b>	-7,7	-6,9	-8,4
	<b>Desviación típica</b>	14,2	12,2	16,4
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-27,8	-43,3
	<b>Máximo</b>	14,5	4,4	14,5
	<b>Mediana</b>	-2,2	-1,1	-6,1
DIFT 0T3	<b>N</b>	24	12	12
	<b>Media</b>	-10,0	-7,1	-13,0
	<b>Desviación típica</b>	18,1	13,9	21,8
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-35,5	-50,0
	<b>Máximo</b>	20,0	13,3	20,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	-3,9	-6,1

**T83b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ADENOPATIA POSTERIOR**

		ADENOPATIA POSTERIOR					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	12	100,0%	12	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	11	91,7%	11	91,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	8,3%	1	8,3%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	12	100,0%	12	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	10	83,3%	9	75,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	16,7%	3	25,0%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	12	100,0%	12	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	7	58,3%	8	66,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	41,7%	3	25,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	8,3%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	12	100,0%	12	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	7	58,3%	7	58,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	41,7%	3	25,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	16,7%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	12	100,0%	12	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	11	91,7%	10	83,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	8,3%	2	16,7%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	12	100,0%	12	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	8	66,7%	9	75,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	4	33,3%	3	25,0%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	12	100,0%	12	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	8	66,7%	8	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	4	33,3%	4	33,3%

**T85.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION DEGLUCION**

		ALTERACION DEGLUCION		
		Total	No/Leve	Moderada/ Severa
SCORE T0	<b>N</b>	24	18	6
	<b>Media</b>	12,7	15,0	5,7
	<b>Desviación típica</b>	10,5	10,9	5,2
	<b>Mínimo</b>	1,1	2,2	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	46,7	12,2
	<b>Mediana</b>	10,6	11,1	3,9
SCORE T1	<b>N</b>	24	18	6
	<b>Media</b>	18,8	21,4	11,0
	<b>Desviación típica</b>	11,9	12,3	6,0
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	4,3
	<b>Máximo</b>	50,0	50,0	18,8
	<b>Mediana</b>	17,2	18,9	11,1
SCORE T2	<b>N</b>	24	18	6
	<b>Media</b>	20,4	20,1	21,1
	<b>Desviación típica</b>	13,8	13,1	16,9
	<b>Mínimo</b>	2,2	5,5	2,2
	<b>Máximo</b>	53,3	53,3	41,1
	<b>Mediana</b>	16,6	16,6	19,4
SCORE T3	<b>N</b>	24	18	6
	<b>Media</b>	22,7	22,3	24,0
	<b>Desviación típica</b>	18,3	18,2	20,1
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	3,3
	<b>Máximo</b>	57,7	57,7	48,8
	<b>Mediana</b>	16,6	16,6	18,9
DIFT0T1	<b>N</b>	24	18	6
	<b>Media</b>	-6,1	-6,4	-5,3
	<b>Desviación típica</b>	12,2	13,5	7,5
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-40,0	-14,4
	<b>Máximo</b>	16,7	16,7	4,5
	<b>Mediana</b>	-5,0	-5,0	-3,9
DIFT0T2	<b>N</b>	24	18	6
	<b>Media</b>	-7,7	-5,1	-15,4
	<b>Desviación típica</b>	14,2	13,9	13,1
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-43,3	-28,9
	<b>Máximo</b>	14,5	14,5	1,1
	<b>Mediana</b>	-2,2	-,1	-16,7
DIFT0T3	<b>N</b>	24	18	6
	<b>Media</b>	-10,0	-7,3	-18,3
	<b>Desviación típica</b>	18,1	18,4	15,8
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-50,0	-36,6
	<b>Máximo</b>	20,0	20,0	,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	-1,1	-16,1

**T85b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION DEGLUCION**

		ALTERACION DEGLUCION					
		Total		No/Leve		Moderada/Severa	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	16	88,9%	6	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	2	11,1%	0	,0%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	13	72,2%	6	100,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	5	27,8%	0	,0%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	12	66,7%	3	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	27,8%	3	50,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,6%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	10	55,6%	4	66,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	6	33,3%	2	33,3%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	11,1%	0	,0%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	15	83,3%	6	100,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	3	16,7%	0	,0%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	14	77,8%	3	50,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	4	22,2%	3	50,0%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	12	66,7%	4	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	6	33,3%	2	33,3%

**T86.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION MASTICACION**

		ALTERACION MASTICACION		
		Total	No/Leve	Moderada/ Severa
SCORE T0	<b>N</b>	24	11	13
	<b>Media</b>	12,7	13,4	12,1
	<b>Desviación típica</b>	10,5	13,3	7,9
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	46,7	25,5
	<b>Mediana</b>	10,6	8,8	11,1
SCORE T1	<b>N</b>	24	11	13
	<b>Media</b>	18,8	20,0	17,9
	<b>Desviación típica</b>	11,9	12,5	11,7
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	4,3
	<b>Máximo</b>	50,0	42,2	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	20,0	16,6
SCORE T2	<b>N</b>	24	11	13
	<b>Media</b>	20,4	19,1	21,4
	<b>Desviación típica</b>	13,8	15,0	13,2
	<b>Mínimo</b>	2,2	5,5	2,2
	<b>Máximo</b>	53,3	53,3	41,1
	<b>Mediana</b>	16,6	14,4	23,3
SCORE T3	<b>N</b>	24	11	13
	<b>Media</b>	22,7	18,5	26,3
	<b>Desviación típica</b>	18,3	16,9	19,3
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	3,3
	<b>Máximo</b>	57,7	57,7	56,7
	<b>Mediana</b>	16,6	13,3	26,7
DIFT01	<b>N</b>	24	11	13
	<b>Media</b>	-6,1	-6,6	-5,8
	<b>Desviación típica</b>	12,2	12,8	12,1
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-33,4	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	16,7	6,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-7,8	-3,3
DIFT02	<b>N</b>	24	11	13
	<b>Media</b>	-7,7	-5,8	-9,3
	<b>Desviación típica</b>	14,2	13,8	14,8
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-43,3	-28,9
	<b>Máximo</b>	14,5	10,1	14,5
	<b>Mediana</b>	-2,2	-2,2	-6,7
DIFT03	<b>N</b>	24	11	13
	<b>Media</b>	-10,0	-5,1	-14,2
	<b>Desviación típica</b>	18,1	18,8	17,2
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-50,0	-45,6
	<b>Máximo</b>	20,0	20,0	7,8
	<b>Mediana</b>	-4,4	,0	-10,0

**T86b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION MASTICACION**

		ALTERACION MASTICACION					
		Total		No/Leve		Moderada/Severa	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	9	81,8%	13	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	2	18,2%	0	,0%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	8	72,7%	11	84,6%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	3	27,3%	2	15,4%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	8	72,7%	7	53,8%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	18,2%	6	46,2%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	9,1%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	8	72,7%	6	46,2%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	18,2%	6	46,2%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	9,1%	1	7,7%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	10	90,9%	11	84,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	9,1%	2	15,4%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	10	90,9%	7	53,8%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	1	9,1%	6	46,2%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	10	90,9%	6	46,2%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	1	9,1%	7	53,8%

Los pacientes que presentaban mayor alteración de la masticación en el post-QX, son los que en mayor medida han perdido calidad de vida. Esto lo podemos apreciar, sobre todo, en el 6º mes y 1 año.

**T87.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según AFECTACION SOCIAL**

		AFECTACION SOCIAL		
		Total	No/Leve	Moderada/ Severa
SCORE T0	N	24	17	7
	Media	12,7	12,4	13,3
	Desviación típica	10,5	11,5	8,5
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	46,7	25,5
	Mediana	10,6	10,0	12,2
SCORE T1	N	24	17	7
	Media	18,8	14,9	28,4
	Desviación típica	11,9	9,1	13,0
	Mínimo	3,3	3,3	15,5
	Máximo	50,0	37,7	50,0
	Mediana	17,2	14,4	23,3
SCORE T2	N	24	17	7
	Media	20,4	18,7	24,4
	Desviación típica	13,8	15,0	10,2
	Mínimo	2,2	2,2	8,9
	Máximo	53,3	53,3	38,8
	Mediana	16,6	12,2	26,6
SCORE T3	N	24	17	7
	Media	22,7	21,2	26,5
	Desviación típica	18,3	18,9	17,5
	Mínimo	3,3	3,3	6,6
	Máximo	57,7	57,7	47,7
	Mediana	16,6	13,3	26,7
DIFT0T1	N	24	17	7
	Media	-6,1	-2,5	-15,1
	Desviación típica	12,2	8,5	15,5
	Mínimo	-40,0	-14,5	-40,0
	Máximo	16,7	16,7	,0
	Mediana	-5,0	-1,1	-7,8
DIFT0T2	N	24	17	7
	Media	-7,7	-6,3	-11,1
	Desviación típica	14,2	15,1	11,7
	Mínimo	-43,3	-43,3	-26,6
	Máximo	14,5	14,5	,0
	Mediana	-2,2	,0	-6,7
DIFT0T3	N	24	17	7
	Media	-10,0	-8,7	-13,2
	Desviación típica	18,1	20,1	13,0
	Mínimo	-50,0	-50,0	-35,5
	Máximo	20,0	20,0	1,1
	Mediana	-4,4	,0	-10,0

**T87b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según AFECTACION SOCIAL**

		AFECTACION SOCIAL					
		Total		No/Leve		Moderada/Severa	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	15	88,2%	7	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	2	11,8%	0	,0%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	15	88,2%	4	57,1%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	11,8%	3	42,9%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	12	70,6%	3	42,9%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,9%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	11	64,7%	3	42,9%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	11,8%	0	,0%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	17	100,0%	4	57,1%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	3	42,9%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	14	82,4%	3	42,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	17,6%	4	57,1%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	17	100,0%	7	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	13	76,5%	3	42,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	4	23,5%	4	57,1%

Observamos que a mayor grado de afectación social se produce una mayor reducción de la calidad de vida.

**T88.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION HABLA**

		ALTERACION HABLA		
		Total	No	Sí
SCORE T0	N	24	7	17
	Media	12,7	7,7	14,7
	Desviación típica	10,5	4,6	11,6
	Mínimo	1,1	2,2	1,1
	Máximo	46,7	14,4	46,7
	Mediana	10,6	7,7	12,2
SCORE T1	N	24	7	17
	Media	18,8	11,2	22,0
	Desviación típica	11,9	6,3	12,3
	Mínimo	3,3	3,3	4,3
	Máximo	50,0	20,0	50,0
	Mediana	17,2	10,0	18,8
SCORE T2	N	24	7	17
	Media	20,4	11,9	23,9
	Desviación típica	13,8	5,8	14,7
	Mínimo	2,2	5,5	2,2
	Máximo	53,3	22,2	53,3
	Mediana	16,6	10,0	26,6
SCORE T3	N	24	7	17
	Media	22,7	21,9	23,1
	Desviación típica	18,3	24,3	16,0
	Mínimo	3,3	3,3	3,3
	Máximo	57,7	57,7	48,8
	Mediana	16,6	10,0	24,4
DIFT0T1	N	24	7	17
	Media	-6,1	-3,5	-7,2
	Desviación típica	12,2	6,2	13,9
	Mínimo	-40,0	-12,3	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT0T2	N	24	7	17
	Media	-7,7	-4,1	-9,1
	Desviación típica	14,2	8,2	16,0
	Mínimo	-43,3	-14,5	-43,3
	Máximo	14,5	4,4	14,5
	Mediana	-2,2	-2,2	-2,2
DIFT0T3	N	24	7	17
	Media	-10,0	-14,1	-8,4
	Desviación típica	18,1	23,6	15,9
	Mínimo	-50,0	-50,0	-36,6
	Máximo	20,0	7,8	20,0
	Mediana	-4,4	-3,3	-5,5

**T88b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION HABLA**

		ALTERACION HABLA					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	17	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	7	100,0%	15	88,2%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	2	11,8%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	17	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	7	100,0%	12	70,6%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	0	,0%	5	29,4%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	17	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	7	100,0%	8	47,1%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	0	,0%	8	47,1%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	5,9%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	17	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	5	71,4%	9	52,9%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	0	,0%	8	47,1%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	28,6%	0	,0%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	17	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	7	100,0%	14	82,4%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	3	17,6%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	17	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	7	100,0%	10	58,8%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	0	,0%	7	41,2%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	7	100,0%	17	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	5	71,4%	11	64,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	2	28,6%	6	35,3%

La alteración en el habla afecta a la calidad de vida en la primera parte del seguimiento (<=6 meses); pero no tanto globalmente.

**T89.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION IMAGEN**

		ALTERACION IMAGEN		
		Total	No	Si
SCORE T0	N	24	11	13
	Media	12,7	13,7	11,8
	Desviación típica	10,5	12,6	8,8
	Mínimo	1,1	2,2	1,1
	Máximo	46,7	46,7	27,7
	Mediana	10,6	11,1	10,0
SCORE T1	N	24	11	13
	Media	18,8	14,5	22,5
	Desviación típica	11,9	8,1	13,5
	Mínimo	3,3	3,3	4,3
	Máximo	50,0	30,0	50,0
	Mediana	17,2	13,3	18,8
SCORE T2	N	24	11	13
	Media	20,4	23,8	17,5
	Desviación típica	13,8	15,6	11,9
	Mínimo	2,2	5,5	2,2
	Máximo	53,3	53,3	38,8
	Mediana	16,6	16,6	10,0
SCORE T3	N	24	11	13
	Media	22,7	23,4	22,2
	Desviación típica	18,3	19,5	17,9
	Mínimo	3,3	3,3	3,3
	Máximo	57,7	56,7	57,7
	Mediana	16,6	14,4	18,8
DIFT0T1	N	24	11	13
	Media	-6,1	-,8	-10,7
	Desviación típica	12,2	7,6	13,7
	Mínimo	-40,0	-10,0	-40,0
	Máximo	16,7	16,7	6,7
	Mediana	-5,0	-1,1	-10,0
DIFT0T2	N	24	11	13
	Media	-7,7	-10,1	-5,6
	Desviación típica	14,2	16,6	12,0
	Mínimo	-43,3	-43,3	-26,6
	Máximo	14,5	10,1	14,5
	Mediana	-2,2	-2,2	-,1
DIFT0T3	N	24	11	13
	Media	-10,0	-9,7	-10,3
	Desviación típica	18,1	20,1	17,1
	Mínimo	-50,0	-45,6	-50,0
	Máximo	20,0	20,0	7,8
	Mediana	-4,4	-3,3	-5,5

**T89b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION IMAGEN**

		ALTERACION IMAGEN					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	10	90,9%	12	92,3%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	9,1%	1	7,7%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	10	90,9%	9	69,2%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	9,1%	4	30,8%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	7	63,6%	8	61,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	3	27,3%	5	38,5%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	9,1%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	6	54,5%	8	61,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	36,4%	4	30,8%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	9,1%	1	7,7%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	11	100,0%	10	76,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	3	23,1%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	8	72,7%	9	69,2%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	27,3%	4	30,8%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	11	100,0%	13	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	7	63,6%	9	69,2%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	4	36,4%	4	30,8%

**T90.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según NIVEL DOLOR**

		NIVEL DOLOR		
		Total	≤2	>2
SCORE T0	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	12,7	12,4	13,0
	<b>Desviación típica</b>	10,5	7,2	13,8
	<b>Mínimo</b>	1,1	2,2	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	27,7	46,7
	<b>Mediana</b>	10,6	11,1	7,7
SCORE T1	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	18,8	17,1	21,0
	<b>Desviación típica</b>	11,9	11,4	12,6
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	4,3
	<b>Máximo</b>	50,0	42,2	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	14,4	18,8
SCORE T2	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	20,4	18,6	22,5
	<b>Desviación típica</b>	13,8	14,4	13,4
	<b>Mínimo</b>	2,2	5,5	2,2
	<b>Máximo</b>	53,3	53,3	38,8
	<b>Mediana</b>	16,6	14,4	26,6
SCORE T3	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	22,7	21,6	24,1
	<b>Desviación típica</b>	18,3	20,8	15,6
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	3,3
	<b>Máximo</b>	57,7	57,7	47,7
	<b>Mediana</b>	16,6	10,0	26,7
DIFT0T1	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	-6,1	-4,6	-8,0
	<b>Desviación típica</b>	12,2	10,8	13,9
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-33,4	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	6,7	16,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT0T2	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	-7,7	-6,2	-9,5
	<b>Desviación típica</b>	14,2	15,5	12,8
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-43,3	-27,8
	<b>Máximo</b>	14,5	14,5	10,1
	<b>Mediana</b>	-2,2	-,1	-6,7
DIFT0T3	<b>N</b>	24	13	11
	<b>Media</b>	-10,0	-9,1	-11,1
	<b>Desviación típica</b>	18,1	20,8	15,3
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-50,0	-35,5
	<b>Máximo</b>	20,0	13,3	20,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	,0	-10,0

**T90b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según NIVEL DOLOR**

		NIVEL DOLOR					
		Total		≤2		>2	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	12	92,3%	10	90,9%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	7,7%	1	9,1%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	11	84,6%	8	72,7%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	15,4%	3	27,3%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	10	76,9%	5	45,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	15,4%	6	54,5%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	7,7%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	69,2%	5	45,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	15,4%	6	54,5%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	15,4%	0	,0%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	12	92,3%	9	81,8%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	7,7%	2	18,2%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	11	84,6%	6	54,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	2	15,4%	5	45,5%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	10	76,9%	6	54,5%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	3	23,1%	5	45,5%

La tendencia es: a más dolor, mayor pérdida de calidad de vida.

**T91.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según IMPACTO PSICOLOGICO POST**

		IMPACTO PSICOLOGICO POST		
		Total	Adaptación	Depresión/ansiedad
SCORE T0	N	24	18	6
	Media	12,7	10,8	18,3
	Desviación típica	10,5	7,8	15,8
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	9,4	14,4
SCORE T1	N	24	18	6
	Media	18,8	17,0	24,2
	Desviación típica	11,9	10,8	14,2
	Mínimo	3,3	3,3	13,3
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	17,2	18,9
SCORE T2	N	24	18	6
	Media	20,4	20,6	19,8
	Desviación típica	13,8	14,8	11,4
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	53,3	36,6
	Mediana	16,6	15,5	20,0
SCORE T3	N	24	18	6
	Media	22,7	22,6	23,2
	Desviación típica	18,3	19,7	14,9
	Mínimo	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	57,7	46,7
	Mediana	16,6	13,9	25,6
DIFT0T1	N	24	18	6
	Media	-6,1	-6,2	-5,9
	Desviación típica	12,2	9,5	19,4
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-6,6	-1,7
DIFT0T2	N	24	18	6
	Media	-7,7	-9,8	-1,5
	Desviación típica	14,2	15,2	8,8
	Mínimo	-43,3	-43,3	-16,6
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-4,5	,6
DIFT0T3	N	24	18	6
	Media	-10,0	-11,8	-4,8
	Desviación típica	18,1	18,1	19,0
	Mínimo	-50,0	-50,0	-23,4
	Máximo	20,0	7,8	20,0
	Mediana	-4,4	-4,4	-7,8

## T91b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según IMPACTO PSICOLOGICO POST

		IMPACTO PSICOLOGICO POST					
		Total		Adaptación		Depresión/ansiedad	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	17	94,4%	5	83,3%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	5,6%	1	16,7%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	15	83,3%	4	66,7%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	3	16,7%	2	33,3%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	11	61,1%	4	66,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	6	33,3%	2	33,3%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,6%	0	,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	11	61,1%	3	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	27,8%	3	50,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	11,1%	0	,0%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	16	88,9%	5	83,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	11,1%	1	16,7%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	12	66,7%	5	83,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	6	33,3%	1	16,7%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	12	66,7%	4	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	6	33,3%	2	33,3%

**T92.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según RADIOTERAPIA**

		RADIOTERAPIA		
		Total	No	Sí
SCORE T0	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	12,7	8,8	15,0
	<b>Desviación típica</b>	10,5	5,6	12,2
	<b>Mínimo</b>	1,1	1,1	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	17,7	46,7
	<b>Mediana</b>	10,6	8,8	11,1
SCORE T1	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	18,8	15,9	20,6
	<b>Desviación típica</b>	11,9	11,8	11,9
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	50,0	42,2	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	14,4	17,7
SCORE T2	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	20,4	11,3	25,8
	<b>Desviación típica</b>	13,8	7,2	14,1
	<b>Mínimo</b>	2,2	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	26,6	53,3
	<b>Mediana</b>	16,6	10,0	26,6
SCORE T3	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	22,7	6,9	32,3
	<b>Desviación típica</b>	18,3	3,5	16,8
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	57,7	14,4	57,7
	<b>Mediana</b>	16,6	6,6	28,8
DIFT0T1	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-6,1	-7,0	-5,6
	<b>Desviación típica</b>	12,2	12,4	12,4
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-33,4	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	6,7	16,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT0T2	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-7,7	-2,5	-10,8
	<b>Desviación típica</b>	14,2	8,9	16,0
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-25,5	-43,3
	<b>Máximo</b>	14,5	4,4	14,5
	<b>Mediana</b>	-2,2	,0	-7,8
DIFT0T3	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-10,0	2,0	-17,2
	<b>Desviación típica</b>	18,1	5,5	19,4
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-5,5	-50,0
	<b>Máximo</b>	20,0	13,3	20,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	1,1	-16,7

**T92.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según RADIOTERAPIA**

		RADIOTERAPIA		
		Total	No	Sí
SCORE T0	N	24	9	15
	Media	12,7	8,8	15,0
	Desviación típica	10,5	5,6	12,2
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	17,7	46,7
	Mediana	10,6	8,8	11,1
SCORE T1	N	24	9	15
	Media	18,8	15,9	20,6
	Desviación típica	11,9	11,8	11,9
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	14,4	17,7
SCORE T2	N	24	9	15
	Media	20,4	11,3	25,8
	Desviación típica	13,8	7,2	14,1
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	26,6	53,3
	Mediana	16,6	10,0	26,6
SCORE T3	N	24	9	15
	Media	22,7	6,9	32,3
	Desviación típica	18,3	3,5	16,8
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	57,7	14,4	57,7
	Mediana	16,6	6,6	28,8
DIFT0T1	N	24	9	15
	Media	-6,1	-7,0	-5,6
	Desviación típica	12,2	12,4	12,4
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT0T2	N	24	9	15
	Media	-7,7	-2,5	-10,8
	Desviación típica	14,2	8,9	16,0
	Mínimo	-43,3	-25,5	-43,3
	Máximo	14,5	4,4	14,5
	Mediana	-2,2	,0	-7,8
DIFT0T3	N	24	9	15
	Media	-10,0	2,0	-17,2
	Desviación típica	18,1	5,5	19,4
	Mínimo	-50,0	-5,5	-50,0
	Máximo	20,0	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	1,1	-16,7

**T92b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según RADIOTERAPIA**

		RADIOTERAPIA					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	9	100,0%	13	86,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	2	13,3%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	8	88,9%	11	73,3%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	11,1%	4	26,7%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	8	88,9%	7	46,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	1	11,1%	7	46,7%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	6,7%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	100,0%	5	33,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	0	,0%	8	53,3%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	0	,0%	2	13,3%
<b>EVOLCVT01</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	8	88,8%	13	86,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	11,1%	2	13,3%
<b>EVOLCVT02</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	8	88,9%	9	60,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	1	11,1%	6	40,0%
<b>EVOLCVT03</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	9	100,0%	7	46,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	0	,0%	8	53,3%

El tratamiento con radioterapia afecta negativamente a la calidad de vida.

**T93.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según DÍAS RADIOTERAPIA**

		DIAS RADIOTERAPIA		
		Total	≤35 días	>35 días
SCORE T0	N	15	9	6
	Media	15,0	18,2	10,2
	Desviación típica	12,2	14,0	7,3
	Mínimo	1,1	2,2	1,1
	Máximo	46,7	46,7	23,3
	Mediana	11,1	12,2	8,9
SCORE T1	N	15	9	6
	Media	20,6	22,8	17,4
	Desviación típica	11,9	15,0	4,3
	Mínimo	5,5	5,5	11,1
	Máximo	50,0	50,0	23,3
	Mediana	17,7	18,8	17,7
SCORE T2	N	15	9	6
	Media	25,8	26,7	24,4
	Desviación típica	14,1	11,8	18,1
	Mínimo	5,5	8,8	5,5
	Máximo	53,3	41,1	53,3
	Mediana	26,6	27,7	22,8
SCORE T3	N	15	9	6
	Media	32,3	29,0	37,2
	Desviación típica	16,8	14,9	19,7
	Mínimo	5,5	5,5	8,8
	Máximo	57,7	48,8	57,7
	Mediana	28,8	26,7	37,8
DIFT0T1	N	15	9	6
	Media	-5,6	-4,5	-7,2
	Desviación típica	12,4	15,7	5,7
	Mínimo	-40,0	-40,0	-13,3
	Máximo	16,7	16,7	0
	Mediana	-6,6	-3,3	-8,3
DIFT0T2	N	15	9	6
	Media	-10,8	-8,5	-14,3
	Desviación típica	16,0	15,0	18,3
	Mínimo	-43,3	-28,9	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	4,4
	Mediana	-7,8	-7,8	-9,5
DIFT0T3	N	15	9	6
	Media	-17,2	-10,7	-27,0
	Desviación típica	19,4	17,9	18,6
	Mínimo	-50,0	-36,6	-50,0
	Máximo	20,0	20,0	1,2
	Mediana	-16,7	-10,0	-23,4

Para los 15 sujetos a los que se les aplicó radio, se estudió si el alcance (en número de días) tenía influencia sobre la calidad de vida.

Se aplicó en 35 días el punto de corte, por ser la mediana (ver tabla T39).

## T93b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según DÍAS RADIOTERAPIA

		DIAS RADIOTERAPIA					
		Total		<=35 días		>35 días	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	15	100,0%	9	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	13	86,7%	7	77,8%	6	100,0%
	<b>Regular</b>	2	13,3%	2	22,2%	0	,0%
CV T1	<b>Total</b>	15	100,0%	9	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	11	73,3%	5	55,6%	6	100,0%
	<b>Regular</b>	4	26,7%	4	44,4%	0	,0%
CV T2	<b>Total</b>	15	100,0%	9	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	7	46,7%	3	33,3%	4	66,7%
	<b>Regular</b>	7	46,7%	6	66,7%	1	16,7%
	<b>Mala</b>	1	6,7%	0	,0%	1	16,7%
CV T3	<b>Total</b>	15	100,0%	9	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	5	33,3%	3	33,3%	2	33,3%
	<b>Regular</b>	8	53,3%	6	66,7%	2	33,3%
	<b>Mala</b>	2	13,3%	0	,0%	2	33,3%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	15	100,0%	9	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	13	86,7%	7	77,8%	6	100,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	2	13,3%	2	22,2%	0	,0%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	15	100,0%	9	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	9	60,0%	5	55,6%	4	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	6	40,0%	4	44,4%	2	33,3%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	15	100,0%	9	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	7	46,7%	5	55,6%	2	33,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	53,3%	4	44,4%	4	66,7%

**T94.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según  
NUEVA CIRUGÍA**

		NUEVA CIRUGIA		
		Total	No	Sí
SCORE T0	N	24	19	5
	Media	12,7	13,5	9,7
	Desviación típica	10,5	11,4	6,1
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	46,7	17,7
	Mediana	10,6	11,1	10,0
SCORE T1	N	24	19	5
	Media	18,8	17,7	23,1
	Desviación típica	11,9	11,1	15,2
	Mínimo	3,3	3,3	13,3
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	16,6	17,7
SCORE T2	N	24	19	5
	Media	20,4	18,2	28,8
	Desviación típica	13,8	14,2	8,7
	Mínimo	2,2	2,2	16,6
	Máximo	53,3	53,3	38,8
	Mediana	16,6	12,2	26,6
SCORE T3	N	24	19	5
	Media	22,7	22,7	22,8
	Desviación típica	18,3	18,9	17,8
	Mínimo	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	57,7	47,7
	Mediana	16,6	14,4	26,7
DIFT01	N	24	19	5
	Media	-6,1	-4,3	-13,3
	Desviación típica	12,2	10,5	16,5
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	16,7	4,4
	Mediana	-5,0	-3,3	-10,0
DIFT02	N	24	19	5
	Media	-7,7	-4,7	-19,1
	Desviación típica	14,2	13,3	12,1
	Mínimo	-43,3	-43,3	-27,8
	Máximo	14,5	14,5	1,1
	Mediana	-2,2	-,1	-25,5
DIFT03	N	24	19	5
	Media	-10,0	-9,2	-13,1
	Desviación típica	18,1	18,5	18,3
	Mínimo	-50,0	-50,0	-35,5
	Máximo	20,0	20,0	13,3
	Mediana	-4,4	-2,2	-16,7

**T94b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según NUEVA CIRUGÍA**

		NUEVA CIRUGÍA					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	17	89,5%	5	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	2	10,5%	0	,0%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	15	78,9%	4	80,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	4	21,1%	1	20,0%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	14	73,7%	1	20,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	21,1%	4	80,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	5,3%	0	,0%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	12	63,2%	2	40,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	26,3%	3	60,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	10,5%	0	,0%
<b>EVOLCVT01</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	17	89,5%	4	80,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	10,5%	1	20,0%
<b>EVOLCVT02</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	16	84,2%	1	20,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	15,8%	4	80,0%
<b>EVOLCVT03</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	14	73,7%	2	40,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	5	26,3%	3	60,0%

La necesidad de intervenir de nuevo mermó la calidad de vida más acusadamente.

**T96.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION DEGLUCION TARDIA**

		ALTERACION DEGLUCION TARDIA		
		Total	No/Leve	Moderada/ Severa
SCORE T0	N	24	13	11
	Media	12,7	10,6	15,2
	Desviación típica	10,5	5,9	14,1
	Mínimo	1,1	2,2	1,1
	Máximo	46,7	23,3	46,7
	Mediana	10,6	11,1	10,0
SCORE T1	N	24	13	11
	Media	18,8	18,2	19,7
	Desviación típica	11,9	13,6	10,0
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	50,0	50,0	37,7
	Mediana	17,2	16,6	20,0
SCORE T2	N	24	13	11
	Media	20,4	15,4	26,2
	Desviación típica	13,8	11,4	14,5
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	38,8	53,3
	Mediana	16,6	10,0	26,6
SCORE T3	N	24	13	11
	Media	22,7	18,0	28,3
	Desviación típica	18,3	17,5	18,4
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	57,7	56,7	57,7
	Mediana	16,6	10,0	26,7
DIFT 0T1	N	24	13	11
	Media	-6,1	-7,6	-4,4
	Desviación típica	12,2	14,1	9,7
	Mínimo	-40,0	-40,0	-14,5
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-6,6	-3,3
DIFT 0T2	N	24	13	11
	Media	-7,7	-4,9	-11,0
	Desviación típica	14,2	12,6	15,7
	Mínimo	-43,3	-27,8	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-,1	-6,7
DIFT 0T3	N	24	13	11
	Media	-10,0	-7,4	-13,1
	Desviación típica	18,1	17,4	19,4
	Mínimo	-50,0	-45,6	-50,0
	Máximo	20,0	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	,0	-10,0

**T96b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION DEGLUCION TARDIA**

		ALTERACION DEGLUCION TARDIA					
		Total		No/Leve		Moderada/Severa	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	13	100,0%	9	81,8%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	2	18,2%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	11	84,6%	8	72,7%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	15,4%	3	27,3%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	10	76,9%	5	45,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	3	23,1%	5	45,5%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	9,1%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	69,2%	5	45,5%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	3	23,1%	5	45,5%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	7,7%	1	9,1%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	11	84,6%	10	90,9%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	15,4%	1	9,1%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	10	76,9%	7	63,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	23,1%	4	36,4%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	13	100,0%	11	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	9	69,2%	7	63,6%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	4	30,8%	4	36,4%

No parece que el grado final de alteración en la deglución afecte a los cambios globales de calidad de vida.

**T97.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según  
ALTERACION MASTICACION TARDIA**

		ALTERACION MASTICACION TARDIA		
		Total	No/Leve	Moderada/ Severa
SCORE T0	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	12,7	11,1	13,7
	<b>Desviación típica</b>	10,5	7,8	12,0
	<b>Mínimo</b>	1,1	3,3	1,1
	<b>Máximo</b>	46,7	27,7	46,7
	<b>Mediana</b>	10,6	11,1	10,0
SCORE T1	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	18,8	17,6	19,6
	<b>Desviación típica</b>	11,9	14,0	10,8
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	7,7
	<b>Máximo</b>	50,0	42,2	50,0
	<b>Mediana</b>	17,2	14,4	17,7
SCORE T2	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	20,4	11,6	25,7
	<b>Desviación típica</b>	13,8	7,5	14,1
	<b>Mínimo</b>	2,2	2,2	5,5
	<b>Máximo</b>	53,3	27,7	53,3
	<b>Mediana</b>	16,6	10,0	26,6
SCORE T3	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	22,7	16,8	26,3
	<b>Desviación típica</b>	18,3	18,4	17,9
	<b>Mínimo</b>	3,3	3,3	5,5
	<b>Máximo</b>	57,7	56,7	57,7
	<b>Mediana</b>	16,6	10,0	26,7
DIFT0T1	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-6,1	-6,5	-5,9
	<b>Desviación típica</b>	12,2	11,0	13,2
	<b>Mínimo</b>	-40,0	-33,4	-40,0
	<b>Máximo</b>	16,7	4,4	16,7
	<b>Mediana</b>	-5,0	-3,3	-6,6
DIFT0T2	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-7,7	-,5	-12,0
	<b>Desviación típica</b>	14,2	3,4	16,4
	<b>Mínimo</b>	-43,3	-7,8	-43,3
	<b>Máximo</b>	14,5	4,4	14,5
	<b>Mediana</b>	-2,2	,0	-14,4
DIFT0T3	<b>N</b>	24	9	15
	<b>Media</b>	-10,0	-5,7	-12,6
	<b>Desviación típica</b>	18,1	16,4	19,2
	<b>Mínimo</b>	-50,0	-45,6	-50,0
	<b>Máximo</b>	20,0	13,3	20,0
	<b>Mediana</b>	-4,4	,0	-10,0

**T97b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION MASTICACION TARDIA**

		ALTERACION MASTICACION TARDIA					
		Total		No/Leve		Moderada/Severa	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	8	88,9%	14	93,3%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	11,1%	1	6,7%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	7	77,8%	12	80,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	22,2%	3	20,0%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	8	88,9%	7	46,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	1	11,1%	7	46,7%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	6,7%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	7	77,8%	7	46,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	1	11,1%	7	46,7%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	11,1%	1	6,7%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	8	88,9%	13	86,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	11,1%	2	13,3%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	9	100,0%	8	53,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	0	,0%	7	46,7%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	9	100,0%	15	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	8	88,9%	8	53,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	1	11,1%	7	46,7%

Sin embargo, si parece que el grado final de alteración en la masticación afecte a los cambios globales de calidad de vida.

**T98.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION SOCIAL TARDIA**

		ALTERACION SOCIAL TARDIA		
		Total	No/Leve	Moderada/ Severa
SCORE T0	N	24	19	5
	Media	12,7	12,2	14,4
	Desviación típica	10,5	10,8	10,0
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	46,7	25,5
	Mediana	10,6	10,0	12,2
SCORE T1	N	24	19	5
	Media	18,8	18,7	19,5
	Desviación típica	11,9	13,0	6,9
	Mínimo	3,3	3,3	11,1
	Máximo	50,0	50,0	28,8
	Mediana	17,2	16,6	18,8
SCORE T2	N	24	19	5
	Media	20,4	16,6	34,8
	Desviación típica	13,8	11,7	11,9
	Mínimo	2,2	2,2	23,3
	Máximo	53,3	41,1	53,3
	Mediana	16,6	12,2	32,2
SCORE T3	N	24	19	5
	Media	22,7	21,1	29,1
	Desviación típica	18,3	18,0	20,1
	Mínimo	3,3	3,3	6,6
	Máximo	57,7	57,7	47,7
	Mediana	16,6	14,4	35,5
DIFT 0T1	N	24	19	5
	Media	-6,1	-6,4	-5,1
	Desviación típica	12,2	13,4	5,8
	Mínimo	-40,0	-40,0	-14,4
	Máximo	16,7	16,7	,0
	Mediana	-5,0	-6,6	-3,3
DIFT 0T2	N	24	19	5
	Media	-7,7	-4,3	-20,4
	Desviación típica	14,2	11,5	17,3
	Mínimo	-43,3	-28,9	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	,0
	Mediana	-2,2	-,1	-25,5
DIFT 0T3	N	24	19	5
	Media	-10,0	-8,8	-14,6
	Desviación típica	18,1	19,1	14,7
	Mínimo	-50,0	-50,0	-35,5
	Máximo	20,0	20,0	1,2
	Mediana	-4,4	-2,2	-10,0

**T98b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION SOCIAL TARDIA**

		ALTERACION SOCIAL TARDIA					
		Total		No/Leve		Moderada/Severa	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	17	89,5%	5	100,0%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	2	10,5%	0	,0%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	15	78,9%	4	80,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	4	21,1%	1	20,0%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	14	73,7%	1	20,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	26,3%	3	60,0%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	20,0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	12	63,2%	2	40,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	26,3%	3	60,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	10,5%	0	,0%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	17	89,5%	4	80,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	2	10,5%	1	20,0%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	16	84,2%	1	20,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	15,8%	4	80,0%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	19	100,0%	5	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	14	73,7%	2	40,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	5	26,3%	3	60,0%

El grado de alteración social también afecta a la calidad de vida negativamente.

**T99.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION HABLA TARDIA**

		ALTERACION HABLA TARDIA		
		Total	No	Sí
SCORE T0	N	24	6	18
	Media	12,7	4,8	15,3
	Desviación típica	10,5	3,8	10,7
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	11,1	46,7
	Mediana	10,6	3,3	12,2
SCORE T1	N	24	6	18
	Media	18,8	11,1	21,4
	Desviación típica	11,9	6,5	12,2
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	50,0	20,0	50,0
	Mediana	17,2	12,2	18,3
SCORE T2	N	24	6	18
	Media	20,4	10,3	23,7
	Desviación típica	13,8	7,7	13,8
	Mínimo	2,2	2,2	6,7
	Máximo	53,3	22,2	53,3
	Mediana	16,6	7,8	25,0
SCORE T3	N	24	6	18
	Media	22,7	17,4	24,5
	Desviación típica	18,3	21,3	17,4
	Mínimo	3,3	3,3	4,4
	Máximo	57,7	57,7	56,7
	Mediana	16,6	7,8	22,8
DIFT01	N	24	6	18
	Media	-6,1	-6,3	-6,1
	Desviación típica	12,2	5,7	13,8
	Mínimo	-40,0	-13,3	-40,0
	Máximo	16,7	,0	16,7
	Mediana	-5,0	-5,6	-5,0
DIFT02	N	24	6	18
	Media	-7,7	-5,6	-8,4
	Desviación típica	14,2	7,2	15,9
	Mínimo	-43,3	-14,5	-43,3
	Máximo	14,5	1,1	14,5
	Mediana	-2,2	-3,3	-1,2
DIFT03	N	24	6	18
	Media	-10,0	-12,6	-9,2
	Desviación típica	18,1	20,5	17,8
	Mínimo	-50,0	-50,0	-45,6
	Máximo	20,0	1,1	20,0
	Mediana	-4,4	-1,7	-7,2

**T99b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION HABLA TARDIA**

		ALTERACION HABLA TARDIA					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	6	100,0%	18	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	6	100,0%	16	88,9%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	2	11,1%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	6	100,0%	18	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	6	100,0%	13	72,2%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	0	,0%	5	27,8%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	6	100,0%	18	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	6	100,0%	9	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	0	,0%	8	44,4%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	5,6%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	6	100,0%	18	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	5	83,3%	9	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	0	,0%	8	44,4%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	16,7%	1	5,6%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	6	100,0%	18	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	6	100,0%	15	83,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	0	,0%	3	16,7%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	6	100,0%	18	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	6	100,0%	11	61,1%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	0	,0%	7	38,9%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	6	100,0%	18	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	5	83,3%	11	61,1%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	1	16,7%	7	38,9%

El grado de alteración en el habla en fase tardía también afecta a la calidad de vida negativamente.

**T100.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según ALTERACION IMAGEN TARDIA**

		ALTERACION IMAGEN		
		Total	No	Si
SCORE T0	N	24	10	14
	Media	12,7	10,2	14,5
	Desviación típica	10,5	7,1	12,3
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	23,3	46,7
	Mediana	10,6	10,0	10,6
SCORE T1	N	24	10	14
	Media	18,8	16,3	20,7
	Desviación típica	11,9	10,4	12,9
	Mínimo	3,3	4,3	3,3
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	14,4	18,3
SCORE T2	N	24	10	14
	Media	20,4	11,5	26,7
	Desviación típica	13,8	5,9	14,4
	Mínimo	2,2	2,2	5,5
	Máximo	53,3	22,2	53,3
	Mediana	16,6	10,0	27,2
SCORE T3	N	24	10	14
	Media	22,7	15,3	28,1
	Desviación típica	18,3	16,4	18,2
	Mínimo	3,3	3,3	3,3
	Máximo	57,7	57,7	56,7
	Mediana	16,6	8,9	27,8
DIFT0T1	N	24	10	14
	Media	-6,1	-6,1	-6,2
	Desviación típica	12,2	12,1	12,7
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-5,6	-5,0
DIFT0T2	N	24	10	14
	Media	-7,7	-1,3	-12,2
	Desviación típica	14,2	8,5	15,8
	Mínimo	-43,3	-14,5	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	,5	-7,3
DIFT0T3	N	24	10	14
	Media	-10,0	-5,1	-13,6
	Desviación típica	18,1	18,4	17,7
	Mínimo	-50,0	-50,0	-45,6
	Máximo	20,0	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	,6	-10,0

**T100b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según ALTERACION IMAGEN TARDIA**

		ALTERACION IMAGEN					
		Total		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	10	100,0%	12	85,7%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	0	,0%	2	14,3%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	9	90,0%	10	71,4%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	1	10,0%	4	28,6%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	10	100,0%	5	35,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	0	,0%	8	57,1%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	7,1%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	9	90,0%	5	35,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	0	,0%	8	57,1%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	1	10,0%	1	7,1%
<b>EVOLCVT0T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	9	90,0%	12	85,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	10,0%	2	14,3%
<b>EVOLCVT0T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	10	100,0%	7	50,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	0	,0%	7	50,0%
<b>EVOLCVT0T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	10	100,0%	14	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	9	90,0%	7	50,0%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	1	10,0%	7	50,0%

Asimismo, el grado de alteración en la imagen corporal en fase tardía, también afecta a la calidad de vida negativamente.

**T101.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según NIVEL DOLOR TARDIO**

		NIVEL DOLOR TARDIO		
		Total	≤2	>2
SCORE T0	N	24	15	9
	Media	12,7	12,3	13,3
	Desviación típica	10,5	11,2	9,7
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	46,7	27,7
	Mediana	10,6	11,1	10,0
SCORE T1	N	24	15	9
	Media	18,8	16,3	23,2
	Desviación típica	11,9	9,9	14,2
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	50,0	42,2	50,0
	Mediana	17,2	14,4	22,2
SCORE T2	N	24	15	9
	Media	20,4	17,1	25,9
	Desviación típica	13,8	14,7	10,6
	Mínimo	2,2	2,2	7,7
	Máximo	53,3	53,3	41,1
	Mediana	16,6	10,0	26,6
SCORE T3	N	24	15	9
	Media	22,7	19,7	27,7
	Desviación típica	18,3	19,3	16,3
	Mínimo	3,3	3,3	5,5
	Máximo	57,7	57,7	48,8
	Mediana	16,6	10,0	28,8
DIFT0T1	N	24	15	9
	Media	-6,1	-3,9	-9,9
	Desviación típica	12,2	11,4	13,1
	Mínimo	-40,0	-33,4	-40,0
	Máximo	16,7	16,7	4,5
	Mediana	-5,0	-3,3	-10,0
DIFT0T2	N	24	15	9
	Media	-7,7	-4,7	-12,6
	Desviación típica	14,2	14,8	12,3
	Mínimo	-43,3	-43,3	-28,9
	Máximo	14,5	14,5	,0
	Mediana	-2,2	-,1	-7,8
DIFT0T3	N	24	15	9
	Media	-10,0	-7,4	-14,4
	Desviación típica	18,1	21,1	11,4
	Mínimo	-50,0	-50,0	-36,6
	Máximo	20,0	20,0	2,2
	Mediana	-4,4	,0	-10,0

## T101b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según NIVEL DOLOR TARDIO

		NIVEL DOLOR TARDIO					
		Total		≤2		>2	
		N	%	N	%	N	%
CV T0	<b>Total</b>	24	100,0%	15	100,0%	9	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	14	93,3%	8	88,9%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	6,7%	1	11,1%
CV T1	<b>Total</b>	24	100,0%	15	100,0%	9	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	13	86,7%	6	66,7%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	13,3%	3	33,3%
CV T2	<b>Total</b>	24	100,0%	15	100,0%	9	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	12	80,0%	3	33,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	13,3%	6	66,7%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	1	6,7%	0	0%
CV T3	<b>Total</b>	24	100,0%	15	100,0%	9	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	11	73,3%	3	33,3%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	2	13,3%	6	66,7%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	13,3%	0	0%
EVOLCVT0T1	<b>Total</b>	24	100,0%	15	100,0%	9	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	14	93,3%	7	77,8%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	6,7%	2	22,2%
EVOLCVT0T2	<b>Total</b>	24	100,0%	15	100,0%	9	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	13	86,7%	4	44,4%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	2	13,3%	5	55,6%
EVOLCVT0T3	<b>Total</b>	24	100,0%	15	100,0%	9	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	12	80,0%	4	44,4%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	3	20,0%	5	55,6%

La afectación tardía con aumento del dolor, también afecta negativamente a la calidad de vida.

**T102.- EVOLUCIÓN SCORE CALIDAD DE VIDA según  
IMPACTO PSICOLOGICO TARDIO**

		IMPACTO PSICOLOGICO TARDIO		
		Total	Adaptación	Depresión/ansiedad
SCORE T0	N	24	18	6
	Media	12,7	12,0	14,8
	Desviación típica	10,5	8,4	16,1
	Mínimo	1,1	1,1	1,1
	Máximo	46,7	27,7	46,7
	Mediana	10,6	11,1	10,0
SCORE T1	N	24	18	6
	Media	18,8	16,4	26,1
	Desviación típica	11,9	8,7	17,4
	Mínimo	3,3	3,3	7,7
	Máximo	50,0	37,7	50,0
	Mediana	17,2	17,2	22,8
SCORE T2	N	24	18	6
	Media	20,4	16,4	32,2
	Desviación típica	13,8	11,1	15,2
	Mínimo	2,2	2,2	8,9
	Máximo	53,3	38,8	53,3
	Mediana	16,6	13,3	31,6
SCORE T3	N	24	18	6
	Media	22,7	23,4	20,9
	Desviación típica	18,3	19,2	16,6
	Mínimo	3,3	3,3	6,6
	Máximo	57,7	57,7	48,8
	Mediana	16,6	16,6	17,8
DIFT0T1	N	24	18	6
	Media	-6,1	-4,4	-11,3
	Desviación típica	12,2	6,5	22,2
	Mínimo	-40,0	-14,5	-40,0
	Máximo	16,7	6,7	16,7
	Mediana	-5,0	-5,0	-7,8
DIFT0T2	N	24	18	6
	Media	-7,7	-4,4	-17,4
	Desviación típica	14,2	10,7	19,6
	Mínimo	-43,3	-27,8	-43,3
	Máximo	14,5	14,5	10,1
	Mediana	-2,2	-1,1	-21,1
DIFT0T3	N	24	18	6
	Media	-10,0	-11,4	-6,1
	Desviación típica	18,1	18,2	19,1
	Mínimo	-50,0	-50,0	-36,6
	Máximo	20,0	13,3	20,0
	Mediana	-4,4	-6,1	-2,2

**T102b.- EVOLUCIÓN VALORACIÓN CALIDAD DE VIDA según IMPACTO PSICOLOGICO TARDIO**

		IMPACTO PSICOLOGICO TARDIO					
		Total		Adaptación		Depresión/ansiedad	
		N	%	N	%	N	%
<b>CV T0</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	22	91,7%	17	94,4%	5	83,3%
	<b>Regular</b>	2	8,3%	1	5,6%	1	16,7%
<b>CV T1</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	19	79,2%	16	88,9%	3	50,0%
	<b>Regular</b>	5	20,8%	2	11,1%	3	50,0%
<b>CV T2</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	15	62,5%	14	77,8%	1	16,7%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	4	22,2%	4	66,7%
	<b>Mala</b>	1	4,2%	0	,0%	1	16,7%
<b>CV T3</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Buena</b>	14	58,3%	11	61,1%	3	50,0%
	<b>Regular</b>	8	33,3%	5	27,8%	3	50,0%
	<b>Mala</b>	2	8,3%	2	11,1%	0	,0%
<b>EVOLCVT01</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	21	87,5%	17	94,4%	4	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	3	12,5%	1	5,6%	2	33,3%
<b>EVOLCVT02</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	17	70,8%	15	83,3%	2	33,3%
	<b>Han empeorado CV</b>	7	29,2%	3	16,7%	4	66,7%
<b>EVOLCVT03</b>	<b>Total</b>	24	100,0%	18	100,0%	6	100,0%
	<b>Mantienen CV</b>	16	66,7%	12	66,7%	4	66,7%
	<b>Han empeorado CV</b>	8	33,3%	6	33,3%	2	33,3%