

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CÁNCER EN LA
CAVIDAD BUCAL POR PARTE DEL CIRUJANO DENTISTA
DE LA CIUDAD DE PUNO, 2016”**

TESIS

PRESENTADA POR:

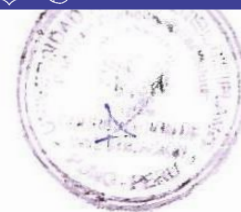
JUAN DE DIOS GUTIERREZ APAZA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PUNO-PERÚ

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CÁNCER EN LA CAVIDAD BUCAL POR PARTE DEL
CIRUJANO DENTISTA DE LA CIUDAD DE PUNO, 2016

TESIS PRESENTADO POR:

Bach. JUAN DE DIOS GUTIERREZ APAZA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 24-05-2017

APROBADO POR EL JURADO REVISOR CONFORMADO POR:

PRESIDENTE

Mg. Augusto Fernando Atayupanqui Nina

PRIMER MIEMBRO

:

CD. Wilbert Arocutipá Molina

SEGUNDO MIEMBRO

:

CD. Carlos Vidal Cutimbo Quispe

DIRECTOR DE TESIS

:

Dr. Jorge Luis Mercado Portal

Área: Medicina y Patología Estomatológica

Tema: Etiología y Diagnóstico de las Enfermedades Estomatológicas

DEDICATORIA

A Dios.

Por darme conocimiento y haberme permitido llegar hasta este punto y haber cuidado mis pasos para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres:

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis familiares:

Que participaron directa e indirectamente en mi formación como profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme guiado por el camino correcto que hasta ahora sigo.

A mis padres, por su inmenso e incondicional apoyo.

A la Universidad Nacional del Altiplano, por darme la oportunidad de ser formado como profesional en sus aulas.

A mis profesores, que contribuyeron en mi formación como profesional a lo largo de estos años.

A mis amigos, que me apoyaron incondicionalmente.

Son muchas las personas que han formado, parte en mi recorrer por la vida a las que doy las gracias y agradecerles por su sincera amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Para todos ellos, muchas gracias y que Dios los bendiga.

JUAN DE DIOS GUTIERREZ APAZA

ÍNDICE

	Página.
RESUMEN	10
PALABRAS CLAVE	10
ABSTRACT	11
KEYWORDS:	11
CAPITULO I	12
INTRODUCCIÓN	12
1.1. Planteamiento del problema	12
1.2. Antecedentes de la investigación	13
Antecedentes internacionales	13
Antecedentes nacionales.	24
Antecedentes locales.	25
1.3. Formulación del problema	25
1.4. Importancia y utilidad del estudio	25
1.5. Objetivos de la investigación	28
Objetivo general	28
Objetivos específicos	28
1.6. Caracterización del área de investigación	28
CAPITULO II	30
II. REVISIÓN DE LITERATURA	30
2.1. Marco teórico	30
Epidemiología del cáncer en la cavidad bucal	30
Cáncer en la cavidad bucal en el mundo	30
Cáncer en la cavidad bucal en el Perú	32
Anatomía regional de la cavidad bucal	37
Clasificación de los tumores malignos de los tejidos blandos de la cavidad bucal	38
Lesiones precancerosas	39
Cáncer en la cavidad bucal	40
Melanoma bucal	41
Carcinoma de células escamosas	42
Factores de riesgo	43
Tabaco y alcohol	43
Infecciones y factores inmunológicos	43
Sífilis	44

Malnutrición	44
Traumatismo	45
Luz Solar	45
Bases moleculares del cáncer en la cavidad bucal	45
Características clínicas del cáncer en la cavidad bucal en sus diferentes zonas de presentación	46
Carcinoma de los labios	46
Carcinoma de Lengua.	47
Carcinoma del piso de boca	47
Carcinoma de mucosa bucal y gingival	47
Carcinoma de paladar	48
Características histológicas ²⁸	48
Etiopatogenia	50
Examen de la cavidad bucal	50
Manifestaciones clínicas	52
Etapas clínicas del cáncer oral - estadios tnm ³⁰	52
Exámenes Complementarios De Diagnostico	54
Análisis de sangre	54
Biopsia	54
Tratamiento	54
Complicaciones orales de pacientes en tratamiento	55
Pronóstico	56
Estrategias institucionales frente al cáncer en la cavidad bucal	56
Prevención frente al cáncer en la cavidad bucal	57
2.2. Hipótesis de la investigación	60
CAPITULO III	61
MATERIALES Y MÉTODOS	61
3.1. Tipo y diseño de investigación	61
3.2. Población y muestra de investigación	61
Población	61
Muestra	61
Criterios de selección:	62
Criterios de inclusión:	62
Criterios de exclusión:	62
Variables:	62

3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	65
3.4. Procedimientos de recolección de datos	65
Validación del instrumento de investigación	66
Fiabilidad del instrumento de investigación (ANEXO 04)	67
Aplicación del cuestionario	67
3.5. Procesamiento y análisis de datos	67
Análisis de resultados.	68
CAPITULO IV	69
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	69
4.1. Resultados	69
4.2. Discusión	77
CAPÍTULO V	83
CONCLUSIONES	83
CAPITULO VI	84
RECOMENDACIONES	84
CAPITULO VII	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01: Total población encuestada de Cirujanos Dentistas según género, de la ciudad de Puno, 2016.....	69
TABLA 02: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la epidemiología del cáncer en la cavidad bucal, 2016.....	70
TABLA 03: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal, 2016.....	71
TABLA 04: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal, 2016.	72
TABLA 05: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el prevención del cáncer en la cavidad bucal, 2016.....	73
TABLA 06: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el prevención del cáncer en la cavidad bucal, 2016.....	74
TABLA 07: Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno, 2016.....	75
TABLA 08: Puntaje global obtenido del cuestionario sobre conocimientos de cáncer en la cavidad bucal, aplicado a los Cirujanos Dentistas de la ciudad de Puno, 2016.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01: Total población encuestada de Cirujanos Dentistas según género, de la Ciudad de Puno, 2016	69
GRÁFICO 02: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno sobre la epidemiología del cáncer en la cavidad bucal, 2016.....	70
GRÁFICO 03: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno sobre la etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal, 2016	71
GRÁFICO 04: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno sobre el diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal, 2016.	72
GRÁFICO 05: Nivel conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno sobre el tratamiento del cáncer en la cavidad bucal, 2016	73
GRÁFICO 06: Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno sobre el prevención del cáncer en la cavidad bucal, 2016.....	74
GRÁFICO 07: Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno, 2016.....	75
GRÁFICO 08: Puntaje global obtenido del cuestionario sobre conocimientos de cáncer en la cavidad bucal, aplicado a los Cirujanos Dentistas de la Ciudad de Puno, 2016	76

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AVISA: Años de Vida Saludables Perdidos

CEO: Carcinoma Epidermoide Oral

COCE: Carcinoma Oral de Células Escamosas

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SIDA: Síndrome de la Inmuno Deficiencia Adquirida

SIS: Seguro Integral de Salud

TNM: tumor, ganglios linfáticos, metástasis

VPH: Papiloma Virus Humano

RESUMEN

Objetivo: el objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno.

Materiales y métodos: es un tipo de investigación cuantitativa, nivel descriptivo, diseño transversal, prospectivo, observacional; se realizó una minuciosa revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario con 25 preguntas cerradas, que fue validado mediante juicio de expertos y se hizo el análisis de fiabilidad mediante el Alfa de Crombach de 7,97. Este instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer en la cavidad bucal y los calificó como: eficiente, regular y deficiente, según la escala establecida. A una muestra determinada de 143 Cirujanos Dentistas habilitados según el COP y que cumplieron los criterios de inclusión y de exclusión.

Resultados: De los Cirujanos Dentistas participantes El 36.4% tuvo nivel de conocimientos deficiente; el 45.5% tuvo nivel de conocimientos regular y el 18.2% de la población tuvo nivel de conocimientos eficiente. En el área de diagnóstico fue donde los participantes tuvieron un puntaje deficiente en mayor porcentaje y en todas las demás áreas primó el nivel de conocimiento regular y mientras que el nivel de conocimiento eficiente se encontró en todas las áreas con mínimo porcentaje.

Conclusiones: Este estudio identificó un nivel de conocimiento de nivel regular sobre cáncer en la cavidad bucal, por parte de los Cirujanos Dentistas en la ciudad de Puno y ahí la necesidad de implementar mayor capacitación en el pregrado o postgrado con temas relacionados.

PALABRAS CLAVE

Nivel de conocimiento, Cáncer en la cavidad bucal, Cirujano Dentista.

ABSTRACT

Objective: the objective of the present study was to determine the level of knowledge of cancer in the oral cavity by the Dentist Surgeon of the City of Puno;

Materials and Method: it is a type of quantitative research, descriptive level, transversal design, prospective, observational; A thorough bibliographical review was carried out and a questionnaire with 25 closed questions was elaborated, which was validated by expert judgment and reliability analysis was performed using the Crombach Alfa of 7.97. This instrument evaluated the level of knowledge in five sections: epidemiology, etiology, diagnosis, treatment and prevention of cancer in the oral cavity and described them as: efficient, regular and deficient, according to the established scale. A sample of 143 current Dental Surgeons according to the COP and who met the inclusion and exclusion criteria.

Results: Of the participating Dental Surgeons 36.4% had poor level of knowledge; 45.5% had a regular level of knowledge and only 18.2% of the population had an efficient level of knowledge. In the area of diagnosis it was where the participants had a poor score in a higher percentage and in all other areas the level of regular knowledge was high and while the level of efficient knowledge was found in all areas with a minimum percentage.

Conclusions: The importance of this study was that a level of knowledge about cancer in the oral cavity was regularized by Dentists in the city of Puno and the need to implement further training in undergraduate or postgraduate courses with related subjects.

KEYWORDS:

Level of knowledge, Cancer in the oral cavity, Dentist.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

De todas las patologías bucales el cáncer de la cavidad bucal se presenta como una de las más graves y agresivas. Es una entidad nosológica que constituye un grave problema en muchos países con importantes implicancias sanitarias y socioeconómicas que han despertado mucho interés y cuyas proporciones son mayores cada día. Está entre los 10 principales tipos de cáncer más comunes en el mundo y representa entre el 3% al 5% de todas las lesiones malignas diagnosticadas del organismo.

En el Perú, en décadas anteriores el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), indica que el Cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuentes en nuestro país y se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años.¹ El carcinoma epidermoide constituye el 90% de las neoplasias malignas de la cavidad bucal, el cual se presenta principalmente en la lengua y los labios, y en mayor incidencia en el sexo masculino. Su etiología se desconoce, pero estaría relacionada con factores químicos, físicos, biológicos y genéticos.²

La importancia de un diagnóstico temprano es fundamental y el rol del odontólogo para identificar estas lesiones malignas y premalignas es de importancia para contribuir a una mejor calidad de vida del paciente.³

Es necesario realizar estudios que puedan ayudar a identificar la frecuencia y distribución de esta patología entre los diferentes grupos poblacionales de nuestro país, para ayudar a explicar los patrones de la enfermedad y contribuir a establecer medidas preventivas.

1.2. Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

Santana y cols (2010 – Jequie, Brasil). Conocimientos y diagnóstico en cáncer bucal entre profesionales de la Odontología de Jequie, Bahia.

Se utilizó para recolectar datos un cuestionario cerrado, con resultados presentados de forma descriptiva. De los 53 dentistas que atienden en Jequie, hubo 71,6%(38) que respondieron, de estos el 55,6% presentaban 30 años de edad o menos, siendo el 63,2% de sexo masculino. De los participantes, 42,1% juzgaron deficiente la enseñanza de cáncer de boca obtenido en la graduación, siendo la enseñanza imprescindible para una actuación eficiente, y 94,7% afirmaron tener un papel importante en el control de esta enfermedad. El 60,5% juzgo tener un buen conocimiento sobre cáncer de boca. Y Esto quedo reafirmado al percibir que 92,1% y 97,4% juzgaron que el alcohol y el tabaco respectivamente, son factores de riesgo para esa enfermedad y 86,8% afirmaron que el aspecto inicial de las lesiones es una ulcera indolora. Aunque percibiose inseguridad en la realización de la biopsia, 39,5% no se sienten capacitados para tal acto y 26,3% se juzgaron deficientes en este aspecto. El conocimiento satisfactorio sobre el cáncer de boca referido por los participantes del estudio se mostró inconsistente en relación al reconocimiento de algunos factores de riesgo y procedimientos diagnósticos, el que puede implicar algunas deficiencias en las acciones de prevención y detección precoz de

esa enfermedad⁴.

Hertrampf y cols (2010 - Schleswig-Holstein, Alemania). Dentistas: perspectivas sobre el cáncer bucal, estudio en el norte de Alemania y una comparación con los datos internacionales.

El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento de los procedimientos de diagnóstico y factores de riesgo para el cáncer oral entre los odontólogos en el norte de Alemania por medio de un cuestionario estandarizado. Un cuestionario se envió por correo a todos los Dentistas en Schleswig-Holstein, Alemania, que se componen de 41 preguntas que se centran en el conocimiento de los procedimientos de diagnóstico para el cáncer oral y sus principales factores de riesgo. Trescientos seis de 2233 cuestionarios fueron devueltos y se analizaron. La mayoría de los Dentistas acordaron correctamente que la detección precoz del cáncer oral mejora la supervivencia a 5 años. El conocimiento de los hechos que el cáncer oral se diagnostica en una etapa avanzada y que el piso de la boca es un sitio común de ser afectados fue mayor en comparación con los datos internacionales. Por el contrario, el conocimiento era más bajo en la aparición de cáncer oral y sus síntomas en las primeras etapas. Dentistas eran menos seguro sobre el papel de los factores ausencia del mismo (por ejemplo, historia familiar) que el de los factores de riesgo. La educación continua sobre el cáncer oral en el último año fue el único factor de fondo que contribuyó significativamente a un mejor conocimiento factores relacionados de diagnóstico. El conocimiento profundo acerca de los procedimientos de diagnóstico y los factores de riesgo para el cáncer oral es esencial para los Dentistas⁵.

Barramuñoz (2011 – Talca, Chile). Medición de conocimiento de cáncer oral en Cirujanos Dentistas de la ciudad de Talca y alumnos de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Talca del año 2011.

Realizó la medición del conocimiento de cáncer oral en Cirujano Dentistas de la ciudad de Talca (Chile) y alumnos de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Talca. Recolectó los datos con un cuestionario construido según una revisión bibliográfica. Los resultados se tabularon y se hizo un análisis descriptivo. De un total de 84 sujetos, 44 representaban a alumnos de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Talca y 40 a cirujanos dentistas que se desempeñan en la ciudad de Talca en el año 2011, representando el 47,62% y 52,38% respectivamente. El 55% correspondía a hombres y 45% a mujeres. El mayor porcentaje de la muestra calificó con un rango de puntaje “Suficiente”, según la escala del instrumento. Se observó un mayor número de alumnos que obtuvo calificaciones mayores a los profesionales, aunque, sin diferencias significativas⁶.

Decuseara y cols (2011 – Dubling, Irlanda). Cáncer bucal: conocimientos prácticas y opiniones de Dentistas en Ireland.

Se realizó una encuesta por cuestionario de los Dentistas en cuanto al conocimiento de los factores de riesgo y los métodos de diagnóstico de cáncer oral, prácticas de prevención primaria y secundaria, y las opiniones de la eficacia de la formación de grado formal para la detección temprana y la prevención de esta enfermedad. La encuesta exploró las posibles necesidades de formación de los Dentistas.

Los Dentistas parecen ser generalmente bien informado sobre el diagnóstico conceptos y

factores de riesgo. Un total de 89% informó que proporciona detección de intra y tejido blando extra-oral a pacientes adultos (>18 años) para excluir de cáncer oral. Un total del 27% de los Dentistas dijo siempre ofrecer el asesoramiento para dejar que usen el tabaco, y el 12% de los Dentistas beban el alcohol con moderación y/o abandono del hábito. Un total de 54% se sienten adecuadamente capacitados para palpar los ganglios linfáticos asociados con el cáncer oral. Más de la mitad de los dentistas informaron que sus conocimientos y la capacitación sobre cáncer oral era actual; Sin embargo, el 74% informó de la falta de materiales de educación del paciente con respecto a la prevención y la detección precoz del cáncer oral. Los resultados del estudio sugieren que los dentistas no están bien capacitados en la prevención y la detección temprana de cáncer oral, y una de las barreras es la falta de formación. Conocimientos y habilidades de los dentistas deben reforzarse y sistemática actualizada por la educación profesional continua. Mayor énfasis debe estar colocado en el hecho de que los dentistas tienen un papel más importante que desempeñar en la prevención y la detección de este tipo de cáncer en sus primeras etapas, que son curables⁷.

Rocha y cols (2012 – Pasto, Colombia). Cáncer bucal y Odontólogos: conocimientos, actitudes y prácticas en el sur de Colombia.

En una muestra de 93 odontólogos asistentes a un evento odontológico, se aplicó una encuesta confidencial, elaborada con base en estudios previos. Se encontró que la cuarta parte de los encuestados conocían que el carcinoma de células escamosas es la forma más frecuente de cáncer bucal, y que la leucoplasia y la eritroplasia son las dos lesiones más probablemente asociadas al cáncer bucal. La mayoría consideran que orientan adecuadamente a sus pacientes sobre lesiones orales sospechosas.

Tres cuartas partes de los odontólogos consideraron que estaban preparados para explicar los riesgos del tabaquismo. Más de la mitad evalúan antecedentes personales de los pacientes con tumor y menos de un cuarto de ellos evalúan antecedentes familiares de cáncer. En general, se practica el examen bucal para diagnóstico de cáncer y casi la totalidad de los encuestados consideran importante mantenerse actualizado. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la creencia de los odontólogos de estar adecuadamente preparados para realizar un adecuado examen físico, con el hecho de haber realizado un “Curso formal en los últimos 12 meses”. Este estudio reveló que el nivel de conocimientos y la aplicación de medidas preventivas por parte de los odontólogos, se convierten en una importante estrategia de salud pública para la reducción de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal⁸.

Borhan-mojabi y cols (2012 – Qazvin, Iran). Evaluación del grado de conocimiento sobre el cáncer oral entre profesionales Médicos generales y Odontólogos generales en Qazvin.

Un estudio basado en un cuestionario de la sección transversal se realizó en los Médicos generales y Odontólogos generales en el año 2009. El análisis se realizó con el programa SPSS.

La puntuación media del conocimiento de todos los participantes fue a nivel moderado y no hubo diferencia significativa entre los dos grupos. Hubo una correlación significativa entre la puntuación de los conocimientos y la edad, el tiempo de graduación y el tiempo transcurrido desde el último curso de actualización sobre el cáncer oral ($P < 0,05$). Fumar (78%) y el consumo de alcohol (34,9%) se observó como los dos principales factores de

riesgo de toda la población de estudio. Aproximadamente el 80,9% de los participantes identificó la lengua como uno de los sitios más comunes de los cánceres orales, mientras que sólo el 25,7% identificó el suelo de la boca y el 28,3% de los labios como otras áreas de ocurrencia.

Este estudio demostró un nivel inadecuado de los conocimientos sobre los cánceres orales en ambos grupos. Se recomienda una formación adicional en las universidades, así como la continuación de los programas educativos sobre la prevención y la detección precoz de los cánceres orales⁹.

Joseph y cols (2012 – Kuwait, Kuwait). Conocimiento del cáncer oral entre Odontólogos en Kuwait.

Una encuesta transversal se llevó a cabo entre 200 dentistas que trabajan en el Ministerio de Salud Dental Centers y la Universidad de Kuwait Dental Center utilizando un cuestionario estructurado. Su grado de conocimiento sobre los factores de riesgo de cáncer oral y conceptos acerca de diagnóstico, las prácticas actuales y las opiniones, el punto preferido de referencia, así como el interés por la formación continua se evaluaron y se analizaron las respuestas.

De los 200 dentistas encuestados, 153 respondieron (tasa de respuesta del 76,5%). La puntuación media de los conocimientos de los participantes fue de $20,6 \pm 4,0$ sobre una puntuación total de 30. Treinta y cinco (22,9%) dentistas tenido consistentemente altas puntuaciones de conocimiento tanto para los factores de riesgo y métodos de diagnóstico. De los 153 dentistas, 132 (86,3%) estaban interesados en obtener más información sobre el cáncer oral.

Este estudio pone en relieve la necesidad de mejorar el conocimiento y la educación de los profesionales de la Odontología en el cáncer oral¹⁰.

Hertrampf y cols (2013 - Schleswig-Holstein, Alemania). El cancer oral conocimiento de los Dentistas después de la intervención educativa en el norte de Alemania.

Después de un estudio de referencia que fue enviado por correo a todos los dentistas en Schleswig-Holstein, Alemania (n = 2280), se analizaron los resultados para producir un programa educativo multifacético. Después de la intervención educativa, la misma encuesta se redistribuyó y los resultados antes y después de la intervención se compararon.

Los resultados se basan en 394 encuestas. Tras la intervención, el 62% de los encuestados, frente al 49% al inicio del estudio, se describe su conocimiento general como no muy bueno. El porcentaje de los dentistas que investigan rutinariamente a los pacientes de mayor edad en la cita de recordatorio aumentó del 28% al inicio del estudio al 37% los que han respondido habían asistido a un curso de educación continua durante el período de intervención. Se observaron mejoras similares en la cita inicial para pacientes de edad avanzada, con resultados mejora del 33% al 38% para el personal que asistieron a un curso educativo más.

Nuestros resultados mostraron que una intervención educativa de 1 año con un enfoque multifacético se ha realizado correctamente. Subrayan que los programas de educación continua pueden mejorar la competencia de los dentistas que realizan el examen de la cavidad oral. Por lo tanto, se recomienda la participación regular en la continuación de

los cursos de formación¹¹.

Saleh y cols (2014 – Kuala Lumpur, Malasia). Percepción del rol del dentista en la temprana detección del cáncer de boca.

Una encuesta sobre su grado de conocimiento y sus prácticas en la prevención y la detección temprana del cáncer oral se llevó a cabo utilizando un 26 preguntas del cuestionario.

respondieron 41,7% de los participantes. El nivel de conocimiento sobre los primeros signos y hábitos de riesgo asociados con el cáncer oral era alta en la mayoría de informes, el comportamiento oportunista y consejo a los pacientes sobre el riesgo de cese de esos hábitos. Los factores que influyeron en el dentista en la práctica de la prevención y la detección precoz del cáncer oral eran la educación continua sobre el cáncer oral, la edad, la naturaleza de la práctica y la graduación reciente. En particular, los dentistas eran receptivos a la formación continua en el área de detección de cáncer oral y el cese de los hábitos de riesgo. Tomados en conjunto, el estudio demostró que la clínica dental es una buena vía para llevar a cabo programas de cribado oportunista, y la educación continua en estas áreas es necesario dotar adecuadamente a los dentistas en la ejecución de estos programas.

Además, este estudio también pone de relieve los déficit de conocimiento y deficiencias de práctica que le ayudará en la planificación y el desarrollo de programas que fomenten aún más una mayor participación de los dentistas en la prevención y la detección temprana del cáncer oral¹².

Dumitrescu y cols (2014 – Bucarest, Rumania). Evaluar el conocimiento de cáncer oral en Rumania en estudiantes de Odontología de pregrado.

Un total de 192 de primero a sexto año de licenciatura los estudiantes de odontología (edad media de $22,20 \pm 2,94$ años), que ha aceptado participar en el estudio llenando un cuestionario sobre su conocimiento del cáncer oral. Una puntuación de los conocimientos de cáncer oral se calculó para cada participante en función de sus respuestas correctas. En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo de cáncer bucal, la gran mayoría de los estudiantes reconoce correctamente el tabaco (96,8%), que tiene una lesión previa de cáncer oral (85,1%), el consumo de alcohol (77,7%), y la mayor edad (64,2%) respectivamente, el 87,7 y el 54,3% conocía la lengua y el suelo de la boca para ser los sitios más comunes de cáncer oral. De los estudiantes, el 71,3% de acuerdo en que los exámenes orales para el cáncer de los 20 años de edad y mayores deben ser proporcionados durante los exámenes periódicos de salud regulares, el 92,9% consideran que los pacientes con lesiones orales sospechosas deben ser remitidos a los especialistas, y el 84,6% de acuerdo en que el cáncer oral exámenes deberían ser una parte rutinaria de un examen oral integral. Se encontró una asociación significativa entre el año de estudio en la escuela dental, la edad, y el conocimiento de las puntuaciones de conocimiento del cáncer oral. Aunque el conocimiento de los estudiantes aumentó con el año académico, existe una clara necesidad de mejorar los programas de estudio dental en la formación clínica de cáncer oral en la prevención del cáncer oral y examen para estudiantes de odontología¹³.

Akbari y cols (2015 – Khorasan, Iran). Evaluación del conocimiento acerca del cáncer de boca entre el Odontólogo general y el odontólogo especialista en el sur de Khorasan-

Iran.

Este estudio descriptivo transversal se llevó a cabo con los dentistas que participaron en un programa educativo durante el servicio en la Facultad de Odontología de la Universidad de Ciencias Médicas Birjand en la primavera de 2014. Un cuestionario incluyendo información demográfica se preparó con 11 preguntas relacionadas con el cáncer oral. Se pidió a los participantes completar los cuestionarios dentro de un lapso de tiempo específico. Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS 15 por t-test y ANOVA de una vía en el 0,05 nivel de confianza.

Un total de 73 dentistas fuera de 80 respondió los cuestionarios - 36 (49,3%) eran mujeres y 37 (50,7%) eran varones. Puntuación total media de conocimiento era $7,91 \pm 1$ de 11. Las puntuaciones medias de los conocimientos de los participantes masculinos y femeninos fueron $7,70 \pm 1,83$ y $8,13 \pm 1,94$, respectivamente. La media de puntuación de los conocimientos de los dentistas generales fue $7,41 \pm 1,79$ y de especialistas dentales fue $9,44 \pm 1,0$. A pesar de la mayor puntuación conocimiento de las mujeres en comparación con los hombres y los dentistas generales en comparación con los especialistas dentales, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p = 0,09$). prueba de Tukey mostró una diferencia significativa entre los grupos con 1-4 años de experiencia (8,74) y más de veinte años de experiencia (6,50) ($p = 0,001$).

Teniendo en cuenta el buen nivel de conocimiento de los dentistas jóvenes y los especialistas y la importancia del diagnóstico precoz del cáncer oral, parece necesario prestar más atención a la educación académica para los estudiantes de odontología, así

como la celebración de cursos de reciclaje para los dentistas con experiencia, de modo que su conocimiento no reducirse con el tiempo¹⁴.

Puentes y cols (2015 - Mérida, Venezuela). Valoración del nivel de conocimiento sobre las patologías labiales por parte del Odontólogo que labora en el sector privado de salud de Mérida, Venezuela.

Para establecer el grado de conocimiento que posee el profesional de la odontología que labora en el servicio privado, se realizó una encuesta que se aplicó al 10% de una muestra representativa de los odontólogos que laboran en la ciudad de Mérida. Esta investigación es de tipo descriptiva con un enfoque cuantitativo y con diseño no experimental de corte transversal. Los resultados se obtuvieron por estadística descriptiva y los datos fueron procesados con el programa SPSS (versión 20). Dichos resultados aportan que los odontólogos que laboran en el sector privado en el municipio Libertador de la ciudad de Mérida Estado Mérida, específicamente en las preguntas que exploraban el conocimiento sobre patologías labiales, poseen un alto conocimiento, ya que el promedio de las respuestas correctas de cada pregunta por separado fue de más del 60%¹⁵.

Feitosa y cols (2016 - Crato – Ce, Brasil). Evaluación de la conducta de los Cirujanos Dentistas del sistema público de salud frente al diagnóstico de patologías bucales en la ciudad de Crato – Ce.

Se utilizó para la recolección de datos, un cuestionario específico y cerrado. De los 27 Cirujanos Dentistas participantes de este estudio, la mayoría (55,6%) son adultos jóvenes

entre 31 a 40 años de edad, siendo que 44,4% tienen más de 15 de años formación. Gran parte de los dentistas(70,4%) mencionó realizar examene intra y extrabucal en la primera consulta; 92,6% respondieron que informan a sus pacientes sobre el tabaquismo y el alcoholismo como principales causadores de cáncer de boca y 85,2% orientan a los pacientes en cuanto al autoexamen de boca. Al detectar alguna alteración en la mucosa bucal, la conducta del 94,7% de los Cirujanos Dentistas es derivar a las unidades básicas de salud. 62.5% de los Cirujanos Dentistas que laboran en el centro de especialidades odontológicas también derivan al detectar en el paciente alguna alteración en la mucosa bucal o una lesión sospechosa. Delante de los presentes datos, se concluye que los Cirujanos Dentistas del sistema público de salud del municipio de Crato-Ce, presentan conducta satisfactoria en relación al cáncer de boca¹⁶.

Antecedentes nacionales.

Izaguirre Pérez (2012 – Lima, Perú). Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012.

La muestra fue estratificada, constituida por 150 estudiantes de tres universidades de Lima que se encontraban finalizando su internado hospitalario correspondiente al año 2012. Para determinar el nivel de conocimiento se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario de 24 preguntas cerradas que fue validado mediante juicio de expertos y Alfa de Cronbach de 7,62. El instrumento evaluó el nivel de conocimiento en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral y los califico de bueno, regular y bajo, según la escala establecida El 44,7%

de los estudiantes participantes de la investigación tenían un nivel regular de conocimientos sobre cáncer oral. En el nivel de conocimientos, bajo, se distribuyó el 39,3% de la población y en el nivel de conocimientos, bueno, se encontró el 16% de la población. Las secciones donde los participantes obtuvieron mayor puntaje fueron: etiología y diagnóstico, estas secciones comprendían preguntas factores de riesgo, signos y síntomas y localización del cáncer oral. En cambio las secciones sobre tratamiento y prevención del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes.

Este estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes de odontología del último año de la carrera y subraya la necesidad de mejorar la educación sobre el cáncer oral para beneficio de la población que podrá ser atendida por los futuros profesionales¹⁷.

Antecedentes locales.

No existe antecedente.

1.3. Formulación del problema

La formulación del problema de investigación del presente proyecto está dada por la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno, 2016?

1.4. Importancia y utilidad del estudio

Las neoplasias malignas, en cualquiera de sus variantes y localizaciones, constituyen un problema de salud para el hombre moderno, sobre todo porque es una enfermedad crónica, que va incrementándose proporcionalmente al envejecimiento del ser humano.

El cáncer de la cavidad bucal representa aproximadamente el 3,5 al 5% de todos los cánceres del organismo². En el Perú, Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el cáncer de la cavidad bucal se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuentes¹⁷.

El complejo bucal se encuentra entre las diez primeras regiones anatómicas, afectadas por neoplasias malignas.¹⁸ Hay distintos tipos de cáncer en la cavidad bucal, pero 90% son carcinomas de células escamosas¹⁹ y representa el 5% de todas las neoplasias y ocupa el número 12 de todas las neoplasias malignas en el mundo²⁰. La cavidad bucal es una cavidad virtual que tiene forma cuboidea cuya conformación es: pared anterior; conformada por los labios, paredes laterales; las mejillas, pared superior; bóveda palatina, pared inferior, piso de boca. La pared inferior está formada por la lengua y la región sublingual, pared posterior, velo del paladar, amígdalas.²¹

El cáncer en la cavidad bucal es más agresivo y letal que otros tumores, además posee múltiples factores etiológicos, alto potencial metastático, un efecto acumulativo en el tiempo y compromete la estética y función del paciente²².

Aunque los consumos de tabaco y alcohol son los mayores factores de riesgo para el cáncer en la cavidad bucal, sólo en una pequeña fracción de la población expuesta a estos factores de riesgo desarrolla cáncer oral¹⁹. Es preocupante el alto porcentaje de pacientes que no reconocen estados de anormalidad de la mucosa oral²³, teniendo en cuenta que, la etapa del tumor en el momento del diagnóstico es actualmente el marcador pronóstico más importante para el cáncer de cavidad bucal³.

La detección precoz del cáncer bucal es posible y el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad está asociado a la mejor sobrevida de los pacientes. El odontólogo tiene una única oportunidad de reconocer neoplasias malignas cuando ellas todavía son asintomáticas e insospechadas²⁴. Los odontólogos son los profesionales de la salud que trabajan en relación directa con la cavidad bucal, es por ello que su participación, ya sea del odontólogo general o especialista en el diagnóstico oportuno de neoplasias bucales, es de suma importancia, ya que puede ser un factor esencial y determinante en el pronóstico y sobrevida del paciente⁸.

Está justificado porque reflejara la necesidad implementar o no de programas tanto para la formación profesional de pregrado y posgrado y al mismo sistema de salud; prueba de ello son las pocas publicaciones que insisten en la necesidad de mejorar los conocimientos y actitudes sobre el cáncer en la cavidad bucal y que orientan la detección precoz a una serie de prácticas de manera que es fundamental que el entrenamiento y conocimiento de los profesionales de la salud oral se enfoque adecuadamente a los factores de riesgo, medidas de prevención y control y sobre todo procedimientos de detección temprana.

Por lo tanto es importante destacar que desde la visión científica los conocimientos representan el conjunto organizado de datos e información destinados a resolver la problemática del cáncer en la cavidad bucal, los cuales son parte de la formación académica de pregrado y posgrado, y también de la educación continuada, por tanto debe ser permanente la actualización de los Cirujanos dentistas.

1.5.Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno.

Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la epidemiología del cáncer en la cavidad bucal.

Determinar el nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal.

Determinar el nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal.

Determinar el nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el tratamiento del cáncer en la cavidad bucal.

Determinar el nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la prevención del cáncer en la cavidad bucal.

1.6.Caracterización del área de investigación

Ámbito general: Puno es una región del Perú situado en el sureste del país. Ocupa 67 mil km² de territorio conformado por la mitad occidental de la Meseta del Collao, al oeste del lago Titicaca, y las yungas amazónicas al norte. Limita al este con territorio boliviano,

al suroeste con los departamentos de Tacna, Moquegua y Arequipa, al oeste con el del Cuzco y al norte con Madre de Dios. Altitud: el plano más bajo es el que se ubica a los contornos del lago Titicaca, cuyas riberas están a 3.825 msnm.

Puno es uno de las veinticuatro regiones que junto a la provincia constitucionales del Callao, forman la República del Perú, su festividad Virgen de la Candelaria fue declarada patrimonio cultural inmaterial de la humanidad por la UNESCO el 27 de noviembre de 2014.

El Collao fue territorio de la antigua cultura Tiahuanaco, posteriormente se desarrollaron en la región diversos señoríos conquistados por el imperio incaico hacia el siglo XV.

Durante la colonia, fue una importante zona comercial. A fines del siglo XVIII, fue importante teatro de operaciones de la rebelión de Tupac Amaru II en sus dos fases. Fue creado como departamento el 26 de abril de 1822 en sustitución de la intendencia colonial con antelación a la expulsión de los realistas acantonados en la zona.

Ámbito específico: Ciudad de Puno, Se realizará la entrega de los cuestionarios al profesional Cirujano Dentista habilitado según el COP, en cada consultorio, clínica o en el lugar donde labora.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

1.7.Marco teórico

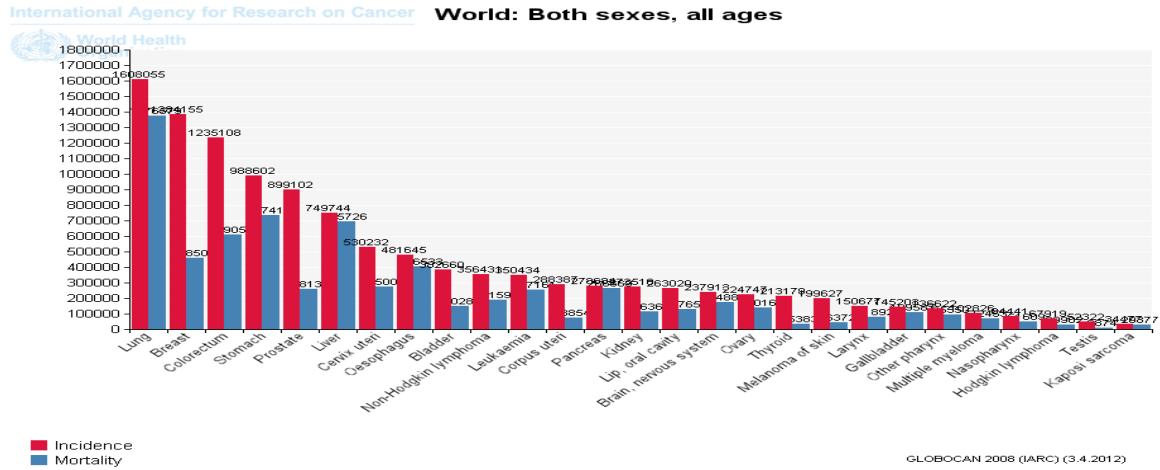
Epidemiología del cáncer en la cavidad bucal

Cáncer en la cavidad bucal en el mundo

El cáncer oral es una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Cada año, más de 275,000 nuevos cánceres orales Casos se diagnostican y al menos 120.000 mueren de la enfermedad¹². La carga del carcinoma de células escamosas en la cavidad bucal varía Significativamente con los comportamientos culturales de riesgo en todo el mundo la India, el Pakistán, Sri Lanka y Bangladesh tienen la Incidencia de hasta 25% de todos los nuevos tipos de cáncer que Cavidad²⁵, en comparación con el 6% en Francia y el 3% en el Reino Unido²⁶ Desde mediados de los años setenta, la incidencia de cáncer oral ha aumentado en la mayoría de los países europeos²⁶. El carcinoma de células escamosas de la cavidad oral (cáncer oral) representa aproximadamente el 3% de todos los cánceres en todo el mundo²⁷

Las tasas de incidencia más altas ocurren en tres países en desarrollo (Pakistán, Brasil e India) y un país desarrollado (Francia)²⁷. El cáncer oral es más frecuente en personas de condición económica precaria y en la población mayor con 98% de los casos presentados en los mayores de 40 años²⁸ y también se ha observado una incidencia creciente en los pacientes menores de 45 años de edad²⁵

Figura 01: cáncer de la cavidad bucal en el mundo, 2012



Fuente: Globocan 2012

CÁNCER EN PAÍSES DESARROLLADOS VS PAÍSES EN DESARROLLO

Figura 02: Países en desarrollo

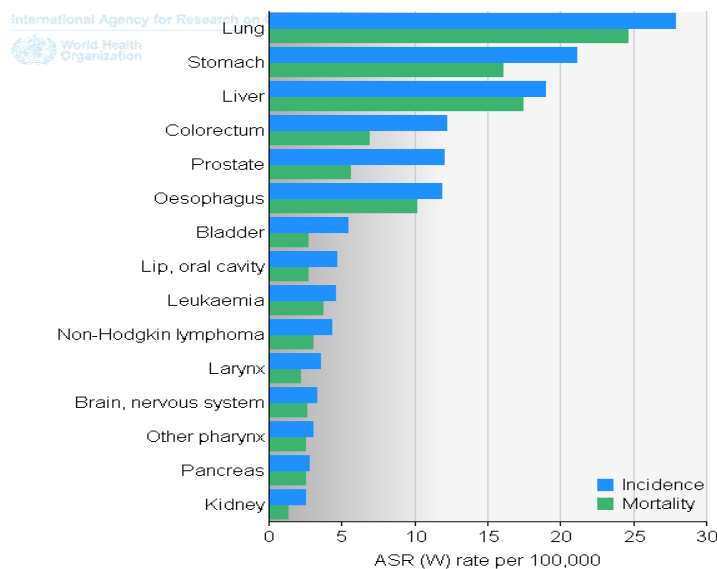
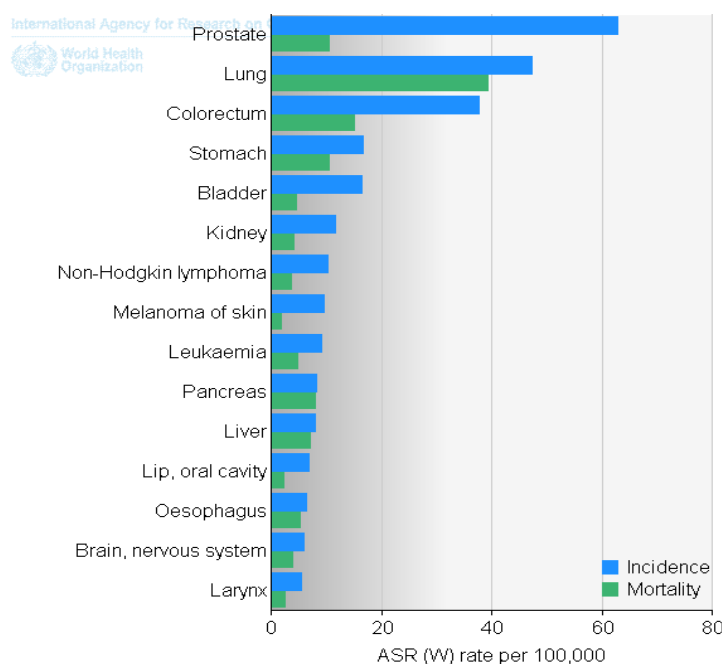


Figura 03: Países desarrollados



Fuente: Globocan, 2008

Cáncer en la cavidad bucal en el Perú

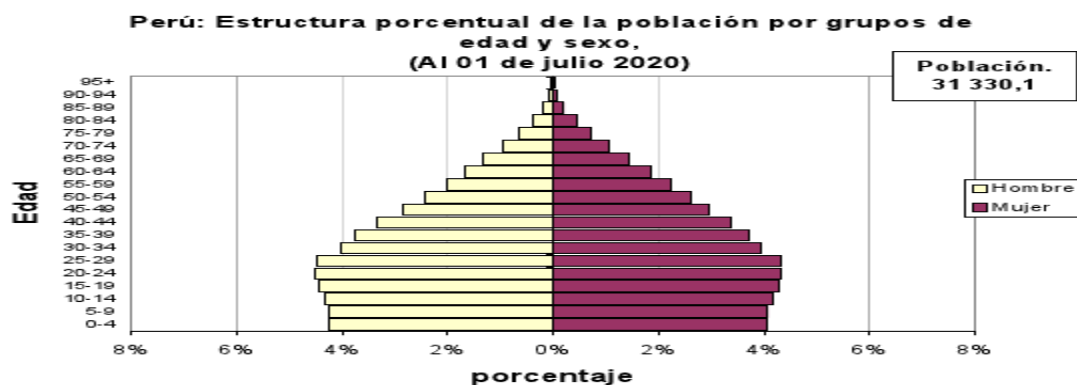
Las personas en los países en desarrollo tienen tasas más altas de cáncer oral y esto se ha sugerido que se debe a una mayor exposición a los factores de riesgo y a una edad joven²⁹ más del 90% del cáncer de cabeza y cuello son se células escamosas, esta terminología se usa para describir a las neoplasias que se originan de las mucosas de labio, cavidad oral, orofaringe.³⁰

En el Perú, en lima metropolitana la incidencia del cáncer de la cavidad oral en hombres 0.41 por 100 000 habitantes x año y en la mujeres 0.54 por 100 000 habitantes x año y la mortalidad en hombres es 0.27 por 100 000 habitantes x año y mujeres 0.04 por 100 000 habitantes x año, en Arequipa la incidencia del cáncer de la cavidad oral en hombres 0.26

por 100 000 habitantes x año y en la mujeres 0.25 por 100 000 habitantes x año y la mortalidad en hombres es 0.13 por 100 000 habitantes x año y mujeres 0.13 por 100 000 habitantes x año, en Trujillo la incidencia del cáncer de la cavidad oral en hombres 0.8 por 100 000 habitantes x año y en la mujeres 0.7 por 100 000 habitantes x año y la mortalidad en hombres es 0.25 por 100 000 habitantes x año y mujeres 0.46 por 100 000 habitantes x año.³⁰

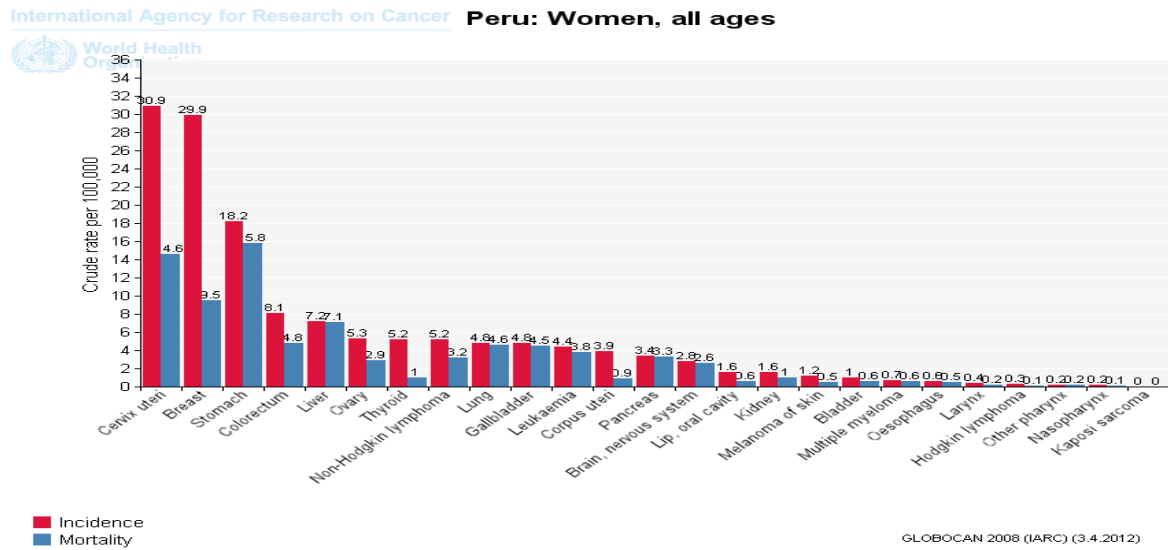
En el contexto de América Latina el proceso de envejecimiento en el Perú se ha retrasado varios años con respecto a otros países. Sin embargo las proyecciones del instituto de estadística nos indican que el país ya ha iniciado el proceso de envejecimiento de su población .Este proceso es inevitable debido al descenso de la fecundidad y la mortalidad .Para el año 2020 se espera un aumento a 11.2% de la población mayor de 60 años. Esto implica una planificación para las consecuencias de este envejecimiento poblacional, dentro de esto las afecciones más predominantes en la población geriátrica como es el cáncer de cavidad oral¹⁷

Figura 04. INEI: Proyecciones Nacionales de Población del Perú



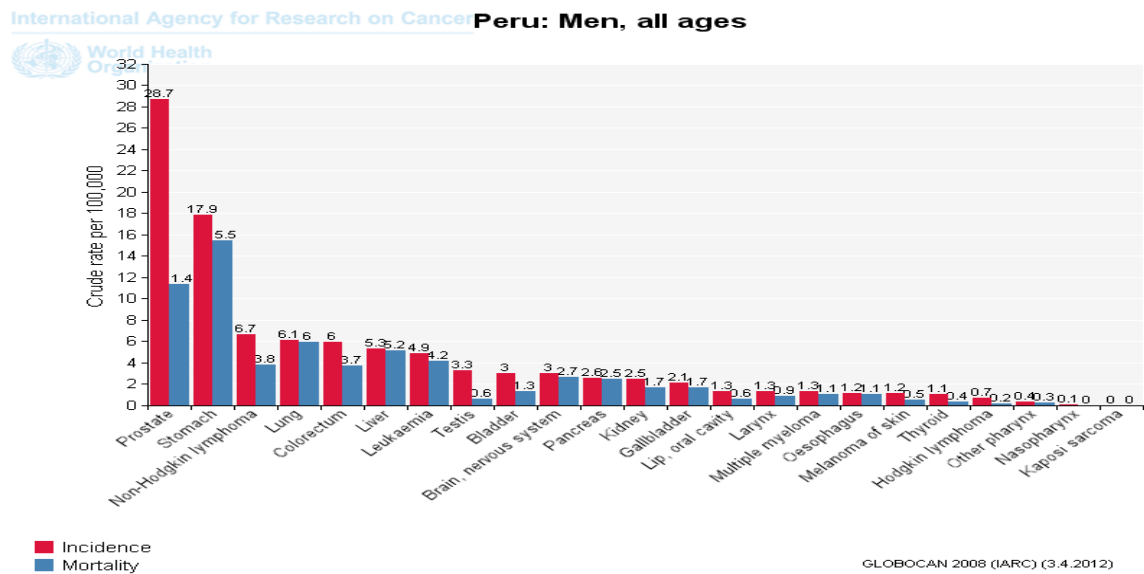
FUENTE: MINSA, 2004

Figura 05: Incidencia cáncer Mujeres Perú 2012



Fuente: Globocan, 2012

Figura 06: Incidencia cáncer Varones Perú 2012.



Fuente: Globocan 2012

Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuente y en hombres como el noveno más frecuente. Se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral periodo (2000-2009).¹⁷

Figura 07. Frecuencia de Neoplasias Malignas en Hombres (2000-2009)

Localización	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PROSTATA	263	307	310	352	364	436	469	528	507	500
ESTOMAGO	310	347	373	308	377	360	378	412	436	451
PULMON	181	192	172	187	177	188	209	208	245	222
OTROS TUMORES DE PIEL	161	129	156	145	176	209	184	183	172	218
COLON - RECTAL	128	121	150	141	203	149	193	193	172	228
LEUCEMIA LINFOIDE	128	149	152	135	145	150	190	173	182	177
TESTICULO	122	133	136	159	153	143	169	163	157	146
LINFOMA NO HODGKIN	134	112	129	128	140	159	153	161	154	158
CAVIDAD ORAL	83	93	105	95	136	123	123	136	136	120
SIST.NERV.CENTRAL	96	114	104	123	118	99	113	119	107	119
OTROS	1039	1076	1209	1171	1331	1285	1380	1424	1432	1527
TOTAL	2645	2773	2996	2944	3320	3301	3561	3700	3700	3866

FUENTE: INEN, 2011

En el 2004 las muertes a nivel nacional causadas por Cáncer de cavidad oral, registradas por el MINSA fueron de 186 de éstas 112 fueron varones y 72 fueron mujeres, notándose la prevalencia del sexo masculino frente al femenino, que ha sido indicada por autores de investigaciones sobre cáncer oral como la razón de 2 a 1¹⁷

Figura 08 .Localización de las neoplasias que causan muertes con mayor frecuencia. MINSA, nivel nacional (2004)

Localización	Hombres	Mujeres	Total
Estómago	1324	1279	2603
Hígado y Vías Biliares	696	954	1650
Bronquios y Pulmón	729	599	1328
Cervix	-----	1244	1244
Próstata	1100	-----	1100
Mama	14	770	784
Tumor de origen incierto	360	416	776
Colon	326	412	738
Leucemia	380	344	724
Páncreas	276	289	565
Linfoma No Hodgkin	291	230	521
Boca	114	72	186
Piel	59	57	116
Otras	1,689	2,214	3,903
TOTAL de muertes	7,718	8,880	16,598

Fuente: Registros DGE, MINSA

La Neoplasia maligna del labio, de la cavidad bucal y de la faringe causo defunciones en 217 mujeres y 165 Hombres que da un total de 382 defunciones en el año 2011.³¹

Figura 09: Defunciones estimadas por cáncer según sexo luego de corrección del subregistro. Perú, 2011.

GRUPO DE NEOPLASIAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Neoplasia maligna de estómago	2793	2070	4863
Neoplasia maligna de hígado y vías biliares	1580	1782	3362
Neoplasia maligna de la tráquea, los bronquios y el pulmón	1712	1335	3047
Neoplasia maligna de la próstata	2486	-	2486
Neoplasia maligna de colon y de la unión rectosigmoidea	845	871	1716
Otras Neoplasias malignas de sitios mal definidos, de comportamiento incierto y los no especificados	865	810	1675
Neoplasia maligna del cuello del útero	-	1603	1603
Neoplasia maligna de los órganos genitourinarios	661	849	1510
Neoplasia maligna de tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos	891	572	1463
Leucemia	777	573	1350
Neoplasia maligna de la mama	50	1228	1278
Neoplasia maligna de páncreas	602	588	1190
Neoplasia maligna de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estomago	634	509	1143
Neoplasia maligna de ojo, encéfalo y de otras partes del sistema nervioso	655	432	1087
Neoplasia maligna del útero, parte no especificada	-	560	560
Neoplasia maligna de los huesos, cartilagos y tejido conjuntivo	267	207	474
Neoplasia maligna de la piel	266	197	463
Neoplasia maligna secundaria (metástasis)	228	221	449
Neoplasia maligna del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	217	165	382
Neoplasia maligna de la glándula tiroidea y de otras glándulas endocrinas	100	202	302
Neoplasia maligna de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea y pulmón	224	77	301
Neoplasia maligna del cuerpo del útero	-	128	128
TOTAL	15854	14978	30832

Figura 10: Estimados de Incidencia, Carga de Enfermedad y pérdida económica por Cáncer en el Perú

CIE 10	Descripción	Casos por Año (2004)			AVISA	US \$S
		Mujeres	Hombres	Total		
C16	Cáncer de Estómago	1,999	2,542	4,541	48,981	115,455,062
C53	Cáncer de Cuello Uterino	3,962		3,962	44,924	105,893,278
C50	Cáncer de Mama	3,653		3,653	30,862	72,746,440
C91-C95	Leucemias	636	753	1,389	30,414	71,890,111
C22	Cáncer de Hígado	1,308	544	1,852	24,050	56,689,256
C34	Cáncer de Pulmón	726	1,310	2,036	18,431	43,444,924
C70-C72	Tumores de SNC	466	622	1,088	17,574	41,423,259
C18-C20	Cáncer de Colon y Recto	917	1,093	2,010	15,756	37,138,099
C81-C85	Linfomas	962	1,029	1,991	14,603	34,421,144
C61	Cáncer de Próstata		2,609	2,609	12,976	30,585,114
C58	Cáncer de Ovario	946		946	7,611	17,939,107
C23	Cáncer de Vesícula y Vías Biliares	893	338	1,231	7,449	17,557,676
C25	Cáncer de Páncreas	406	369	775	7,382	17,400,190
C40-C41	Cáncer de Huesos y cartílagos	113	161	274	5,428	12,794,057
C64	Cáncer de Riñón	217	407	624	4,178	9,847,325
C44	Cáncer de piel no melanoma	1,517	1,359	2,876	3,384	7,977,625
C73	Cáncer de Tiroides	856	183	1,039	3,046	7,180,485
C00-C10	Cáncer de Cavity Oral y Orofaringe	291	238	529	2,994	7,057,406
C15	Cáncer de Esófago	63	202	265	2,553	6,017,296
C67	Cáncer de Vejiga	150	392	542	2,340	5,515,707
C90	Mieloma Múltiple	168	240	408	2,197	5,179,207
C54	Cáncer de Cuerpo Uterino	413		413	2,197	5,177,740
C43	Melanoma maligno de piel	201	220	421	1,923	4,533,391
C32	Cáncer de Laringe	32	218	250	1,381	3,254,465
	Resto de cáncer	1,920	2,204	4,124	65,218	152,729,010
	Total	22,815	17,033	39,848	377,850	890,647,374

Datos estimados al año 2004. Salario mínimo vital S/. 550.00. Tipo de Cambio US\$ 1.00 = S/. 2.80)
 AVISA = Años de Vida Saludables Perdidos
 Fuente y Elaboración: Dpto. de Epidemiología y Estadística del Cáncer, INEN.

AVISA 2008 = 418,960

Anatomía regional de la cavidad bucal

La cavidad oral incluye los labios, la mucosa bucal, la lengua anterior, el piso de la boca, el paladar duro, la gingiva superior, la gingiva inferior. La lengua ocupa una porción importante de la cavidad bucal y es contigua con el piso de la boca. La mucosa gingival cubre los cantos alveolares de la mandíbula y maxilares se adherirá al periostio subyacente. El paladar duro forma la azotea de la cavidad bucal y consiste en la mucosa que cubre la porción palatina del maxilar que extiende del canto alveolar superior a la ensambladura con el paladar suave²¹ La mucosa bucal es el revestimiento de la cavidad bucal, se distribuye en la encía, paladar, labio, carrillos, piso de boca y otras estructuras. La mucosa tiene generalmente un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, que

reviste el músculo, hueso y glándulas salivales pero que puede mostrar varios grados de queratinización en localizaciones específicas.²¹

Clasificación de los tumores malignos de los tejidos blandos de la cavidad bucal¹⁷

En función del tejido del que derivan encontramos:

a) Tumores malignos derivados del epitelio:

- Carcinoma oral de células escamosas o epidermoide (90%).

- Carcinoma verrucoso.

- Carcinoma de células fusiformes.

- Melanoma.

- Adenocarcinoma, carcinoma mucoepidermoide.

- Carcinoma basocelular.

b) Tumores malignos derivados del tejido conectivo. En función de las células conectivas de las que derivan se dividen en:

- Fibrosarcoma: derivado de fibroblastos.

- Fibrohistocitoma maligno: derivado de los fibroblastos e histiocitos malignos.

- Liposarcoma: derivado de los adipocitos.

- Angiosarcoma: derivado de las células endoteliales de los vasos sanguíneos y linfáticos.

- Neurosarcoma: derivado de la cubierta de los nervios periféricos.

- Rbdomiosarcomas: derivado de células del músculo estriado.

- Leiomiosarcomas: derivado de células del músculo liso, son poco frecuentes en la cavidad oral.

- b) Metástasis en las partes blandas de la cavidad oral: son poco frecuentes en la mucosa oral, ya que de todas las neoplasias del organismo sólo un 1% hacen metástasis en mucosa oral, el 90% en huesos maxilares y el 10% en partes blandas. Los tumores primarios suelen localizarse en pulmón, riñón e hígado.

- d) Neoplasias del sistema inmune con afectación oral:
 - Linfoma No Hodgkin: es una neoplasia de los linfocitos y sus precursores.

 - Plasmocitoma-mieloma múltiple: comprende una neoplasia maligna hematológica con proliferación de células plasmáticas y con afectación múltiple de la médula ósea.

Lesiones precancerosas

El uso del término 'lesión premaligna' ahora se desaconseja en Favor de la frase "trastornos potencialmente malignos"²⁵. Las lesiones potencialmente malignas fueron encontradas menos reconocidas que la malignidad verdadera²⁷. El diagnóstico precoz de lesiones precancerosas orales es particularmente desafiante porque requiere que los

profesionales estén familiarizados con la gama de presentaciones clínicas de premalignidad, muchas de las cuales pueden parecerse a condiciones menos graves²⁹. Cualquier lesión bucal que dure más de dos semanas después de que se hayan eliminado los posibles factores locales de origen debe ser biopsiada o derivada sin demora²⁹.

Muchos carcinomas orales han sido precedidos por una lesión pre-cancerosa, específicamente leucoplasia³². Leucoplasia es una lesión blanca de la mucosa bucal que no puede eliminarse frotándola ni clasificarse como alguna otra alteración después del examen histopatológico³³, sin embargo, se ha demostrado que la eritroplasia y la eritroleucoplasia tienen mayor riesgo de displasia o malignidad que las lesiones blancas³³. Las lesiones de eritroplasia pueden ser malignas o displásicas hasta en un 80% de las biopsias tisulares.²⁸

Se ha demostrado que el liquen plano crónico tiene un riesgo de cáncer bajo pero medible, y se ha identificado el desarrollo de cáncer bucal a partir de áreas de liquen plano atrófico eritematoso, En estudios a largo plazo se ha señalado la transformación maligna de liquen plano del 0.4 al 2.5% de los casos, que representa un incremento del riesgo de 50 veces o mayor.²⁸

Cáncer en la cavidad bucal

La cavidad oral es susceptible a la rutina detección y examen clínico de los cambios malignos, por lo tanto, en teoría, estos cambios deberían ser más fáciles de ser detectados y diagnosticados en las primeras etapas que conducen a una gestión eficaz¹². Sin embargo, a pesar de la fácil que la cavidad oral se presenta para el examen, el cáncer oral sigue siendo un enfermedad letal y es una de las mas debilitante y desfigurante de

todas las neoplasias malignas¹². La mayoría de los pacientes tienen pocos conocimientos de cáncer oral y sus factores de riesgo asociados, por lo que pueden ignorar pequeñas lesiones sin dolor, pequeños carcinomas de la cavidad oral pueden ser indolora o asociada solamente con irritación leve. El cáncer puede presentarse en muchas formas, las presentaciones comunes son un área de enrojecimiento, una mancha- Lesión blanca y roja combinada, una hinchazón, o como una úlcera solitaria²⁶. El conocimiento de los pacientes de cáncer oral comparado con otros tipos de cáncer es bajo, los pacientes en un estudio de EE.UU. reportaron que rara vez habían oído hablar de cáncer oral y muchos nunca habían tenido un examen de cáncer oral³⁴. Se ha demostrado que un intervalo de diagnóstico más largo contribuye a la progresión de la enfermedad y, en consecuencia, a un peor pronóstico, este intervalo de tiempo es desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento y puede estar influenciado por el paciente, el sistema de salud y los factores de lesión.³

Melanoma bucal

El melanoma maligno es una de las neoplasias menos pronosticables biológicamente, además de mortales³⁵. El 90% de melanomas aparece en la piel y sólo entre el 1% y 2% de melanomas ocurren en las mucosas y los melanomas oronasales, representan un poco más del 1% y de éstos, aproximadamente la mitad ocurre en la cavidad bucal (48%); el resto corresponde a la cavidad nasal (44%) y a los senos paranasales (8%)³⁶. El melanoma oral es una neoplasia rara, su incidencia varía entre 0-2% y 8.0 % de todos los melanomas, con porcentajes más altos reportados en estudios realizados en japoneses y en razas no blancas. El sitio más frecuente de aparición para melanomas bucales es el paladar duro y blando, donde se han reportado más del 40% de los casos³⁷.

Clínicamente los melanomas orales pueden presentar una coloración oscura o bien ser amelanotico (sin melanina), el 90% de melanomas bucales presentan pigmento de melanina, por lo tanto aparecen como máculas o nódulos con grados variables de pigmentación³⁶. El diagnóstico diferencial se establece con tatuaje de amalgama, máculas melanóticas, nevos bucales, melanoacantoma bucal.³⁵

El pronóstico en el melanoma oral es pobre y la tasa de supervivencia promedio es 16 a 18.5 meses.³⁷

Carcinoma de células escamosas

El carcinoma epidermoide oral (CEO) también llamado carcinoma oral de células escamosas (COCE), carcinoma de células planas; representa más del 90% de todas las neoplasias malignas en la cavidad oral³⁶. Aunque la cavidad oral es un área accesible y examinada con frecuencia, es muy habitual el diagnóstico tardío del carcinoma epidermoide, asociándose por este motivo un porcentaje de supervivencia de tan sólo el 25% a los cinco años manteniendo altas tasas de mortalidad y morbilidad²⁰. En la actualidad las áreas mundiales con mayor frecuencia de CEO en varones son Francia y la India con tasas situadas entre 20 y 50 por 100.000 habitantes. En mujeres, las mayores tasas se sitúan entre 5 y 10 por 100.000 y aparecen en la India, países del sudeste asiático y EE.UU³⁸. En la mayor parte de las regiones geográficas el labio (38%) es la localización preferente del CEO, seguida de la lengua (30-36%), suelo de la boca, regiones retromolares y paladar blando. El reborde alveolar superior y el paladar duro son localizaciones menos comunes. Dentro de la lengua los bordes y la cara ventral son las regiones más comúnmente afectadas, siendo infrecuente su localización en el dorso²².

Clínicamente el carcinoma de células escamosas aparece como lesiones blancas, eritroplásicas o ulceraciones en la mucosa, involucrando con mayor frecuencia el labio inferior en la región extraoral y la lengua, el suelo de la boca, paladar blando y el reborde alveolar en la cavidad bucal³⁸.

Factores de riesgo

Tabaco y alcohol

El tabaquismo en combinación con la ingesta fuerte de alcohol constituye factores claves de riesgo³⁹, además, una relación sinérgica entre tabaco y alcohol, constituye un riesgo mucho mayor si ambos hábitos se practican juntos¹⁹.

Los factores de riesgo reconocidos son el tabaquismo y el consumo de alcohol, Betel y el tabaco para masticar son también importantes factores en algunas poblaciones³⁴, los cánceres de la cavidad oral y faringe son 6 veces más frecuentes en fumadores que no fumadores y 15 veces más frecuentes si además consumen alcohol³⁰

Infecciones y factores inmunológicos

Varios agentes infecciosos, como bacterias (sífilis) y hongos (candidiasis crónica), han sido considerados factores predisponentes para el cáncer oral, sin que se haya podido demostrar por el momento una relación directa causa-efecto³⁶.

Se piensa que algunos microorganismos participan; como posible agente etiológico se sugiere al hongo *C. albicans*, presunción que se basa en su capacidad para producir un carcinógeno: la N-nitrosobencilmetilamina³².

Las personas inmunocomprometidas tienen una tasa casi todas las neoplasias malignas y el carcinoma de células escamosas en la cavidad oral no es una excepción⁴⁰

Ha sido descrito que cepas específicas de Papiloma virus humano han sido encontradas en células tumorales de tumores preinvasivos, invasivos y metastáticos, se mezclan con la información genética de las células probablemente⁴¹. El sarcoma de Kaposi y el linfoma de la localización oral, que en los pacientes con SIDA aparecen a edad más temprana, son mucho más frecuentes que el carcinoma epidermoide oral⁴⁰.

Sífilis

Sífilis en su etapa terciaria, ha sido largamente asociada con el apareamiento de cáncer del dorso de la lengua²⁸. Es interesante mencionar que una persona con cáncer de lengua es cinco veces más probable que posea un positivo serológico para sífilis que una persona que no lo presenta, sin embargo, hoy en día es difícil que se presente un carcinoma oral asociado a una infección sifilítica puesto que en la actualidad los pacientes no llegan a la etapa terciaria ya, que existen métodos de diagnóstico y tratamiento que no lo permiten⁹.

Malnutrición

La deficiencia de hierro que acompaña al síndrome de plummer- vinson es la única alteración nutricional que se relaciona de manera convincente con el cáncer bucal³², Recientemente la atención ha sido dirigida hacia la dieta y su influencia en el desarrollo de precáncer y cáncer, carotenos naturales; selenio dietario; folato; y vitaminas A, C y E, han sido estudiados como preventivos para el desarrollo de cáncer.²⁸

La deficiencia de vitamina A, causa hiperqueratinización de la piel, y de las membranas mucosas. Ha sido sugerido que esta vitamina tiene un efecto preventivo contra el cáncer y precáncer oral.²⁸

Traumatismo

La irritación crónica, se considera como modificador y no iniciador de cáncer oral³². Sin embargo, si un cáncer se inicia por otra causa, probablemente estos factores aceleren el proceso⁴² También se considera que la mala higiene bucal es un modificador comparable es improbable que el traumatismo mecánico por dentaduras mal adaptadas, obturaciones dentales rotas y otros roces por fricción induzcan cáncer bucal.³²

Luz Solar

La luz ultravioleta es un agente carcinógeno conocido como factor relevante en el carcinoma de células basales de la piel y en los carcinomas de células escamosas de piel y los labios.³²

El dentista debería enfatizar el alto riesgo de desarrollar carcinoma de células escamosas en labio inferior como resultado de la exposición al sol, exposición actínica por muchos años.⁴³

Bases moleculares del cáncer en la cavidad bucal

El denominador común de todos los factores etiológicos del cáncer bucal es su capacidad para alterar de manera permanente el genoma del queratinocito de las mucosas, estos factores a través de mutación, amplificación o desactivación de oncogenes y genes supresores de tumor, pueden conducir al fenómeno conocido como cancer³³, los bajos niveles de educación y de ingresos pueden afectar el acceso a la atención de la salud, la nutrición, las condiciones de vida y de trabajo y las oportunidades de vida que dan lugar a una salud más pobre en general. Asociado con la privación puede alterar la biología molecular del cáncer y esto también requiere más investigación²⁷, se cree que la

integración viral del VPH conduce a una mayor expresión de los oncogenes virales E6 y E7, a diferencia de los tumores en los fumadores pesados que tienden a mostrar mutaciones en p53, tumores positivos de VPH tienden a asociarse con p53 de tipo salvaje.³⁰

Algunos genotipos del VPH pueden provocar cáncer como es el caso de los genotipos 16 y 18 que están asociados a cáncer de la zona anogenital como el cérvix, e vulva, de vagina, de pene, anal y también a cáncer en la zona y cáncer de cabeza y cuello siendo los principales los ubicados en la región orofaríngea.⁴⁴

Características clínicas del cáncer en la cavidad bucal en sus diferentes zonas de presentación

Carcinoma de los labios

Desde un punto de vista biológico, los carcinomas del labio inferior deben separarse de los del labio superior, la tasa de crecimiento es más lenta para el cáncer de labio inferior respecto del superior²⁸, los carcinomas del labio inferior son mucho más comunes.³²

Puede haber hiperqueratosis en labio inferior, o zonas ulceradas y de sangrado, masa a veces acompañado de ganglios duros y firmes en mandíbula y cuello para lesiones del labio inferiorlo³⁰, el pronóstico para lesiones del labio inferior es muy favorable, en tanto que para anomalías del labio superior solo es regular. el carcinoma de los labios explica 25 a 30% de todos los cánceres de la boca.³²

Carcinoma de Lengua.

El carcinoma de células escamosas en lengua es la neoplasia maligna intrabucal más común, excluyendo las lesiones de los labios explica entre 20 y 40% de los carcinomas de la boca.³²

El carcinoma de células escamosas de la lengua tiende a presentarse como una úlcera, o como una excrecencia de tejido.²⁶

Debido al movimiento de la Lengua durante el habla y masticación, el dolor es una manifestación común²⁶ En las últimas etapas, cuando ocurre la invasión profunda, el dolor o la disfagia pueden ser quejas prominentes del paciente.²⁸

Carcinoma del piso de boca

El piso de la boca es la localización intrabucal que ocupa el segundo lugar como sitio más frecuente de carcinoma de células escamosas y explica 15 a 20% de los casos³².

Los cánceres de La lengua y el piso de la boca muestran una mayor tendencia a metástasis que los cánceres de labio²⁶ y se puede reconocer por úlcera o masa afectada, sangrado, dolor localizado, endurecimiento regional.³⁰

El cuadro habitual de presentación es el de una úlcera indurada e indolora que no cicatriza.²⁸

Carcinoma de mucosa bucal y gingival

Las lesiones de la mucosa bucal y la encía explican cada una casi 10% de los carcinomas bucales de células escamosas y los hombres en el séptimo decenio de la vida constituyen

el grupo típico afectado³² Las presentaciones más comunes de un carcinoma de células escamosas de la mucosa oral es un área de enrojecimiento, Una lesión blanca / roja combinada o Indurado (duro) área de ulceración.²⁴

El cuadro clínico inicial varía desde una placa blanca hasta una úlcera que no cicatriza y una lesión exofítica, es de crecimiento lento y muy bien diferenciado, raras veces metastatiza y su pronóstico es favorable.⁴⁵

Carcinoma de paladar

Existe cierta justificación para distinguir el cáncer de las paladares duro y blando, en el paladar blando y tejidos contiguos de las fauces, el carcinoma de células escamosas ocurre con bastante frecuencia.³²

En el paladar duro, los carcinomas de células escamosas son relativamente infrecuentes, pero el adenocarcinoma es bastante común, los carcinomas de células escamosas del paladar se presentan en general como placas asintomáticas de color rojo o blanco o como masas queratósicas ulceradas en hombres de edad avanzada.²⁸

Características histológicas²⁸

La observación en el microscopio de una muestra tomada mediante biopsia de una lesión tumoral es el punto clave para el diagnóstico del carcinoma oral de células escamosas. El carcinoma de células escamosas deriva del epitelio mucoso pavimentoso de la cavidad bucal, es decir, de los queratinocitos. La semejanza o la ausencia de parecido se clasifican en tres grados:

1. Bien diferenciado: Presentan una textura histológica muy similar a la de un epitelio plano pavimentado de tipo malpighiano, y las células constituyentes muestran una tendencia madurativa en sentido córneo, es decir, con formación de queratina, frecuentemente en forma de perlas o globos córneos. Estos tumores están constituidos por elementos epiteliales dispuestos en nidos, cordones o masas sólidas con límites bien definidos. En estas formas tumorales la mitosis no suele ser muy abundante. Es frecuente encontrar un intenso infiltrado peritumoral.

2. Moderadamente diferenciados: Poseen una menor semejanza con las células escamosas, tanto en la forma como en la disposición de las células. La presencia de queratina es menor, y en ocasiones se producen fenómenos de queratinización individual de una célula, también llamada disqueratosis. El número de mitosis suele ser más elevado y el infiltrado peritumoral menor.

3. Poco diferenciados: También denominados mal diferenciados o indiferenciados. El parecido de los elementos celulares neoplásicos con el epitelio pavimentoso malpighiano es muy escaso, existiendo en ocasiones verdadera dificultad para reconocer la textura epitelial del tumor debido al gran polimorfismo celular, al escaso grado de maduración y al elevado número de mitosis. Las células no mantienen una cohesión entre ellas, de forma que la arquitectura tumoral, tiene un aspecto más disperso. En ocasiones es necesario realizar el diagnóstico diferencial con ciertos sarcomas debido al aspecto pseudosarcomatoso de las células. Aunque unos autores valoran un número más elevado de parámetros que otros, en general se puede resumir en:

1. Queratinización.
2. Mitosis.

3. Pleomorfismo nuclear.
4. Modo de invasión.
5. Grado o estadio de invasión y
6. Respuesta inflamatoria.

Etiopatogenia

No existe un agente causal o factor (carcinógeno) que haya sido definido señalado por sí solo, pero factores tanto extrínsecos como intrínsecos pueden tener relación con el mismo, es más probable que más de un factor puede estar asociado a dicha malignidad (carcinogénesis)¹⁹. La etiología del cancer bucal es multifactorial. Integra factores endogenos, como la predisposicion genetica, y factores exógenos ambientales y comportamientos, como el uso del tabaco, ingesta de bebidas alcoholicas, exposicion a la radiacion solar, productos quimicos carcinogenicos y algunos microorganismos, cuya integracion puede resultar en una manifestacion de agravamiento⁴⁶, hay un inequívoco pruebas que establecen el tabaco uso y consumo de alcohol como los principales factores de riesgo en el desarrollo del cáncer bucal²⁴.

Un factor de riesgo adicional en particular para las culturas del sur de Asia es la masticación de la nuez de areca y del betel (con o sin tabaco). Estos productos son baratos y adictivos y su uso es generalizado y comienza a una edad temprana, el riesgo de cáncer oral aumenta con la edad, el consumo de alcohol y tabaco y una historia de cáncer del tracto aerodigestivo superior²⁷ y el virus del papiloma humano (HPV) la infección parece ser un factor de riesgo para las poblaciones más jóvenes.⁴⁷

Examen de la cavidad bucal

El examen oral convencional ha demostrado tener una alta capacidad discriminatoria , el examen oral es simple, toma solamente algunos minutos, requiere el equipo mínimo es no

invasivo y puede ser realizado por una amplia gama de profesionales²⁵. Las "áreas peligrosas" son particularmente el suelo de la boca, la parte posterior lateral de la lengua y las áreas retromolares, la detección de lesiones puede ser mejorada mediante el uso de auxiliares como el azul de toluidina, la luz blanca difusa, la quimioluminiscencia o la pérdida de tejido autofluorescencia.

Los odontólogos generales están en la posición ideal para examinar correctamente los tejidos blandos orales, promoviendo la detección precoz de cáncer oral y potencialmente lesiones malignas⁸

El examen es la mejor herramienta disponible para el cribado de carcinoma oral de células escamosas. Esto no es muy costoso y reduce la mortalidad cuando se aplica a pacientes en grupos de alto riesgo, una metodología minuciosa y metódica inspección debe incluir tanto exámenes extra-orales e intra-orales, el examen del ganglio linfático en el cuello debe ser rutinariamente realizado, de pie detrás del paciente: palpar el cuello de el área submental bajo la barbilla, moviéndose posteriormente hacia la parte submandibular y luego el yugulodigástrico y luego hacia abajo la cadena cervical profunda.⁴⁵

Existen muchos adjuntos al examen clínico para el tamisaje oral de cacinoma de células escamosas, sin embargo, como eludido por Lingen et al en su excelente posición de la Academia Estadounidense de Medicina Oral y Patología Maxilofacial, a pesar de la "tentadora implicación de que pueden mejorar la detección de cánceres orales y precanceres más allá del examen oral convencional por sí solo "ninguno se ha demostrado que lo hacen."²⁵

Manifestaciones clínicas

Aunque la cavidad oral es un sitio potencialmente accesible para el examen, hasta el 50% de los cánceres orales no se detectan hasta que la enfermedad está bien avanzada²⁷. La percepción y el conocimiento del estado de salud oral del paciente son significativos al momento de diagnosticar en forma oportuna las lesiones de la mucosa oral, debido a la necesidad de una visita pertinente al especialista por parte del individuo afectado⁹ puesto que el dolor es un síntoma del cáncer en la cavidad bucal que ocurre solamente en las fases tardías de la enfermedad.⁴¹

La mucosa oral es fácilmente inspeccionada y, por lo tanto, el cáncer oral debe ser detectable muy tempranamente, sin embargo, el retraso suele ocurrir entre el momento del inicio de los signos o síntomas y diagnóstico, treinta por ciento de los pacientes esperan tres meses o más antes de buscar ayuda. La prueba de detección establecida para el cáncer oral es clínica, con biopsia y evaluación histopatológica siendo el estándar de oro para confirmar el diagnóstico²⁵

Etapas clínicas del cáncer oral - estadios tnm³⁰

Tumor(T)

Labio trígono retromolar, piso de la boca, lengua, paladar duro, mucosa bucal.

T1 ≤ 2 cm

T2 > 2 cm y ≤ 4 cm

T3 > 4 cm

T4a invasión de las estructuras adyacentes, que incluye la capa muscular profunda de la lengua, el seno maxilar y la piel del rostro.

T4b invasión del espacio masticador, placas pterigoides, base del cráneo o comprometiendo de la carótida interna.

Ganglios linfáticos(N)

NX no pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales

N0 no hay metástasis a ganglios linfáticos regionales

N1 metástasis unilateral en ganglio(s) linfático(s) no mas de 6 cm en su mayor dimensión sobre la fosa supraclavicular

N2 metástasis bilateral en ganglio(s) linfático(s) no mas de 6cm en su mayor dimensión sobre la fosa supraclavicular.

N3 metástasis en ganglios linfáticos >6cm o la fosa supraclavicular

N3a mas de 6cm

N3b extensión a la fosa supraclavicular

Metástasis a distancia(M)

MX no puede evaluarse la metástasis a distancia

M0 no hay metástasis a distancia

M1 metástasis a distancia

Basados en estos parámetros se establecen cuatro estadios clínicos. Los estadios I y II son considerados iniciales, y los estadios III y IV, estadios avanzados, siendo éstos los siguientes:

Estadio I: T1 N0 M0 □ Estadio II: T2 N0 M0.

Estadio III: T3 N0 M0; T1 N1 M0; T2 N1 M0; T3 N1 M0.

Estadio IV: T4 N0 M0; Tx N2o3 M0; Tx Nx M1.

La tasa de supervivencia de los primeros (iniciales) suele ser elevada, mientras que la de los segundos (avanzados) es muy baja, es decir, el pronóstico está influido de forma decisiva por el estadio en que se encuentre el paciente. Analizando cada uno de los parámetros por separado se ha podido comprobar que tanto el tamaño de la lesión como

la afectación de ganglios comprobados histológicamente influyen de manera decisiva en el pronóstico del paciente.

Exámenes Complementarios De Diagnostico

Análisis de sangre

Hemograma completo con conteo plaquetario, perfil de coagulación, bioquímica hepática y renal.³⁰

Biopsia

Además de las técnicas de biopsia estándar por incisión y escisión, también es posible adquirir tejido para estudio histopatológico mediante aspiración con aguja fina(AAF)²⁸

La biopsia incisional esta contraindicado en una lesión sospechosa de melanoma.⁵⁶

Todos las eritroplasias o lesiones leucoeritroplásicas deben ser remitidos para biopsia , debe confirmarse la displasia leve o moderada, su riesgo de transformación maligna es del 10,3%, con alta displasia y carcinoma insitu con un riesgo del 24,1%. La única manera de obtener un diagnóstico de una lesión oral es de un Informe histopatológico de una biopsia de la lesión sospechosa.²⁷

Tratamiento

Las anormalidades pequeñas se tratan casi siempre con escisión sola, dejando la radiación como respaldo en caso de recurrencia. En igualdad de condiciones, las tasas de curación son prácticamente similares, sobre todo en las lesiones de etapa I y principios de la II, las malformaciones de mayor tamaño pueden tratarse con cualquier modalidad o con remoción quirúrgica seguida por radiación²². Cuando se aplica quimioterapia para el

tratamiento de carcinoma bucal de células escamosas, se la elige, por lo general, como terapéutica coadyuvante en casos avanzados.⁴⁸

Complicaciones orales de pacientes en tratamiento

El cáncer más comúnmente encontrado en la cavidad oral es el carcinoma de células escamosas o epidermoide, que constituye aproximadamente, el 5% de todas las neoplasias. Desafortunadamente, la gran mayoría de estos tumores son diagnosticados en estadios que exigen la instauración de tratamientos quirúrgicos, radioterapia y quimioterapia.⁴⁰

En pacientes con cáncer ya diagnosticado y los que ya están en tratamiento con quimio o radioterapia es frecuente que presenten estomatitis y en pacientes que están sometidos a corticoides, inmunosupresores, drogas citotóxicas o antineoplásicas, los procesos de inflamación y reparación tisular pueden verse retardados o existir un mayor riesgo de hemorragia, infección o incluso septicemia⁴⁹, la mucositis es la complicación oral que surge más frecuentemente, los rayos X también incrementan las probabilidades de caries, por eso es especialmente importante el cuidado de dientes, encías, boca y garganta durante el tratamiento.⁴⁰

Un problema más insidioso y encubierto estriba en el daño al hueso causado por la radiación, que puede propiciar osteonecrosis²⁸, los tejidos con un recambio celular rápido presentarán efectos adversos a la radiación más tempranos que aquellos que tengan un recambio celular lento.⁴⁰

Pronóstico

A literatura internacional considera que la edad, la localización de la lesión, la característica del tumor primario y el estadiaje TNM impactan positivamente o negativamente en el pronóstico de los pacientes portadores de carcinoma epidermoide de boca, el pronóstico para pacientes con carcinoma oral de células escamosas también depende del subtipo histológico (grado) y de la extensión clínica (etapa) del tumor, de estas dos, la etapa clínica es la más importante⁵⁰. La tasa total de supervivencia a cinco años para el carcinoma bucal de células escamosas es alrededor de 45 a 50%, si la neoplasia es pequeña y localizada, la tasa de curación a cinco años puede elevarse hasta 60 a 70% (las lesiones de labio inferior muestran una tasa más alta, 80 a 90%), no obstante, cuando hay metástasis cervicales en el momento del diagnóstico, las cifras de supervivencia disminuyen drásticamente a casi 25%.²⁸

Estrategias institucionales frente al cáncer en la cavidad bucal

El establecimiento, ejecución y seguimiento del Plan Esperanza es el resultado del Programa Estratégico de Prevención y Control del Cáncer, administrado por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y el Seguro Integral de Salud (SIS) convirtiéndose en una política de integración y articulación del Estado peruano⁵¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) instó a los Estados miembros a que incluyan a los médicos de atención primaria (dentistas y Profesionales) en el aumento de referencia temprana para las lesiones orales sospechosas.⁵²

La Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en el Perú fue establecida por la Dirección General de Epidemiología del MINSA el año 2006, con el propósito de conocer el comportamiento epidemiológico del cáncer en nuestro país y brindar información para el

desarrollo de intervenciones destinadas a reducir su incidencia y mortalidad, el programa de instituciones educativas saludables es una intervención a cargo de la Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA y del Ministerio de Educación y que fortalece el accionar de promoción de la salud, involucrando a la comunidad educativa, con el fin de incorporar y fortalecer comportamientos saludables. El programa Universidades Saludables constituye una estrategia que tiene por objetivo formar en la comunidad universitaria una cultura de Promoción de la Salud para la mejora de su calidad de vida, a través de una gestión basada en los principios del desarrollo humano sostenible, mediante el abordaje de los ejes temáticos priorizados de: Alimentación y nutrición; salud sexual y reproductiva; actividad física, seguridad vial y cultura de tránsito; salud mental, buen trato, cultura de paz y habilidades para la Vida.³¹

Prevención frente al cáncer en la cavidad bucal

El cáncer oral es un problema de salud pública que con significativa morbilidad y mortalidad, la prevención del cáncer oral es a través de la educación sanitaria que tiene como objetivo cambiar el comportamiento o el estilo de vida que se conocen para ser asociado con el cáncer oral.¹²

El cáncer tiene serias implicancias a nivel social, puesto que arrastra un estigma y fatalismo difíciles de superar si no se cuenta con una estrategia integral⁵², cualquier aspecto de promoción de la salud en el cribado debe ser implementado de una manera apropiada y aceptable para la población objetivo. Aunque hasta la fecha la investigación biomédica ha informado a la mayoría de las intervenciones de investigación y salud en esta área, es importante que los determinantes estructurales y sociales de esta enfermedad también sean reconocidos y tratados, sin una comprensión general de estos factores, es

probable que los esfuerzos para prevenir, detectar y manejar enfermedades como el cáncer oral sean ineficaces en términos de resultados y uso de recursos.³⁴

El más importante de las actividades de promoción de la salud para prevenir el cáncer oral son dejar de fumar y dejar de consumir alcohol, se reconoce que el cáncer oral es a menudo detectable e identificable principios de su desarrollo²⁶ en la actualidad la odontología comprende la prevención y el diagnóstico precoz y no solamente el tratamiento curativo de las enfermedades bucales, dentro de esas enfermedades el cáncer de boca puede ser considerado un problema de salud pública, mereciendo de ese modo atención especial del cirujano dentista.⁵³

Los dentistas generales y los médicos generales parecen requerir capacitación adicional para aumentar su confianza y consistencia en la realización de exámenes de cáncer oral y hablar con sus pacientes sobre su consumo de tabaco y alcohol³⁴.

Debido a que un bajo nivel socioeconómico es un factor de riesgo para el cáncer oral, los intentos de abordar esta inequidad sanitaria deberían ocurrir a nivel de políticas gubernamentales y enfocarse en mejorar el acceso y la asequibilidad de la atención sanitaria.³⁴

Debido a que su etiología es multifactorial, su prevención y tratamiento igualmente deben ser multifactoriales³⁹. El cáncer bucal ha ido incrementándose progresivamente y el carcinoma epidermoide se detecta cada vez más en gente joven. Con detección temprana las muertes por cáncer bucal pueden ser fuertemente reducidas.⁵⁴

3.2. Marco conceptual

Cáncer es el término usual que se aplica a todos los tumores malignos. El término deriva probablemente de la palabra latina que significa “cangrejo” seguramente debido a que un cáncer se adhiere obstinadamente a modo de un cangrejo a la parte a la que se aferra. Existen más de 100 diferentes tipos de cáncer, éstos toman el nombre del órgano o de las células en donde empiezan.¹⁷

El cáncer constituye un problema de salud pública a nivel mundial, en la región de las Américas y en nuestro país, por su alta mortalidad como por la discapacidad que produce.⁵³

Las poblaciones con alto riesgo de desarrollar cáncer oral son predominantemente mayores, varones, usuarios de alcohol y tabaco, y tienen una dieta baja y un bajo nivel socioeconómico³⁴ se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos.³¹

En Estados Unidos, cada año se esperan 30,000 nuevos casos de cáncer bucal y bucofaríngeo en hombres y mujeres. La proporción entre hombres y mujeres es ahora casi de 2:1. Esta cifra fue anteriormente de 3 a 1 y el cambio se ha atribuido a un incremento del hábito de fumar y a las mayores expectativas de vida³⁶ Aproximadamente el 94% de todas las malignidades orales son carcinoma de células escamosas. Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad

sigue siendo mayor³⁰. El problema del cáncer bucal en el Brasil es preocupante, estando entre los mas frecuentes de la población. Las tasas de incidencia y de mortalidad por el cáncer se encuentran entre las mas altas del mundo a partir de la lectura de los textos revisados se puede afirmar que el cáncer de boca es el quinto mas frecuente en hombres brasileros que fuman después de la quinta década de vida, siendo que la mayoría de los casos el diagnostico de carcinoma epidermoide.³²

En 2007, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un programa de salud bucal, instando a todos los Estados Miembros a “tomar medidas para la prevención del cáncer oral como una parte integral de la prevención del cáncer como programas de control, e involucrar a profesionales de la salud Personal de atención primaria de la salud con una formación salud en la detección, diagnóstico precoz y tratamiento²⁵. Los niveles de supervivencia a cinco años no han mejorado en los últimos decenios y esto se atribuye principalmente a retrasos en la detección⁵⁵. El 40% de los cánceres se PUEDEN PREVENIR con la Reducción de factores de riesgo y la prevención primaria y 30% se PUEDEN CURAR Si se detectan precozmente y se tratan apropiadamente.⁵⁶

1.8.Hipótesis de la investigación

La frecuencia más alta de nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno es la deficiente.

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de investigación

Este estudio es un tipo de investigación cuantitativa; nivel descriptivo; diseño transversal, prospectivo, observacional.

3.2. Población y muestra de investigación

Población

Cirujanos Dentistas habilitados para ejercer la profesión según el Colegio de Odontólogos de la Región Puno. Se obtuvo un total de 256.

Muestra

La muestra está constituida por Cirujanos Dentistas habilitados. El nivel de confianza será de 95 %, el error de muestreo o precisión será igual a 0.05. Se realizara un muestreo probabilístico aleatorio simple, para poder obtener una muestra representativa.

Para el cálculo de la muestra, teniendo en cuenta la variable de nuestro estudio que es categórica y la población es finita, se utilizó la siguiente fórmula para estos casos y cuyo resultado final de la muestra fue: 143.

El tamaño de la muestra para el estudio del nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del cirujano dentista de la ciudad de Puno, con un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo o de precisión igual a 0.05 es de 143 cirujanos dentistas.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Cirujanos Dentistas habilitados para ejercer la profesión en la ciudad de Puno.

Cirujano Dentista generales.

Cirujano dentista especialista.

Criterios de exclusión:

Cirujanos Dentistas no habilitados para ejercer la profesión.

Cirujano bucal y maxilofacial.

Variables:

Única variable: Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal

Operacionalización de variables.

Variable	Dimensiones	Sub-dimensiones	Escala	Indicador	Valor	
	Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer en la cavidad bucal	Conocimiento del tipo de cáncer más frecuente en la cavidad bucal.		Pregunta 01	Deficiente: (0-2 P.R.C.) Regular: (3-4 P.R.C.) Eficiente: (5 P.R.C.)	
		Conocimiento de la relación entre cáncer de la cavidad bucal y la edad.		Pregunta 02		
		Conocimiento del tipo de cáncer en la cavidad bucal más agresivo		Pregunta 03		
		Conocimiento de la relación entre cáncer de la cavidad bucal y el género		Pregunta 04		
		Conocimiento de lugar más común de presentación de cáncer en la lengua		Pregunta 05		
		Conocimiento de predisposición genética para el cáncer en la cavidad bucal.		Conocimiento de la biología celular para el desarrollo de cáncer en la cavidad bucal.	Pregunta 06	
					Pregunta 07	

Nivel de conocimiento de cáncer en la cavidad bucal	Nivel de conocimiento sobre la etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal.	Conocimiento del tipo de Virus relacionado como factor de riesgo en la aparición del cáncer en la cavidad bucal.	Ordinal	Pregunta 08	Deficiente: (0-2 P.R.C.) Regular: (3-4 P.R.C.) Eficiente: (5 P.R.C.)
		Conocimiento de la radiación actínica como factor de riesgo para el desarrollo del cáncer en la cavidad bucal.		Pregunta09	
		Conocimiento de la mutación del gen en el cáncer		Pregunta10	
	Nivel de conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal.	Conocimiento de los síntomas tardíos del cáncer de la cavidad bucal..		Pregunta11	Deficiente: (0-2 P.R.C.) Regular: (3-5 P.R.C.) Eficiente: (6-7 P.R.C.)
		Conocimiento de una lesión precancerosa con mayor posibilidad de malignizarse		Pregunta12	
		Conocimiento del tipo de biopsia que debe hacerse en una determinada lesión cancerosa	Pregunta13		
		Conocimiento de estadaje del cáncer	Pregunta14		
		Conocimiento de la forma de la lesión en su etapa temprana	Pregunta15		

		Conocimiento de las lesiones de la mucosa bucal y su comportamiento	Pregunta 16	
		Conocimiento y pronóstico según la localización de la lesión	Pregunta17	
	Nivel de conocimiento sobre el tratamiento de cáncer en la cavidad bucal	Conocimiento de tratamiento y relación en el pronóstico del cáncer de la cavidad bucal.	Pregunta18	Deficiente: (0-1 P.R.C.) Regular: (2-3 P.R.C.) Eficiente: (4 P.R.C.)
		Conocimiento de la complicación bucal más frecuente después de tratamiento con radioterapia del cáncer en la cavidad bucal.	Pregunta19	
		Conocimiento de tratamiento según los estadios del cáncer en la cavidad bucal.	Pregunta20	
		Conocimiento relacionado con el aumento de recidiva local después de tratamiento.	Pregunta21	
		Conocimiento del factor de riesgo con la aparición de cáncer en la cavidad bucal en una zona determinada	Pregunta22	Deficiente: (0-1 P.R.C.) Regular: (2-3 P.R.C.)
		Conocimiento de sinergismo del alcohol y el tabaco en el incremento de riesgo del cáncer en la cavidad bucal.	Pregunta23	

	Nivel de conocimiento sobre la prevención de cáncer en la cavidad bucal.	Actitud del Cirujano Dentista frente a la sospecha de una lesión maligna	Pregunta24	Eficiente: (4 P.R.C.)
		Conocimiento de los efectos permanentes de la radioterapia después de tratamiento del cáncer en la cavidad bucal	Pregunta25	

3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Para evaluar el nivel de conocimiento sobre cáncer en la cavidad bucal se utilizó un cuestionario estructurado como instrumento de recolección de datos, el cuál ha sido elaborado considerando los puntos básicos sobre el tema, que deberían ser del conocimiento del profesional Cirujano Dentista, para esto se consultaron expertos en el tema. Este cuestionario consta de 25 preguntas cerradas (ANEXO 02), para medir las variables incluidas en los objetivos de ésta investigación, además se adiciona la clave de respuestas (ANEXO 03).

3.4. Procedimientos de recolección de datos

Se otorgó un punto por cada respuesta correcta, agrupando los resultados según el siguiente rango:

Deficiente : ≤ 11 pts ($< 50\%$)

Regular: $> 12 - 14$ ($> 50\% - 65\%$)

Eficiente : > 15 ($> 65\%$)

Las preguntas fueron calificadas por secciones de la siguiente manera:

– Nivel de conocimiento sobre epidemiología del Cáncer en la cavidad bucal.

Deficiente: (0-2 P.R.C.)

Regular: (3-4 P.R.C.)

Eficiente: (5 P.R.C.)

– Nivel de conocimiento sobre etiopatogenia del Cáncer en la cavidad bucal.

Deficiente: (0-2 P.R.C.)

Regular: (3-4 P.R.C.)

Eficiente: (5 P.R.C.)

– Nivel de conocimiento sobre Diagnostico del Cáncer en la cavidad bucal.

Deficiente:(0-2 P.R.C.)

Regular:(3-5 P.R.C.)

Eficiente:(6-7 P.R.C.)

– Nivel de conocimientos sobre tratamiento y complicaciones orales
del cáncer en la cavidad bucal.

Deficiente:(0-1 P.R.C.)

Regular:(2-3 P.R.C.)

Eficiente:(4 P.R.C.)

– Nivel de conocimientos sobre prevención del cáncer en la cavidad bucal.

Deficiente:(0-1 P.R.C.)

Regular:(2-3 P.R.C.)

Eficiente:(4 P.R.C.)

El cuestionario también recolectó información general del profesional Cirujano Dentista.

Validación del instrumento de investigación

El cuestionario ha sido sometido a .juicio de expertos compuesto por 3 cirujanos dentistas, docentes de las EPO y un doctor en gestión y ciencias de la educación, docente

en la FCDUC de la UNA-Puno, revisando la definición conceptual y adaptando el instrumento al contexto de la investigación.

Fiabilidad del instrumento de investigación (ANEXO 04)

Se realizó una prueba piloto con el 5% de la muestra. Se hicieron las correcciones en la estructura y redacción de las preguntas.

Se aplicó el análisis de fiabilidad con los resultados obteniéndose un Alfa de Cronbach igual a: .797.

Aplicación del cuestionario

Se realizó la entrega de los cuestionarios al profesional Cirujano Dentista, en cada consultorio, clínica donde labora.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Para la evaluación del cuestionario se hizo la correspondencia con el sumario de respuestas, revisado por expertos en el tema.

Los datos se fueron procesados en los siguientes programas:

- Microsoft Word 2010.
- Microsoft Excel 2010.
- Programa estadístico SPSS versión 22

Análisis de resultados.

Se empleó una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas, luego se realizaron los análisis estadísticos descriptivos con medidas de tendencia central tal como la media, moda.

Para su representación gráfica, se utilizó tablas y gráficos.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

TABLA 01

Total muestra encuestada de Cirujanos Dentistas según género, de la Ciudad de Puno, 2016

GÉNERO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
MASCULINO	77	53.8%
FEMENINO	66	46.2%
TOTAL	143	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación: El 53.8 % de los Cirujanos Dentistas que participaron en la investigación fueron del género masculino y el 46.2% pertenecientes al género femenino.

GRÁFICO 01

Total población encuestada de Cirujanos Dentistas según género, de la ciudad de Puno, 2016

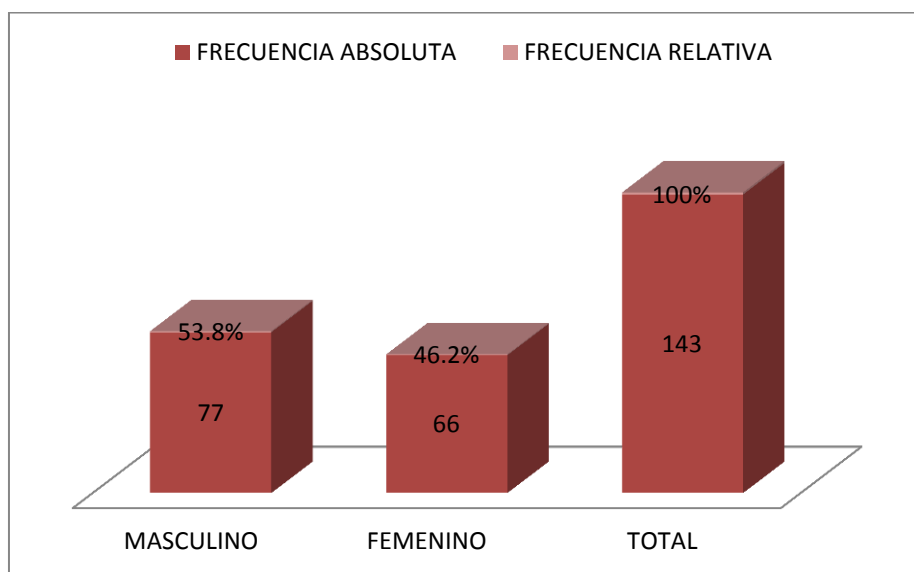


TABLA 02

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la epidemiología del cáncer en la cavidad bucal, 2016

EPIDEMIOLOGÍA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DEFICIENTE	60	42%
REGULAR	79	55.2%
EFICIENTE	4	2.8%
TOTAL	143	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación: En cuanto a los nivel de conocimientos sobre epidemiología del cáncer en la cavidad bucal, el 42% tuvo un nivel de conocimiento deficiente, el 55.2% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 2.8% un nivel de conocimiento eficiente.

GRÁFICO 02

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la epidemiología del cáncer en la cavidad bucal, 2016

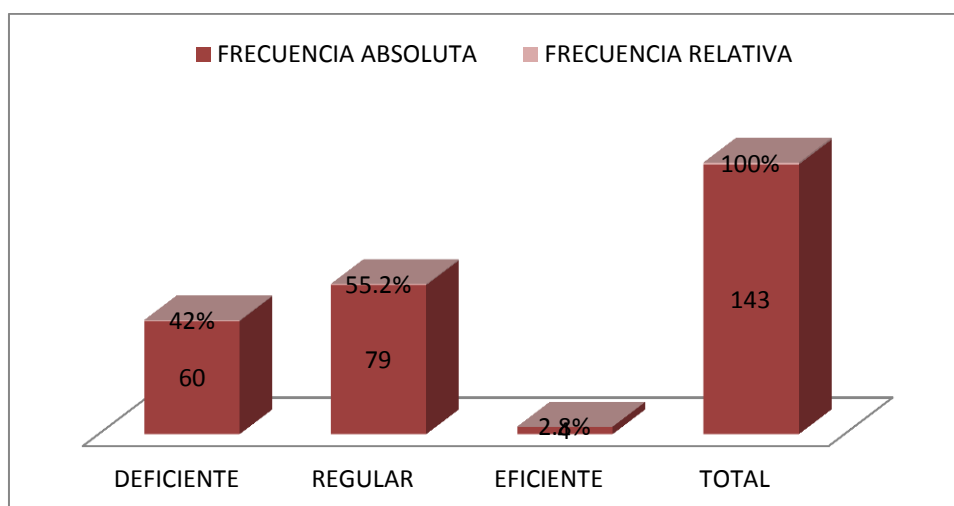


TABLA 03

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal, 2016

ETIOPATOGENIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DEFICIENTE	43	30.1%
REGULAR	78	54.5%
EFICIENTE	22	15.4%
TOTAL	143	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación: Con respecto al nivel de conocimientos etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal, el 30.1% tuvo un nivel de conocimiento deficiente, el 54.5% tuvo nivel de conocimiento regular y el 15.4% tuvo nivel de conocimiento eficiente.

GRÁFICO 03

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal, 2016

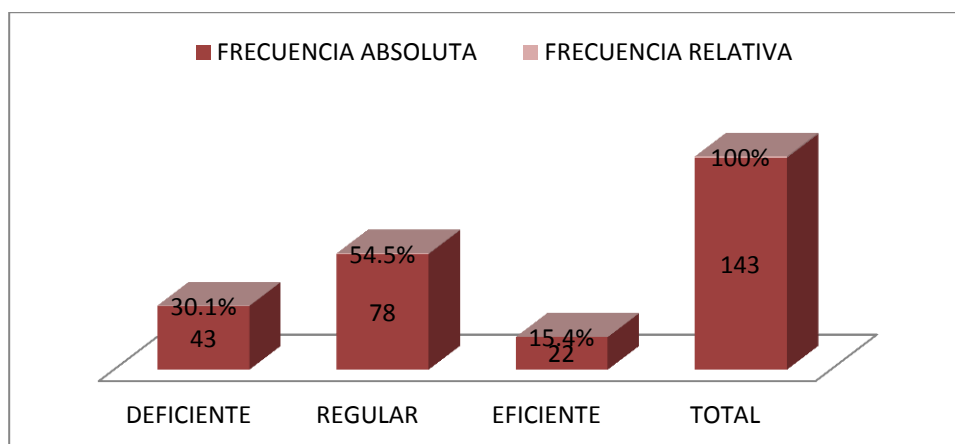


TABLA 04

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal, 2016.

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DEFICIENTE	74	51.7%
REGULAR	66	46.2%
EFICIENTE	3	2.1%
TOTAL	143	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación: Con respecto al diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal, el 51.7% tuvo un nivel de conocimiento deficiente, el 46.2% tuvo nivel de conocimiento regular y el 2.1% tuvo nivel de conocimiento eficiente.

GRÁFICO 04

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal, 2016.

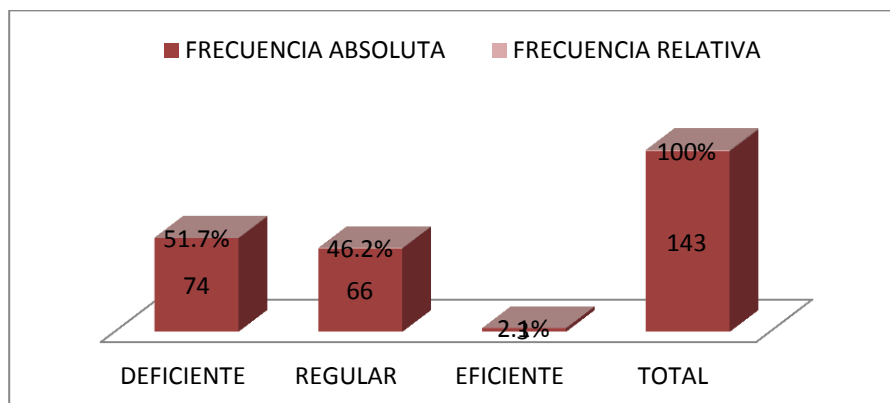


TABLA 05

Nivel conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el tratamiento del cáncer en la cavidad bucal, 2016

TRATAMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DEFICIENTE	48	33.6%
REGULAR	93	65.1%
EFICIENTE	2	1.4%
TOTAL	143	100%

Fuente: propio del autor

Interpretación: Con respecto al tratamiento del cáncer en la cavidad bucal, el 33.6% tuvo un nivel de conocimiento deficiente, el 65.1% tuvo nivel de conocimiento regular y el 1.4% tuvo nivel de conocimiento eficiente.

GRAFICO 05

Nivel conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el tratamiento del cáncer en la cavidad bucal, 2016

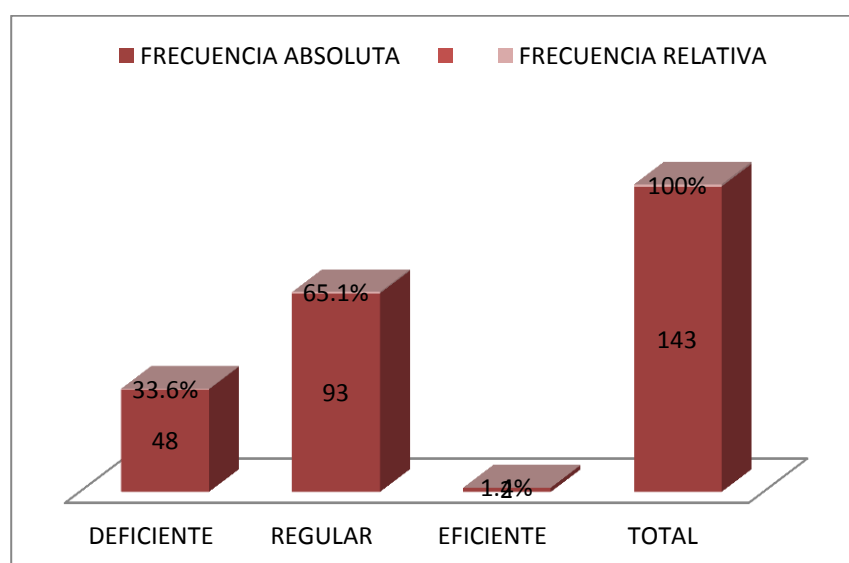


TABLA 06

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el prevención del cáncer en la cavidad bucal, 2016

PREVENCION	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DEFICIENTE	30	21%
REGULAR	98	68.5%
EFICIENTE	15	10.5%
TOTAL	143	100%

Fuente: propio del autor

Interpretación: Con respecto a la prevención del cáncer en la cavidad bucal, el 21% tuvo un nivel de conocimiento deficiente, el 68.5% tuvo nivel de conocimiento regular y el 10.5% tuvo nivel de conocimiento eficiente.

GRAFICO 06

Nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el prevención del cáncer en la cavidad bucal, 2016

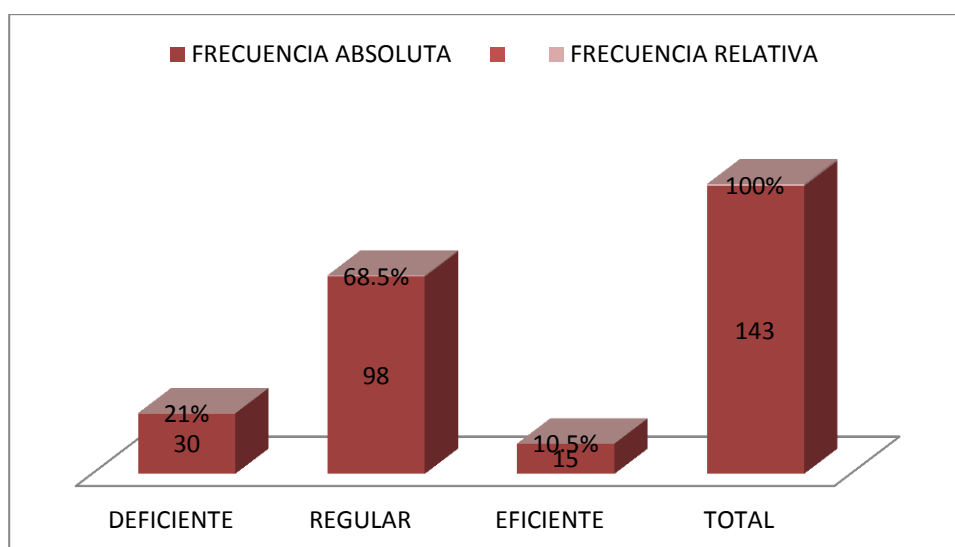


TABLA 07

Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno, 2016

CÁNCER EN LA CAVIDAD BUCAL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DEFICIENTE	52	36.4%
REGULAR	65	45.5%
EFICIENTE	26	18.2%
TOTAL	143	100%

Fuente: Propio del autor

Interpretación: El 36.4% tuvo nivel de conocimientos deficiente; el 45.5% tuvo nivel de conocimientos regular y el 18.2% tuvo nivel de conocimientos eficiente

GRAFICO 07

Nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno, 2016

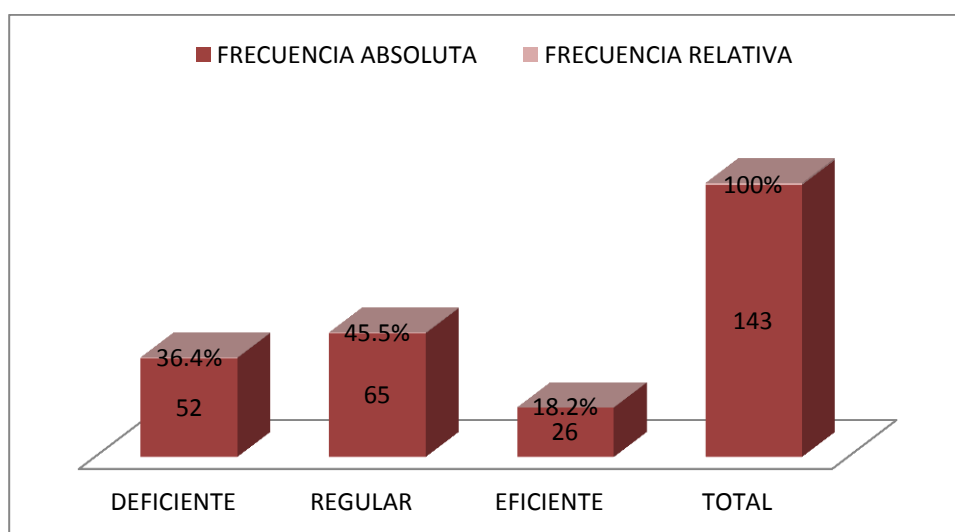


TABLA 08

Puntaje global obtenido del cuestionario sobre conocimientos de cáncer en la cavidad bucal, aplicado a los Cirujanos Dentistas de la ciudad de Puno, 2016

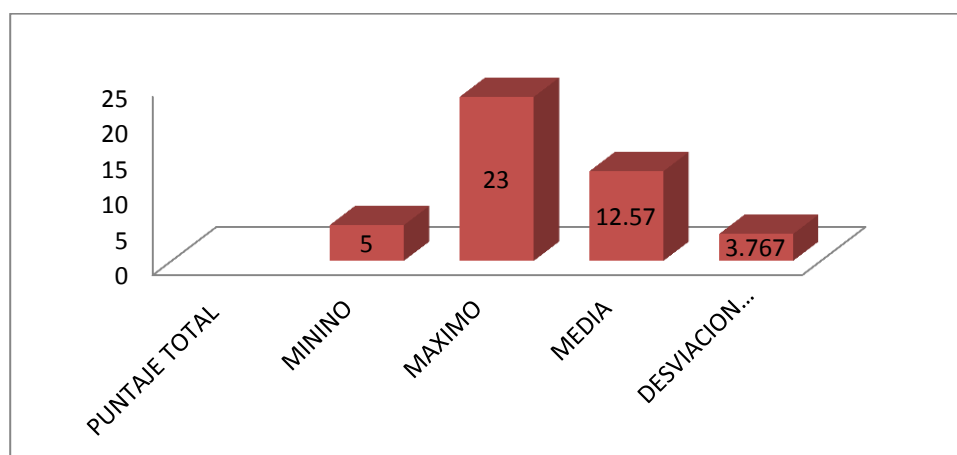
PUNTAJE TOTAL	
MININO	5
MAXIMO	23
MEDIA	12.57
DESVIACION	
ESTANDAR	3.767

Fuente: Propio del autor

Interpretación: Se muestra los puntajes globales obtenidos. El puntaje mínimo obtenido fue 5 puntos, y el puntaje máximo fue 23 puntos. La desviación estándar fue de 3.767. y el puntaje promedio fue 12.57 puntos.

GRAFICO 08

Puntaje global obtenido del cuestionario sobre conocimientos de cáncer en la cavidad bucal, aplicado a los Cirujanos Dentistas de la ciudad de Puno, 2016



4.2. Discusión

El nivel de incidencia del cáncer en la cavidad bucal que es poco frecuente haciendo un parangón con otros diferentes tipos de cáncer que ocurren en el organismo, el cáncer en la cavidad bucal no disminuye su importancia como problema de salud pública y en especial dentro del campo de salud estomatognática, dada su elevada y mortalidad que presenta.

El estar preparado para identificar pacientes con alto riesgo de desarrollar cáncer en la cavidad bucal y hacer un tamizaje de la enfermedad en un estadio temprano, son en la actualidad retos para el Cirujano Dentista, puesto este profesional se encuentra en una situación única y tiene la posibilidad de hacer revisiones periódicas a los pacientes que acuden a dicho servicio, lamentablemente muchos pacientes acuden solamente cuando hay dolor en alguna zona de la cavidad bucal, como sabemos la manifestación de dolor en una neoplasia maligna solamente ocurre en las fases avanzadas de la enfermedad.

Los resultados obtenidos en esta investigación, muestran el nivel de conocimientos sobre cáncer en la cavidad bucal, de los Cirujanos Dentistas de la ciudad de Puno, que es, en su mayoría, regular, con un 45.5 % de la muestra dentro de este nivel. Esto nos indica que la mayoría de los Cirujanos Dentistas que tuvieron un nivel regular de conocimiento de cáncer de la cavidad bucal, tienen un nivel de conocimiento regular, en cuanto a la prevención, al tratamiento, etiopatogenia y epidemiología, cuando desempeñen su práctica clínica. Sin embargo el porcentaje de Cirujanos Dentistas, que tienen un nivel deficiente de conocimientos sobre cáncer oral es también es elevado, con 36.4%.

Estos resultados son parecidos a los obtenidos por Izaguirre²⁶, donde en nivel regular del conocimiento del cáncer oral primó, en un 44,7% y también coincide por la investigación hecha por Barramuñoz¹⁵, donde el mayor porcentaje de su muestra tiene calificación

suficiente según la escala de su instrumento, sin embargo para Decuseara y cols¹⁶, los resultados del estudio sugieren que los dentistas no están bien capacitados en la prevención y la detección temprana de cáncer oral, y una de las barreras es la falta de formación.

Borhan-mojabi y cols¹⁸, en Un estudio que se realizado a los Médicos generales y Odontólogos generales, la puntuación media del conocimiento de todos los participantes fue a nivel moderado y no hubo diferencia significativa entre los dos grupos.

Según Santana y cols¹³, El 60,5% juzgo tener un buen conocimiento sobre cáncer de boca.

El promedio de puntaje obtenido fue 12,57, lo que correspondería a un índice de respuesta del 54% de acierto en el cuestionario y calificando en un nivel de conocimiento regular sobre cáncer oral. Según Joseph y cols¹⁹, la puntuación media de los conocimientos de los participantes fue de $20,6 \pm 4,0$ sobre una puntuación total de 30.

Según Akbari y cols²³, la puntuación total media de conocimiento era $7,91 \pm 1$ de 11 y La media de puntuación de los conocimientos de los dentistas generales fue $7,41 \pm 1,79$ y de especialistas dentales fue $9,44 \pm 1,0$.

En el apartado sobre epidemiología, el mayor porcentaje de la muestra se encontró dentro del nivel de conocimiento regular y deficiente. Esta sección comprendía el conocimiento sobre la ocurrencia de cáncer en la cavidad bucal en las poblaciones de riesgo, con respecto a la edad, genero, el tipo de cáncer más prevalente.

El 57.2% de Cirujanos Dentistas tienen conocimiento regular con respecto al tema, y el 42% tienen un conocimiento deficiente, y mientras que solo el 2.8% tienen conocimiento eficiente del tema según el instrumento utilizado.

Según Izaguirre²⁶, en cuanto a los conocimientos sobre epidemiología del cáncer oral, el 36,7% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 44,7% tuvo un nivel de conocimiento regular y el 18,7% un nivel de conocimiento alto, solo hay concordancia y se aproxima a los datos obtenidos en el nivel regular del conocimiento y más no para los demás niveles de conocimiento, esto puede estar determinado por lugar donde se hizo tal investigación.

Para Rocha y cols¹⁷, En una muestra de 93 odontólogos, se encontró que la cuarta parte de los encuestados conocían que el carcinoma de células escamosas es la forma más frecuente de cáncer bucal, y que la leucoplasia y la eritroplasia son las dos lesiones más probablemente asociadas al cáncer bucal.

Según Dumitrescu y cols²², el 54,3% conocía la lengua y el suelo de la boca para ser los sitios más comunes de cáncer oral.

Teniendo en cuenta que la incidencia de cáncer en la cavidad bucal es mayor en la población geriátrica y para el 2020 se espera un incremento del 11,2% en esta sección de la población peruana, así que también podría haber un aumento de los casos de cáncer en la cavidad bucal, el tiempo transcurrido entre la última visita odontológica de las personas con 70 años o más, es seis veces mayor que en el caso de los individuos de menos de 20 años. Esto solicita mayores conocimientos y habilidades para reconocer el cáncer en la cavidad bucal u orientarse según los factores epidemiológicos, a un examen más exhaustivo en las poblaciones de riesgo como los adultos mayores.

En el apartado sobre etiopatogenia, el mayor porcentaje de la muestra se encontró dentro del nivel de conocimiento regular y deficiente.

En esta sección se evaluaron los conocimientos sobre los factores de riesgo del cáncer en la cavidad bucal.

El 54.5% de Cirujanos Dentistas tienen un conocimiento regular con respecto al tema, y el 30.1% tienen un conocimiento deficiente, y mientras que solo el 15.4% tienen conocimiento eficiente del tema según el instrumento utilizado.

Según Izaguirre Pérez²⁶ Con respecto a la etiología del cáncer oral, factores de riesgo, el 20% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 65,3% tuvo nivel de conocimiento regular y el 14,7% tuvo nivel de conocimiento alto, estas cifras se aproximan para el nivel de conocimiento eficiente y difieren para los demás niveles en nuestro estudio

En el apartado sobre diagnóstico, el mayor porcentaje de la muestra se encontró dentro del nivel de conocimiento deficiente. Esta sección comprendía el conocimiento sobre síntomas y signos del cáncer en la cavidad bucal, lesiones de riesgo y localización más común del cáncer en la cavidad bucal.

El 51.7% de Cirujanos Dentistas tienen conocimiento deficiente con respecto al tema, y el 46.2% tienen un conocimiento regular, y mientras que solo el 2.1% tienen conocimiento eficiente del tema según el instrumento utilizado.

Para Izaguirre²⁶ En cuanto al diagnóstico, signos y síntomas del cáncer oral, el 41,3% tuvo nivel de conocimiento alto, el 46,7% tuvo nivel de conocimiento regular y el 12% tuvo nivel de conocimiento bajo, solamente hay concordancia en el nivel de conocimiento regular, mientras que para los demás niveles de conocimiento no hay concordancia.

Según Joseph y cols¹⁹, treinta y cinco Cirujanos Dentistas que representa al 22,9%, han tenido consistentemente altas puntuaciones de conocimiento tanto para los factores de riesgo y métodos de diagnóstico, también para Saleh y cols²¹, el nivel de conocimiento sobre los primeros signos y hábitos de riesgo asociados con el cáncer oral era alta en la mayoría de informes lo que dista ampliamente con los datos obtenidos en nuestra investigación. esta fue la dimensión de conocimiento que obtuvo mayor porcentaje de Cirujanos Dentistas en el nivel deficiente de conocimiento.

En el apartado sobre tratamiento, el mayor porcentaje de la muestra se encontró dentro del nivel de conocimiento regular y deficiente. Esta sección comprendía el conocimiento sobre el tratamiento del cáncer en la cavidad bucal, pronóstico y complicaciones.

El 65.1% de Cirujanos Dentistas tienen conocimiento regular con respecto al tema, y el 33.6% tienen un conocimiento deficiente, y mientras que solo el 1.4% tienen conocimiento eficiente del tema según el instrumento utilizado.

Esta fue la dimensión de conocimiento que obtuvo menor porcentaje de Cirujanos Dentistas en el nivel eficiente de conocimiento, en el estudio realizado por Izaguirre Pérez²⁶ la sección sobre tratamiento del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes, estos datos se aproximan al estudio que realizamos.

En el apartado sobre prevención, el mayor porcentaje de la muestra se encontró dentro del nivel de conocimiento regular. Esta sección comprendía el conocimiento sobre la prevención.

El 68.5% de Cirujanos Dentistas tienen conocimiento regular con respecto al tema, y el 21% tienen un conocimiento deficiente, y mientras que solo el 10.5% tienen conocimiento eficiente del tema según el instrumento utilizado

Esta fue la dimensión de conocimiento que obtuvo mejor porcentaje de Cirujanos Dentistas en el nivel regular de conocimiento.

Según Feitosa y cols²⁵, el 92,6% respondieron que informan a sus pacientes sobre el tabaquismo y el alcoholismo como principales causadores de cáncer de boca.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la epidemiología del cáncer en la cavidad bucal fue regular.
2. El nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la etiopatogenia del cáncer en la cavidad bucal es regular.
3. El nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el diagnóstico del cáncer en la cavidad bucal es deficiente.
4. El nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre el tratamiento del cáncer en la cavidad bucal es regular.
5. El nivel de conocimiento por parte del Cirujano Dentista de la ciudad de Puno sobre la prevención del cáncer en la cavidad bucal es regular.
6. Se rechaza la hipótesis planteada, que fue la frecuencia más alta de nivel de conocimiento del cáncer en la cavidad bucal por parte del Cirujano Dentista de la Ciudad de Puno es la deficiente.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

Esta investigación que fue aplicada a Cirujanos Dentistas de la ciudad de Puno, podría extenderse para los Médicos Cirujanos para saber si presentan necesidades de capacitación en relación al cáncer en la cavidad bucal, ya que varios factores inciden en que la población con mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad acuda con más frecuencia a la consulta médica y en estados avanzados.

Este estudio podría extenderse también todos los Cirujanos Dentistas de práctica privada y estatal, para realizar un diagnóstico de los conocimientos y del rol que cumplen frente al cáncer en la cavidad bucal, de esta forma se podría implementar protocolos de manejo o capacitaciones del recurso humano.

Utilizar los resultados de esta investigación para mejorar los aspectos que muestran necesidades de aprendizaje sobre el cáncer en la cavidad bucal o potencializar la formación desde pre grado.

Los Cirujanos Dentistas deben estar capacitados para hacer un diagnóstico correcto en etapas tempranas de neoplasias malignas en la cavidad bucal, puesto que es este profesional quien está en contacto más cercano con la cavidad bucal.

Implementar programas preventivos, tamizaje para el cáncer en la cavidad bucal para todos los profesionales de la salud de atención primaria, con la finalidad de que estos profesionales sean capaces de descartar posibles neoplasias malignas en la cavidad bucal.

CAPITULO VII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (base de datos en internet) Lima (P) Perfil Epidemiológico. Resumen 2000-2009 .(citado 2015). Disponible en http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/20052011_in_en_nm_frecuentes_2000_2009_vf.pdf
2. Centeno A, Danielo C, Campana R, Orozco MA. Tumores malignos de boca. Med Cutan IberLat Am 2010;38(6):221-228.
3. IvinitzkyBrenner I, Ibáñez Mancera NG, Eljure Eljure E, Alba Bravo F. Retraso en el diagnóstico de cáncer en cavidad bucal y anexos como factor clave para el pronóstico revista adm.2014; 71 (4): 188-191.
4. Santana Pinheiro SM, Paixão Cardoso J, Ornellas Prado F. Conhecimentos e diagnóstico em câncer bucal entre profissionais de odontologia de jequié, Bahía.Revista Brasileira de Cancerología. 2010; 56(2): 195-205
5. Hertrampf K, Wiltfang J, Koller M, Klosa K, Wenz HJ. Dentists' perspectives on oral cancer: a survey in Northern Germany and a comparison with international data. Eur J Cancer Prev. 2010; 19(2):144-52.
6. Barramuñoz DO. Medición de conocimiento de cáncer oral en Cirujano Dentistas de la ciudad de Talca y alumnos de sexto año de la carrera de Odontología de la Universidad de Talca del año 2011. Tesis de grado. Chile. Universidad de Talca; 2011.
7. Decuseara G, Maccarthy D, Menezes G. Oral cáncer: knowledge, practices and opinions of Dentists in Ireland. Journal of the Irish Dental Association. 2011; 57 (4): 209-214

8. Rocha Buelvas A, Carlos Hidalgo Patiño C, CollelaG, Angelillo I. Oral cancer and Dentists: knowledge, attitudes and practices in a South Colombian context. *Acta Odontol. Latinoam.* 2012;25(2): 155-162
9. Borhan Mojabi K, Moradi A, Yazdabadi A. Evaluating the degree of knowledge on oral cancer among general practitioners and Dentists in Qazvin. *J EvalClinPract.* 2012;18(2):498-501.
10. Joseph Bk, SundaramDb, Sharma P. Oral cancer awareness among Dentists in Kuwait. *MedPrincPract.* 2012;21(2):164-70.
11. Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Grund S, Wiltfang J. The oral cancer knowledge of dentists in Northern Germany after educational intervention. *J CraniomaxillofacSurg.* 2013;41(8):201-7.
12. Saleh A, Heay Kong Y, Vengu N, Badrudeen H, BintiZain R, ChingCheong S. Dentists' perception of the role they play in early detection of oral cancer. *AsianPac J CancerPrev.* 2014; 15 (1): 229-237
13. Dumitrescu AL, Ibric S, Ibric-Cioranu V. Assessing oral cancer knowledge in Romanian undergraduate dental students. *J cancereduc.* 2014; 29(3):506-13.
14. Akbari N, Raeesi V, Khazaei T, Ramezanzadeh K, Ebrahimipour S. Evaluation of general Dentists' and dental Specialists' knowledge about oral cancer in South Khorasan-Iran. *AsianPac J CancerPrev.* 2015;16(16):6987-90.
15. Puentes J, Omaña C, León M, Rangel J, Rodríguez J. Valoración del nivel de conocimiento sobre las patologías labiales por parte del Odontólogo que labora en el sector privado de salud de Mérida, Venezuela. *Revvenezinvestodontiadr.* 2015; 3 (1):4-14.
16. Feitosa filho A, Cabral H, Silva M, Feitosa F. Avaliação da conduta dos cirurgiões-dentistas do sistema público de saúde frente ao diagnóstico de patologias bucais no município de Crato – Ce. 2016;3(9):10-17.

17. Izaguirre Pérez PM. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012. Tesis para obtener el grado de Cirujano dentista. Perú. UNMSM.2012
18. Hermida Rojas M. Escala de riesgo para predecir el cáncer bucal. Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias estomatológicas. Cuba. Instituto superior de ciencias médicas de la Habana Facultad de estomatología “Raúl González Sánchez”.2007
19. Nachón García MG, García Rivera ME, Nachón García FJ, Hernández Parra TG, Hernández Lira G. Tabaquismo y cáncer bucal: una revisión teórica. RevMed UV, enero - junio 2010
20. De la fuente Hernández J, Muñoz Mújica P, Patrón Bolaños CE, Ramírez Trujillo MA, Rojas Mercado HJ, Acosta Torres LS. Aumento de la incidencia de carcinoma oral de células escamosas. Salud i Ciencia. 2014; 20(6):636-42.
21. Testut, Latarjet A. Compendio de anatomía descriptiva. Vigésimosegunda edición. España; salvat : 1980.
22. Prieto Prieto I , Prieto Fenechb A, Bascones Martínez A. Cáncer oral diagnóstico y tratamiento. MedClin(Barc). 2006;127(7):258-64.
23. Monsalves MJ, Raposo A, Aravena P, Sanhueza A. Frecuencia de auto-examen y nivel de conocimiento de los pacientes en relación a las lesiones de la mucosa oral en Temuco, Chile. Int. J. Odontostomat. 2010;4(1):13-18.
24. Casariego ZJ. La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Av Odontoestomatol. 2009; 25(5): 265-285.
25. Agar NJM, Patel RS. Early Detection, Causes and Screening of Oral Cancer. JSM Dent. 2014; 2(3): 1039

26. Macpherson LMD, Mccann MF, Gibson J, Binnie VI, Stephen KW. The role of primaryhealthcareprofessionals in oral cancerprevention and detection. *British Dental Journal*. 2003;195(5): 277–281.
27. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008 [Internet]. Lyon: OMS; c2010 [citado el 14 de enero de 2017]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
28. Aguilar Barrientos A. “Prevalencia y algunos factores asociados a carcinoma oral de células escamosas, en pacientes tratados en el instituto de cancerología (INCAN), Guatemala durante el período 1994-2003”. Tesis para obtener el grado de cirujano dentista. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2007
29. Quintana Diaz JC, Quintana Giralt M. Prevalencia de cancer de labio en artemisa 1996-2006. *Acta odontológica venezolana*. 2009;47(1).
30. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía practica clínica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima-Perú. 2013
31. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013, pág. 65 (citado el 5 enero 2017). Disponible en http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
32. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007
33. Malcolm A. Lynch et al. Medicina bucal de burket: diagnostico y tratamiento. 9na ed. Mexico, D.F. McGraw Hill Interamericana; 1996
34. Ford PJ, Farah CS. Early detection and diagnosis of oral cancer: Strategies for improvement. *Journal of Cancer Policy* 1. 2013: 2–7

35. Vidal enciso MA. Frecuencia de melanoma oral en pacientes del Instituto de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani” (INEN) 1990-1999. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Perú. UPCH. 2004
36. García Lazarte A. “ Prevalencia de carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de salud pública - Perú en el período 2006- 2009”. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Perú. UNMSM. 2010
37. Gutiérrez Morales M. Prevalencia de melanoma bucal en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas “Dr. Eduardo Cáceres Graziani” (INEN) 1952 – 2008. Tesis para obtener el grado de Cirujano dentista. Perú. USMP. 2010
38. Tucci R, Borges FT, Castro PHS, Aburad A, Carvalhosa AA. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Jun;7(2):231-8.
39. Veliz Hurtado LM. Manejo odontológico en las complicaciones de radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Guayaquil. Universidad de Guayaquil. 2014
40. Chávez-Reátegui BA, Manrique-Chávez JE, Manrique Guzmán JA. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: revisión de literatura. Rev Estomatol Herediana. 2014;24(3):199-207.
41. Vaccarella S, Franceschi S, Herrero R, Muñoz N, Snijders PJ, Clifford GM, et al. Sexual behavior, condom use, and human papillomavirus: pooled analysis of the IARC human papillomavirus prevalence surveys. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15(2):326–333.
42. Borak S. Diagnostico bucal. Brasil. Editora Artes Médicas LTDA; 2004

43. Allen G, Logan R. Oral Manifestations of Cancer Treatment in Children: A Review of the Literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2010; 14(4): 481-490.
44. Termine N, Panzarella V, Falaschini S, Russo A, Matranga D, Muzio LL, et al. HPV in oral squamous cell carcinoma vs head and neck squamous cell carcinoma biopsies: a meta-analysis (1988–2007). *Ann Oncol.* 2008;19(10):1681–90.
45. Santana Garay J.C. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: editorial ciencias médicas; 2002
46. Vieira Santos I, Borges Alves T, Lopes Falcao M, Souza Freitas V. O papel do Cirurgião-Dentista em relação ao câncer de boca. *Odontol. Clín.-Cient.* 2011; 10 (3):207-210
47. Mungi Castañeda S, Aguilar Gálvez D. Manifestaciones orales en niños sometidos a tratamiento antineoplásico en el INEN de enero a marzo del 2013. 2014; 2(1)
48. Lao W, Meléndez R, Herrera A. Estudio descriptivo de cáncer bucal, en los egresos hospitalarios de la caja costarricense de seguro social en los años 2001 a 2008. *Rev. Cient .Odontol.* 2010;6(2):52-58
49. Iglesias Corchero AM. Factores de riesgo odontológico en pacientes médicamente comprometidos registrados en un centro de atención primaria de odontología del servicio Galego de saúde – Sergas. Tesis doctoral. España. Universidad de Santiago de Compostela. 2013
50. Campos Sousa De Almeida F, Cazal C, Daumas Nunes F, Ercília Araújo M, Britos Dias R, Pedroso Da Silva D. Fatores prognósticos no câncer de boca. *R bras ci Saúde.* 2011; 15(4):471-478
51. Ministerio de Salud. Acciones globales para la prevención y control del cáncer “Plan Esperanza”. Perú. 2016

52. Sociedad Española de Enfermería Oncológica. Salud Bucal en el Paciente Oncológico. España. 2015
53. Oliveira Mateus F. Cáncer bucal no Brasil. Trabalho de conclusao de curso apresentado como requisito parcial para obtencao do certificado de especializacao em saude publica. Brasil. Universidad Federal do Rio Grande do Sul.2008
54. Sacsquispe Contreras S. Investigación del cáncer oral en el Perú. Anuario de investigación - 2014.UPCH. Lima. 2015
55. Sabana AN, Uma Maheswari TN. Awareness of early detection and prevention of oral cancer among dentists - a review. 2014; 13(1) ; 10-12
56. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos, 2007.

ANEXOS**Anexo: 01. Consentimiento informado****UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo _____ identificado con

DNI

N° _____, Cirujano Dentista, colegiado y habilitado, acepto participar en

la

investigación denominada: “Nivel de conocimientos del cáncer en la cavidad bucal por el

Cirujano Dentista de la ciudad de Puno, 2016” realizado por el Bachiller: Juan de Dios

Gutierrez Apaza.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Anexo: 02. Instrumento de investigación

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL
ALTIPLANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

CUESTIONARIO**CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER EN LA CAVIDAD BUCAL**

Gracias por su contribución en esta investigación. Este cuestionario forma parte de un trabajo de tesis para medir el nivel de conocimiento sobre cáncer en la cavidad bucal por el Cirujano Dentista, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y sincera. Los resultados son anónimos. Marque la respuesta que considera correcta de la siguiente forma:

✓ X

DATOS GENERALES:

1. Género: Masculino - Femenino

CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER EN LA CAVIDAD BUCAL

1. **¿Cuál es el tipo de cáncer de mayor prevalencia en la cavidad bucal?:** ^(a)

Carcinoma de células basales
Carcinoma de células escamosas
Melanoma
Carcinoma verrucoso de Ackerman

2. **¿Existe una relación directa con la edad en la frecuencia creciente del cáncer en la cavidad bucal?:** ^(a)

Sí
No

3. **¿Cuál de los siguientes es el más agresivo de todos los cánceres en la cavidad bucal?:** ^(b)

Carcinoma espinocelular
Melanoma bucal
Carcinoma quístico adenoide
Carcinoma mucoepidermoide

4. **¿En qué género se presenta el cáncer en la cavidad bucal con mayor frecuencia?:** ^(a)

Hombres
Mujeres
Por igual

5. **¿La localización más común del cáncer en la lengua es en la porción?:** ^(d)

Posterior del borde lateral
Anterior de la cara dorsal
Anterior del borde lateral
Posterior de la cara dorsal

6. **¿Existe predisposición genética para el desarrollo del cáncer en la cavidad bucal?:** ^(b)

Sí
No

7. **¿El envejecimiento celular y la disminución de la vigilancia inmunológica están ligados a la aparición de cáncer en la cavidad bucal?:** ^(a)

Sí
No

8. **¿El virus que más se asocia al cáncer en la cavidad bucal es?:** ^(a)

Papiloma virus humano
Herpes tipo I
Virus de Epstein Barr
Herpes tipo II

^aMalcolm A. Lynch et al. Medicina bucal de burket: diagnóstico y tratamiento. 9na ed. Mexico, D.F. McGraw Hill Interamericana; 1996.

^bBorak S. Diagnostico bucal. Brasil. Editora Artes Médicas LTDA; 2004

^dRegezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007

9. ¿La exposición a la radiación actínica es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer en la boca?:^(b)

Sí
No

10. Entre los hechos genéticos que propician la aparición del cáncer se encuentra una mutación común a casi todos los tipos de cáncer incluidos los de la cavidad bucal; ¿nos referimos a la mutación del gen?:^(d)

p52
p53
p54
p55

12. ¿El dolor es un síntoma del cáncer en la cavidad bucal que ocurre solamente en las fases tardías de la enfermedad?:^(b)

Sí
No

11. De las siguientes lesiones precancerosas, ¿cuál tiene mayor grado de displasia y consecuentemente está más relacionada con el desarrollo de cáncer en la cavidad bucal?:^(a)

Eritroplasia
Lengua negra vellosa
Candidosis
Leucoplasia

13. ¿En lesiones negras sugestivas de melanoma en la cavidad bucal está contraindicado hacer una biopsia de tipo?:^(b)

Raspado
Incisional
Excisional
Directa

14. El carcinoma de la submucosa del labio y de la cavidad bucal de hasta 2 cm en su mayor diámetro sin linfomegalias regionales cervicales o metástasis a distancia ¿se considera que está en la?:^(e)

Etapas IV
Etapas III
Etapas II
Etapas I

15. ¿La gran mayoría de tumores malignos en la boca surgen bajo la forma de?:^(b)

Úlceras
Áreas blancas
Nódulos
Áreas negras

^aMalcolm A. Lynch et al. Medicina bucal de burket: diagnostico y tratamiento. 9na ed. Mexico, D.F. McGraw Hill Interamericana; 1996.

^bBorak S. Diagnostico bucal. Brasil. Editora Artes medicas LTDA; 2004

^dRegezi J, Sciubba J. Patología bucal. 3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007

^eSantana Garay J.C. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: editorial ciencias médicas; 2002

16. ¿La irritación crónica en la mucosa bucal se considera como?:^(d)

Iniciador del cáncer
Modificador del cáncer
Ambos

17. ¿El cáncer en la cavidad bucal puede ser detectado en sus fases iniciales con mayor facilidad que en otras regiones del organismo?:^(b)

No
Sí

18. ¿La mayoría de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal en estadio III y IV son aptos para recibir qué tipo de tratamiento?:^(c)

Cirugía
Cirugía y radioterapia
Cirugía y quimioterapia
Cirugía, radioterapia y quimioterapia

19. ¿La complicación bucal más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de cáncer de la cavidad bucal es?:^(c)

Mucositis bucal
Candidosis eritematosa
Hemorragia bucal
Infecciones bucales

20. ¿Los cánceres de la cavidad bucal pequeños como del trigono retromolar, paladar duro, la encía superior, son sumamente curables con cirugía con tasas de supervivencia de hasta 100%?:^(c)

Sí
No

21. ¿La presencia de un margen positivo o de una profundidad del tumor de menos de 5 mm aumenta de manera significativa el riesgo de recidiva local?:^(c)

Sí
No

22. ¿Los fumadores de pipa tienen mayor probabilidad de cáncer en cualquier región de la boca pero se incrementa aún más para el?:^(d)

Carcinoma de células escamosas del piso de la boca
Carcinoma de células escamosas en el paladar blando
Carcinoma de células escamosas del labio inferior
Carcinoma de células escamosas del labio superior

23. ¿Cuál considera que puede incrementar el factor de riesgo del cáncer en la cavidad bucal?:^(a)

Estrés emocional
Consumo del alcohol más el tabaco
Consumo de alcohol
Consumo de tabaco

^aMalcolm A. Lynch et al. Medicina bucal de burket: diagnostico y tratamiento. 9na ed. Mexico, D.F. McGraw Hill Interamericana; 1996.

^bBorak S. Diagnostico bucal. Brasil. Editora Artes medicas LTDA; 2004

^cInstituto Nacional de Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE.UU. Internet Consulta 1 de diciembre del 2016 . Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza_cuello/tratamiento_labio_boca_pdq

^dRegezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007

24. ¿Cuándo un paciente presenta úlcera en el labio, sospechamos de malignidad, cuando a pesar de estar recibiendo tratamiento no hay tendencia a cicatrizar, en cuantos días?:^(b)

- 5 días
- 10 días
- 15 días
- 20 días

25. ¿Dentro de los efectos colaterales permanentes de la radioterapia se considera?:^(d)

- Úlceras en mucosas
- Dolor
- Eritema
- Xerostomía

^bBorak S. Diagnostico bucal. Brasil. Editora Artes medicas LTDA; 2004

^dRegezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007

Anexo 03: clave de respuestas**CONOCIMIENTOS SOBRE CANCER EN LA CAVIDAD BUCAL**

1. ¿Cuál es el tipo de cáncer de mayor prevalencia en la cavidad bucal?:^(a)

Carcinoma de células escamosas

2. ¿Existe una relación directa con la edad en la frecuencia creciente del cáncer en la cavidad bucal?:^(a)

Sí

3. ¿Cuál de los siguientes es el más agresivo de todos los cánceres en la cavidad bucal?:^(b)

Melanoma bucal

4. ¿En qué género se presenta el cáncer en la cavidad bucal con mayor frecuencia?:^(a)

Hombres

5. ¿La localización más común del cáncer en la lengua es en la porción?:^(d)

Posterior del borde lateral

6. ¿Existe predisposición genética para el desarrollo del cáncer en la cavidad bucal?:^(b)

Sí

7. ¿El envejecimiento celular y la disminución de la vigilancia inmunológica están ligados a la aparición de cáncer en la cavidad bucal?:^(a)

Sí

8. ¿El virus que más se asocia al cáncer en la cavidad bucal es?:^(a)

Papiloma virus humano

9. ¿La exposición a la radiación actínica es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer en la boca?:^(b)

Sí

10. Entre los hechos genéticos que propician la aparición del cáncer se encuentra una mutación común a casi todos los tipos de cáncer incluidos los de la cavidad bucal; ¿nos referimos a la mutación del gen?:^(d)

p53

12. ¿El dolor es un síntoma del cáncer en la cavidad bucal que ocurre solamente en las fases tardías de la enfermedad?:^(b)

Sí

11. De las siguientes lesiones precancerosas, ¿cuál tiene mayor grado de displasia y consecuentemente está más relacionada con el desarrollo de cáncer en la cavidad bucal?:^(a)

Eritroplasia

13. ¿En lesiones negras sugestivas de melanoma en la cavidad bucal está contraindicado hacer una biopsia de tipo?:^(b)

Incisional

14. El carcinoma de la submucosa del labio y de la cavidad bucal de hasta 2 cm en su mayor diámetro sin linfomegalias regionales cervicales o metástasis a distancia ¿se considera que está en la?:^(e)

Etapa I

15. ¿La gran mayoría de tumores malignos en la boca surgen bajo la forma de?:^(b)

Úlceras

16. ¿La irritación crónica en la mucosa bucal se considera como?:^(d)

Modificador del cáncer

17. ¿El cáncer en la cavidad bucal puede ser detectado en sus fases iniciales con mayor facilidad que en otras regiones del organismo?:^(b)

Sí

18. ¿La mayoría de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal en estadio III y IV son aptos para recibir qué tipo de tratamiento?:^(c)

Cirugía y radioterapia

19. ¿La complicación bucal más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia de cáncer de la cavidad bucal es?:^(c)

Mucositis bucal

20. ¿Los cánceres de la cavidad bucal pequeños como del triángulo retromolar, paladar duro, la encía superior, son sumamente curables con cirugía con tasas de supervivencia de hasta 100%?:^(c)

Sí

21. ¿La presencia de un margen positivo o de una profundidad del tumor de menos de 5 mm aumenta de manera significativa el riesgo de recidiva local?:^(c)

Sí

22. ¿Los fumadores de pipa tienen mayor probabilidad de cáncer en cualquier región de la boca pero se incrementa aún más para el?:^(d)

Carcinoma de células escamosas del labio inferior

23. ¿Cuál considera que puede incrementar el factor de riesgo del cáncer en la cavidad bucal?:^(a)

Consumo del alcohol más el tabaco

24. ¿Cuándo un paciente presenta úlcera en el labio, sospechamos de malignidad, cuando a pesar de estar recibiendo tratamiento no hay tendencia a cicatrizar, en cuántos días?:^(b)

15 días

25. ¿Dentro de los efectos colaterales permanentes de la radioterapia se considera?:^(d)

Xerostomía

Anexo: 04. Análisis de confiabilidad del instrumento de investigación mediante Alfa de Cronbach

Fiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.797	25

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
item1	50.00	66.364	.669	.772
item2	50.58	72.811	.469	.788
item3	49.83	64.879	.573	.775
item4	50.58	75.174	.123	.799
item5	49.50	61.727	.704	.764
item6	50.50	72.455	.487	.787
item7	50.75	76.750	.013	.800
item8	50.00	72.727	.225	.796
item9	50.67	72.061	.616	.785
item10	49.25	75.477	.067	.802
item11	50.25	72.932	.454	.788
item12	49.08	63.902	.496	.781
item13	49.42	71.720	.422	.787
item14	49.25	73.114	.112	.807
item15	49.92	67.174	.510	.780
item16	50.08	75.174	.105	.800
item17	50.00	74.727	.437	.792
item18	49.17	78.152	-.125	.812
item19	49.58	62.992	.595	.772
item20	50.58	73.356	.402	.790
item21	50.25	76.205	.063	.799
item22	49.25	80.750	-.285	.820
item23	49.67	69.152	.492	.782
item24	49.17	69.606	.459	.784
item25	48.67	69.515	.550	.781