



**PERCEPCIÓN SOBRE CÁNCER ORAL Y FACTORES DE RIESGO
EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
DURANTE EL AÑO 2019**

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano-Dentista

Alumnos: Lionel González Peña
Javier López Vásquez

Docente Guía: Prof. Dra. Karina Cordero Torres
Cátedra de Patología Oral

Valparaíso – Chile
2019

DEDICATORIA

A Dios por ser nuestro guía, a nuestras familias por su apoyo incondicional y todas las personas que de alguna manera expresaron su apoyo y comprensión durante este proceso.

A nuestros compañeros, por su paciencia y permitirnos entrevistar a sus pacientes, quienes amablemente accedieron a participar de este estudio.

A nuestra universidad, por proveernos de las herramientas para sacar adelante esta investigación y aportar al conocimiento científico.

Gracias a todos por creer en nosotros; sin ustedes, este trabajo no hubiese dado los frutos esperados.

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia, queremos agradecer a nuestra docente guía, Dra. Karina Cordero, quien nos acompañó en este desafío con su tiempo, dedicación y compromiso.

Al Jefe de clínica, Dr. Jaime Jamett, por proveernos del espacio físico necesario para llevar a cabo esta investigación.

A las asistentes y recepcionistas: Gladys, Sandra y Marlene, por ayudarnos a establecer contacto con los pacientes.

A Maysa Sánchez, por ayudarnos con las encuestas, su excelente disposición y buenas energías.

A Verónica Alvarado y Marco Chávez, por su ayuda en la búsqueda de información.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2
2.1. GENERALIDADES DEL CÁNCER ORAL	2
2.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER ORAL	5
2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CÁNCER ORAL	8
2.3.1 Lesiones Potencialmente malignas	9
2.4 FACTORES DE RIESGO	10
2.4.1 Tabaco	10
2.4.2 Alcohol	11
2.4.3 Agentes infecciosos	12
2.4.4 Factores genéticos	12
2.4.5 Factor cultural	13
2.4.6 Dieta	13
2.4.7 Nivel socioeconómico	14
2.4.8 Radiación Ultravioleta	14
2.5 MEDICIÓN DE PERCEPCIÓN	15
2.6 PERCEPCIÓN SOBRE CÁNCER ORAL.....	15
2.6.1 EN ODONTÓLOGOS	15
2.6.2 EN PACIENTES	16
2.6.3 EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE ODONTOLOGÍA	18
2.7 PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER ORAL	18
2.8 CAMPAÑAS PREVENTIVAS	20
3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
4.- OBJETIVOS	21

5.- DISEÑO DEL ESTUDIO	22
6.- MATERIALES Y MÉTODO.....	22
6.1 Población	22
6.2 Selección de la muestra	22
6.3 Validación del instrumento	23
6.4 Recolección de datos	24
6.5 Definición de variables	25
6.6 Análisis estadístico	29
7.- RESULTADOS	30
8.- DISCUSIÓN	42
9.- CONCLUSIONES	54
10.- SUGERENCIAS	55
11.- RESUMEN	56
12.- REFERENCIAS	57
13.- ANEXOS	69

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer oral (CO) es una enfermedad grave y un problema creciente, correspondiendo aproximadamente al 5% de las neoplasias malignas a nivel mundial, siendo su manifestación más común el Carcinoma Espinocelular (CEC). En Chile corresponde al 1,6% del total de cánceres, y su mortalidad es del 1% ⁽¹⁾. En el periodo 2002-2012 se registraron 1.611 muertes por cáncer oral en Chile. La localización anatómica más frecuente para ambos sexos fue la lengua (26,5%), seguido de la glándula parótida (16,5%) ^(2,3).

Las lesiones que provoca esta afección, a pesar de encontrarse en sitios de fácil acceso son, la mayoría de las veces, detectadas en forma tardía, lo que se traduce en tratamientos invasivos y agresivos para el paciente, bajas expectativas de sobrevida y consigo, una disminución en la calidad de vida para ellos y sus familias ⁽⁴⁾.

El cáncer bucal es una de las neoplasias más agresivas y mortales, debido fundamentalmente a que su diagnóstico es realizado en estadios avanzados ⁽⁵⁾. La tasa promedio de supervivencia en 5 años es del 50% de casos ⁽⁶⁾, a pesar del avance en los tratamientos médicos, no se han producido cambios notables en las últimas décadas ⁽⁵⁾.

Se ha demostrado que la etiología del CEC está asociada principalmente al consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo, algunos autores también lo han asociado con otros factores, como un bajo nivel socioeconómico, dieta, genética y agentes infecciosos, entre otros ⁽⁷⁻¹⁰⁾

En este trabajo nos preguntamos: ¿Cuál es la percepción sobre CO y sus factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad de Valparaíso (COUV)? Estos resultados podrían contribuir al desarrollo de estrategias de promoción de salud enfocadas en la prevención y diagnóstico precoz de esta enfermedad.

La formación en patología oral, tanto del odontólogo titulado como del estudiante de odontología, la exploración completa de la cavidad oral y cuello del paciente, así como una campaña efectiva de educación a la población, podrían generar un cambio en el futuro del diagnóstico temprano del CO.

Abreviaciones

CEC: Carcinoma Espinocelular

CO: Cáncer Oral

COF: Cáncer Orofaringeo

COUV: Clínicas de Odontología de la Universidad de Valparaíso

LPM: Lesiones Potencialmente Malignas

2.1 GENERALIDADES DEL CÁNCER ORAL

Cáncer

La palabra cáncer, es un término genérico que se emplea para designar a un grupo de entidades que difieren de forma variable en su histogénesis, morfología, evolución clínica y pronóstico. Se caracteriza por la alteración del equilibrio entre los mecanismos de proliferación, crecimiento y muerte celular; conduce al desarrollo de células con capacidad de invadir y destruir tejidos adyacentes, diseminarse a sitios distantes y producir metástasis ^(11,12).

Una de las características más comunes de los tumores cancerosos es su alta tasa de crecimiento; esto se debe a alteraciones genéticas que afectan el ciclo celular normal de la estirpe afectada. Se produce una pérdida de los mecanismos de control de crecimiento, proliferación y muerte celular. En consecuencia, las células tumorales acumulan mutaciones que pueden ser heredadas a sus clones, los cuales adquieren capacidad de invadir, destruir tejidos adyacentes y diseminarse a sitios distantes ⁽¹¹⁾.

En Chile, los tumores malignos son la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, con 24.592 fallecidos en 2013 (25,6% del total de muertes) y una tasa de 139 por 100.000 habitantes. Sin embargo, son la primera causa de carga de enfermedad, con el 13,8% del total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA) en el año 2013 ⁽¹³⁾.

En nuestro país, según las estimaciones realizadas en base a la información proveniente de los registros poblacionales de cáncer y mortalidad entre 2003 y 2007, la tasa de incidencia anual de cáncer fue de 216,9 por 100 mil habitantes, lo que equivale a aproximadamente 35.000 casos nuevos al año ⁽¹³⁾.

La acumulación de mutaciones da lugar a un conjunto de propiedades que se han denominado características distintivas del cáncer ^(12,14), las cuales son:

- 1) Autosuficiencia en las señales de crecimiento
- 2) Ausencia de respuesta a las señales inhibitoras del crecimiento
- 3) Evasión de la muerte celular
- 4) Potencial de replicación ilimitado
- 5) Desarrollo de angiogénesis
- 6) Capacidad de invadir tejidos
- 7) Reprogramación de las vías metabólicas
- 8) Capacidad de escapar al sistema inmunitario.

Las alteraciones genéticas que dan lugar a esas características distintivas de los cánceres son constantes; se mantienen y activan por el desarrollo de la inestabilidad genómica, lo que hace que la situación sea más compleja ⁽¹¹⁾.

El crecimiento de los cánceres se acompaña de infiltración progresiva, invasión y destrucción del tejido circundante, por lo que generalmente están mal delimitados respecto al tejido normal circundante y carecen de plano de clivaje bien definido. Existen sistemas para clasificar el avance y el estadio en el que se encuentra el tumor cancerígeno. El más comúnmente utilizado es el sistema TNM ^(15,16).

Sistema TNM:

- T: Se refiere al tamaño y extensión del tumor principal.
- N: Se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.
- M: Se refiere a si el cáncer ha hecho metástasis.

Dependiendo del avance y del crecimiento del tumor se puede graduar en las diferentes categorías

Tumor primario (T)

- TX: No puede medirse un tumor primario.
- T0: No puede encontrarse un tumor primario.
- T1, T2, T3, T4: Se refiere al tamaño y/o extensión del tumor principal. En cuanto más grande es el número después de la T, mayor es el tumor o tanto más ha crecido en los tejidos cercanos.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No puede medirse el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
- N0: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
- N1, N2, N3: Se refiere al número y ubicación de los ganglios linfáticos que tienen cáncer.

Metástasis a distancia (M)

- MX: No puede medirse la metástasis.
- M0: El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
- M1: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

También existe otra clasificación ampliamente utilizada en la literatura, aunque menos detallada: la clasificación por estadios (Tabla I) la cual utiliza números romanos del I al IV para clasificar la gravedad cáncer ⁽¹⁷⁾.

Estadio	Características
Estadio 0	Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado al tejido cercano. Se llama también carcinoma <i>in situ</i> , o CIS. El CIS no es cáncer, pero puede convertirse en uno.
Estadio I, II y III	Hay cáncer presente. En cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y tanto más se ha extendido hacia los tejidos cercanos.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo

Tabla I: Cuadro resumen de estadios del cáncer según gravedad.

Esta patología, supone un problema de salud a nivel mundial, siendo la segunda causa de muerte, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares⁽¹⁸⁾. No solo genera un gran impacto a nivel de salud pública, sino que también afecta al entorno de la persona, debido a la carga económica, emocional y psicológica, propias del padecimiento, tratamiento y resolución de la enfermedad ⁽¹⁹⁾.

Cáncer Oral

El 3% de todos los cánceres se localizan en la cavidad oral ⁽²⁰⁾. El CO posee un mal pronóstico y una elevada tasa de mortalidad debido a la intensa vascularización de la zona, lo que favorece la diseminación de las células afectadas⁽²¹⁾. Junto con esto, su escasa sintomatología y las características inespecíficas de sus lesiones en etapas iniciales, sumado al desconocimiento de la población produce que, en muchos casos, los pacientes acudan a consultar al especialista en etapas tardías ⁽²²⁾.

Su etiología es desconocida, aunque existen una serie de factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinogénicos dentro de los cuales, el consumo de tabaco y alcohol, se asocian fuertemente con su aparición ⁽²³⁾.

Dentro de los diferentes cánceres que podemos encontrar en la cavidad oral, el más frecuente es el CEC. Supone el 4% de todos los cánceres del organismo y el 90% de todos los cánceres de la cavidad oral ^(24,25).

La presentación de CO de manera secundaria a otro cáncer primario es inusual. De todas las neoplasias del organismo, sólo un 1% presenta metástasis en mucosa oral, de estos, el 90% es en huesos maxilares y el 10% en tejido blando. Cuando esto ocurre, los tumores primarios suelen localizarse en pulmón, riñón e hígado ⁽²⁰⁾.

Según la clasificación del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica, el CO afecta las siguientes estructuras anatómicas: labio, dos tercios de la parte anterior de la lengua, mucosa bucal, piso de boca, encía inferior, triángulo retromolar, encía superior y paladar duro y blando ⁽²⁶⁾.

El tratamiento sugerido para el CO es la cirugía y la radioterapia. Estas pueden administrarse solas o combinadas, dependiendo del estadio de la enfermedad ⁽²⁰⁾.

El diagnóstico temprano y su tratamiento, tiene como consecuencia una baja significativa en la morbilidad y mortalidad. La tasa de supervivencia a los cinco años del CO y faríngeo en estado avanzado es menor al 63% ⁽²⁷⁾.

Respecto al pronóstico, la tasa de curación de los cánceres de cavidad oral varía dependiendo de la fase y el lugar específico en el que se encuentren. Alrededor de un 70% de los pacientes con CEC son diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad (estadios III y IV), cuando el paciente ya presenta dolor e impotencia funcional ⁽²⁸⁾.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER ORAL

La incidencia del CO ha ido en aumento alrededor del mundo, especialmente en países desarrollados y en vías de desarrollo. Es más común en varones, en los estratos socioeconómicos bajos y en grupos étnicos minoritarios ^(18,29).

Este tipo de cáncer corresponde al 30% de todos los cánceres del tercio superior del cuerpo ⁽³⁰⁾. Es el sexto tipo de cáncer más común a nivel mundial y cada año se diagnostican 500.000 nuevos casos de CO y Cáncer Orofaríngeo (COF), registrándose casi 130.000 muertes al año ⁽³¹⁾.

La incidencia de este cáncer en el mundo para el 2012, fue de 4,0 casos nuevos por 100.000 habitantes: 5,5 casos nuevos por 100.000 hombres y 2,5 casos por cada 100.000 mujeres. La mortalidad corresponde, en hombres a 2,7 por cada 100.000 hombres y en mujeres a 1,2 por cada 100.000 mujeres ⁽²¹⁾.

Existe una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste Asiático y sobre todo en la India, donde el CO representa el 40% de todos los tumores malignos ⁽²⁰⁾.

En el Reino Unido, es un cáncer poco frecuente, siendo diagnosticados 4.660 nuevos casos durante el año 2003, representando el 1,6% de todos los nuevos casos de cáncer, superando en número al cáncer de cuello cérvico uterino, de ovario y leucemia. De acuerdo con la organización mundial de la salud (OMS), la tasa de pacientes que muere por un CO sin tratar es de 2 en 100.000, de los cuales el 90% a 95% son CEC ⁽²⁵⁾. En el 30% de los casos se presentó una metástasis regional ⁽³²⁾.

En Estados Unidos, se estiman 45.780 casos nuevos de CO y de faringe, correspondiendo al 2,8% del total de cánceres. Se estimaron 8.650 muertes por COF, correspondiendo al 1,5% del total de muertes por cáncer en ese país. La edad promedio de diagnóstico es a los 62 años ⁽²¹⁾.

En España, el CO constituye un 2,6 % de todos los tipos de tumores y su mortalidad es de 1,5 por cada 100.000 habitantes, cifra que se está acercando peligrosamente a la mortalidad del cáncer cérvico uterino (1,9 por cada 100.000 habitantes). La incidencia del cáncer en 2013, en ese país, fue de 6,7 por cada 100.000 habitantes (2,7 en mujeres y 11,0 en varones). Se observó que el riesgo de padecer CO aumenta con la edad y la mayoría de los casos ocurrieron en personas de 50 años en adelante, aunque, en estudios más recientes, también se observaron casos en adultos jóvenes ⁽¹⁸⁾.

En Latinoamérica, la situación no es muy distinta. Las incidencias más altas se reportan en Argentina, sur de Brasil y Uruguay ⁽²⁶⁾.

En Chile la incidencia estimada de cáncer de la cavidad oral y faringe fue de 3,2 casos nuevos por 100.000 hombres y de 1,2 casos nuevos por 100.000 mujeres ⁽²⁶⁾.

Riera y Martínez ⁽¹⁾ plantean que la morbilidad por COF corresponde a 1,6% del total de cánceres. La razón entre hombres y mujeres es de 2,3:1. La tasa bruta de morbilidad para el período de 1969-2002 aumentó en 79,9% anual. Afectó a 70% de los hombres y 30% de las mujeres estudiadas. En hombres, aumentó la morbilidad después de los 45 años para llegar a un máximo de casos entre los 55-64 años (34,2%), disminuyendo luego con la edad. En mujeres, observaron un aumento progresivo de morbilidad. El mayor número de casos fue para el grupo de 65-74 años (22,2%) habiendo una leve disminución en mayores de 75 años (21,1%).

Ramírez et al ⁽²⁾, reportaron que la tasa bruta por COF entre los años 2002-2010, fluctuó entre 1,11 a 1,25 por 100.000 habitantes, siendo más alta en hombres que en mujeres: 1,69 por 100.000 habitantes y 0,71 por 100.000 habitantes, respectivamente. Los sitios anatómicos más frecuentes en pacientes fallecidos por esta causa fueron: lengua (313 muertes), glándulas salivales (266) y orofaringe (303). Así también el grupo etario más afectado, fue el grupo de 55 y más años.

En Chile, la región de Antofagasta registró el mayor número de casos para hombres y mujeres, con 4,2 casos nuevos por 100.000 hombres y 2,6 casos nuevos por 100.000 mujeres. De acuerdo con la localización, el cáncer que presentó mayor frecuencia fue el de cavidad oral (encía, piso de boca, paladar) con 35 casos nuevos, seguido por el cáncer de lengua, con 20 casos nuevos, siendo el sexo masculino el más afectado ⁽³³⁾.

Candia et al ⁽³⁾ registra datos similares con respecto a la incidencia de COF en Chile para el periodo 2012; sin embargo, se aprecia que la tasa a nivel de país ha descendido levemente, para el periodo citado.

Para la V región, el total de fallecidos de las ciudades de Valparaíso-Viña del Mar ascendió a 51.034 para la década 2001 - 2010 de los cuales 10.313 (20,2%) fallecieron por cáncer. De estos, 145 (0,28% del total de fallecidos) murieron por COF, lo que representa el 1,4% de todos los cánceres. De estos pacientes, el 64,8% murió directamente por causa del COF, en el 35,2% restante, el cáncer está consignado como causa mediata pues mueren por estar asociados a otras complicaciones⁽³⁴⁾.

La media de la tasa de mortalidad específica para la década en estudio alcanzó los 2,6 por 100.000 habitantes, mostrando diferencias según género: los hombres tuvieron una tasa de 2,9 por 100.000 habitantes, en cambio, en mujeres se redujo a 2,2 por 100.000 habitantes. Se presentaron 81 casos entre los hombres y 64 casos entre las mujeres dando una razón de 1,3 hombres por 1 mujer⁽³⁴⁾.

En la Tabla II se observa el comportamiento de las tasas de mortalidad específicas de COF por año⁽³⁴⁾.

Año	Frecuencia		Total Casos CBF	Tasa por sexo		Tasa Específica
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
2001	8	4	12	2,89	1,37	2,11
2002	8	4	12	2,89	1,37	2,11
2003	7	5	12	2,53	1,71	2,11
2004	19	6	26	6,86	2,05	4,56
2005	10	4	13	3,61	1,37	2,28
2006	4	6	10	1,44	2,06	1,76
2007	5	17	22	1,81	5,84	3,88
2008	8	5	13	2,90	1,72	2,30
2009	9	6	15	3,27	2,07	2,65
2010	3	7	10	1,09	2,42	1,77
Total	81	64	145	2,93	2,20	2,55

Tabla II: Tasa de mortalidad general y por sexo de COF, periodo 2001-2010. Fusión de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

La distribución del COF según ubicación anatómica se observa en la Figura N°1, ordenados según frecuencia y porcentaje de participación en el total. La razón hombre:mujer para las diferentes localizaciones fueron Orofaringe 1,4:1, Glándulas Salivales 0,8:1, Lengua 1,8: 1, Piel 1,7:1, Seno Maxilar 0,8: 1, Huesos maxilares 1:1, Nasofaringe 0,6:1, Piso de Boca 4:1, Paladar 4:1 y Labios 3:1, con un solo caso para las mujeres en cada uno de los tres últimos sitios anatómicos ⁽³⁴⁾.

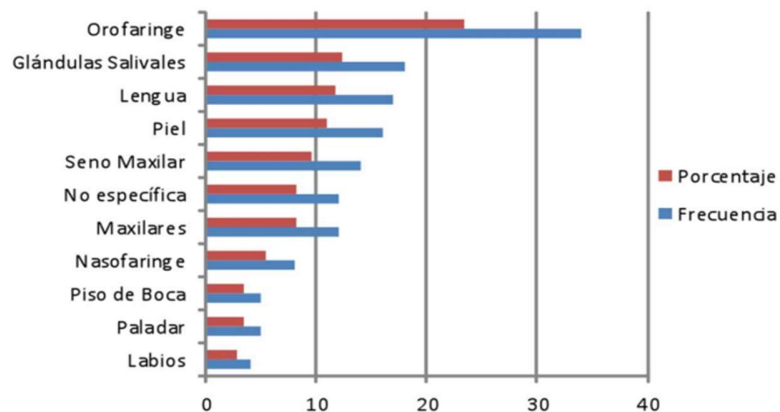


Figura N°1: Distribución del COF por ubicación anatómica, expresado en frecuencia y porcentaje.

Existe un aumento de la tasa de mortalidad por COF en las ciudades de urbanización Valparaíso-Viña del Mar respecto a lo informado en el pasado para el país, lo que podría estar demostrando un cambio de tendencia fundado en los cambios ambientales y conductuales de la población. El COF afecta más a la tercera edad, es más frecuente en hombres, pero la razón hombre:mujer se está acercando. Sus localizaciones principales son lengua, glándulas salivales y orofaringe, siendo CEC el diagnóstico histológico más común ⁽³⁴⁾.

Según una investigación realizada por el Instituto Nacional del Cáncer ⁽³⁵⁾, se encontró que la sobrevida a los 5 años fue de 56,9% y a 10 años de 46,3%. La sobrevida por estadios fue a 5 y 10 años de 85,7% para el estadio I, 67% a 5 años y 55,8% a 10 años para el estadio II, 52% a 5 años y 34,7% a 10 años estadio III y 50,6% a 5 años y 42,3% a 10 años estadio IV.

La sobrevida a 5 años de tumores T1 fue de 87,5%, 69,4% para el T2, 34,54% para el T3 y 53,26% para el T4. La sobrevida a 5 años de los pacientes según el estado de linfonodos cervicales fue: N0 64,4%, N1 46,2%, N2 41,7% y N3 42,8%. La principal ubicación del tumor primario de este grupo de pacientes fue la lengua, con 40,1% (55 pacientes) y el tipo histológico característico fue el de carcinoma epidermoide: 116 (84,7%)⁽³⁴⁾.

2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CÁNCER ORAL

El tipo de CO más frecuente es el CEC, para su desarrollo puede seguir uno de estos dos caminos:

- “De Novo”: Desarrollarse directamente a partir de mucosa sana.
- Secuencial: Desde una Lesión Potencialmente Maligna (LPM) a carcinoma.

La sintomatología de lesiones producidas por CO puede ser variada. Se pueden presentar signos inespecíficos en boca, úlceras pequeñas poco perceptibles con

pocas molestias locales, de evolución crónica, con eritema perilesional y falta de queratinización o con bordes indurados por infiltración inflamatoria. Al desplazarse, se observa que la úlcera está adherida a planos profundos, las cuales generan molestias sólo cuando infiltran tejidos adyacentes.

En el examen de cuello, se pueden palpar adenopatías en las regiones de drenaje de las zonas afectadas, correspondiendo el 90% a la región yugulodigástrica. Los ganglios son indurados, mayores a 2 cm, adheridos a planos profundos, no dolorosos y generalmente únicos. En ocasiones los pacientes con cuadros avanzados pueden referir otalgia intensa ⁽³⁰⁾.

2.3.1 Lesiones Potencialmente Malignas

Las LPM se definen como un tejido morfológicamente alterado en el cual la aparición de cáncer es más probable que en su homólogo normal. Una condición precancerosa es un estado sistémico generalizado que predispone a un riesgo mayor de padecer cáncer. El potencial de malignización viene determinado por la presencia de displasia epitelial, entendiéndose por ésta la combinación variable de una serie de fenómenos microscópicos indicativos de un desorden de la maduración epitelial y una alteración de la proliferación celular ⁽²⁰⁾.

Dentro de éstas, las más comunes son la leucoplasia, eritroplasia y quelitis actínica.

Leucoplasia: Según la OMS, la leucoplasia es “una mancha o placa blanca que no puede caracterizarse como otra entidad clínica ni patológica” ^(18,36,37). Aparece después de los 40 años en adelante y está relacionada con el tabaco, alcohol o VPH ⁽³⁷⁾, aunque también puede ser idiopática.

Las principales localizaciones son la lengua y la mucosa yugal. Se clasifica clínicamente como leucoplasia homogénea o no homogénea ⁽³⁹⁾. La leucoplasia homogénea tiende a ser lisa, delgada, uniforme, a menudo presenta fisuras superficiales; la leucoplasia no homogénea tiende a presentar superficie irregular y grosor variable ^(16,40).

Eritroplasia: Clínicamente, aparece como “una mácula roja o en forma de placa aterciopelada que no puede caracterizarse como otra entidad clínica ni patológica”^(36,37).

Se ve, con mayor frecuencia, en varones adultos de mayor edad y generalmente es asintomática ⁽⁴¹⁾. Histológicamente, en la mayoría de los casos se trata de un "carcinoma in situ" o invasivo ^(41,42) y hasta un 85% más de displasias severas que en la leucoplasia. A pesar de que esta última es más frecuente, puede transformarse en maligna en un 3-33% en diez años ^(43,44).

Los sitios anatómicos más afectados son el piso de boca y el área retromolar; los principales factores etiológicos son el tabaco y alcohol. Es considerada la lesión de mayor potencial de transformación maligna ^(6,15,45).

Queilitis actínica: Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino ^(36,37). El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia y estudio histopatológico, donde se observan cambios en la estructura del epitelio, variación en los grados de queratinización, atipia celular y aumento de la actividad mitótica; presenta progresión hacia carcinoma⁽¹⁶⁾. Se presenta, principalmente, en el labio inferior.

Las manifestaciones tempranas de CO y LPM y las son asintomáticas. Es por esto que el profesional de la salud debe estar capacitado y entrenado para identificar cambios en la mucosa oral asociados a CO a fin de iniciar los procedimientos necesarios de manera oportuna ⁽⁴⁶⁾.

2.4 FACTORES DE RIESGO

El CO es una enfermedad multifactorial. Si bien se conocen los mecanismos mediante los cuales la enfermedad llega a manifestarse, no se reconoce un único factor desencadenante de ésta, sino que hay una serie de factores de riesgo que juegan un rol importante en su aparición.

Entre estos factores, encontramos el consumo de tabaco, alcohol, infecciones, inmunosupresión, factores genéticos, culturales, socioeconómicos, dietéticos, exposición a radiación UV, entre otros. Dentro de éstos, los 2 primeros son los que están más fuertemente asociados e incluso han sido señalados como los factores etiológicos principales en aproximadamente el 90% de los casos de CO, con el aumento del riesgo de manera significativa si éstos se presentan juntos ⁽⁴⁶⁾ ya que parecen ejercer un efecto sinérgico ⁽⁴⁷⁾ pudiendo aumentar entre 3 - 50% la posibilidad de padecerlo, especialmente en mujeres y pacientes jóvenes ⁽⁴⁸⁾.

2.4.1 Tabaco

El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de enfermedad periodontal, lesiones premalignas y CO, en especial de su presentación más común: el CEC. El riesgo relativo de padecer CO aumenta entre 10 y 15 veces en fumadores ⁽⁴⁹⁾; 8 de cada 10 pacientes con CO son fumadores de tabaco en sus diversas formas: cigarrillos, puros, tabaco de mascar y tabaco en pipa ⁽²⁰⁾.

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2016-2017⁽⁵⁰⁾, un 33,3% de la población chilena es fumadora. La relación entre tabaco, alcohol y CO ha incrementado la tasa de mortalidad.

El número de cigarrillos diarios fumados en la población, en términos de media, fue de 10,4 (IC 95% 9,3-11,6), con medias similares entre hombres y mujeres: 11,7 (IC 95% 9,8-13,6) y de 8,9 (IC 95% 7,8-9,9) ⁽⁵⁰⁾.

Los componentes más carcinogénicos del tabaco son la N-nitroso-nor-nicotina, hidrocarburos aromáticos polinucleares y el polonium, siendo perjudiciales localmente y favoreciendo la absorción de sustancias carcinógenas ⁽²⁰⁾.

Hay una multitud de estudios transversales en los que se ha visto la asociación entre el tabaco y la aparición del CO, no obstante, los estudios más valiosos son los que examinan longitudinalmente el efecto del tabaco. Entre estos, destaca uno a 10 años realizado en una población de la India publicado por Gupta y cols. en 1980 ⁽⁵¹⁾, donde analizaron la historia natural de las lesiones precancerosas en relación con el consumo de tabaco y confirmaron el papel del tabaco como factor de riesgo para la malignización de las lesiones orales. Estos autores observaron una incidencia mayor y una evolución más agresiva en aquellas personas con hábito de fumar el cigarrillo al revés ⁽⁵¹⁾.

2.4.2 Alcohol

El consumo de alcohol es un factor asociado como causa para más de 200 enfermedades. A nivel mundial se estima que entre un 4% y un 25% de la carga de enfermedad por cáncer es atribuible al consumo de alcohol. Ha sido identificado como factor de riesgo para los cánceres de la cavidad oral, nasofaringe, laringe, esófago, colon, recto, hígado y mama. También se ha encontrado evidencia que lo asocia a cáncer de páncreas ^(52,53).

Existe una relación dosis-respuesta, es decir, para todas las formas de cáncer atribuibles al alcohol, a mayor consumo de alcohol, mayor es el riesgo de desarrollo de cáncer. El riesgo se ha observado a dosis muy bajas de alcohol; consumos tan bajos como un trago al día, incrementan significativamente el riesgo de algunas formas de cáncer, como el cáncer mamario en mujeres ^(52,54).

Según lo señalado en ciertos estudios, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco. Entre las lesiones orales ocasionadas por el alcohol se encuentran el desprendimiento del epitelio, ulceraciones en la mucosa, gingivitis, petequias y lesiones blancas ⁽²⁰⁾.

Chile es el país de América Latina con la tasa más alta de consumo de alcohol anual per cápita, con 9,6 litros al año. Según el Estudio Nacional de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible a Factores de Riesgo en Chile, el consumo de alcohol es la primera causa de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA). Asimismo, el estudio señala que una disminución de un 20% en el consumo promedio nacional podría evitar más de 1.300 muertes anuales.

El 11% de la población chilena presenta un consumo de alcohol riesgoso (o superior; según la escala AUDIT3), 19,7% en los hombres y 2,5% en las mujeres ⁽⁵⁵⁾.

El patrón de consumo de alcohol de la población chilena es predominantemente excesivo y episódico: se concentra en 1,6 días a la semana, contiene una alta cantidad de alcohol (15 gramos) y el día de mayor consumo, es de 4 tragos en hombres y 3 en mujeres, superior a lo considerado de bajo riesgo ⁽¹³⁾.

2.4.3 Agentes infecciosos

Recientemente se ha relacionado a las infecciones como posibles agentes carcinogénicos. En algunos casos se ha reportado que la infección por parte de algunos virus, hongos y bacterias podrían favorecer la aparición de la enfermedad (56-58).

En relación con las infecciones virales, el virus del papiloma humano, Epstein-Barr y virus de inmunodeficiencia humana, entre otros, tienen la capacidad de producir inestabilidad genética, generando la aparición de lesiones que pueden transformarse en futuras neoplasias malignas como el cáncer oral y específicamente carcinoma espino celular (59).

Los procesos de carcinogénesis asociados a infecciones virales se explican por la acción de genes supresores de tumores como el p53 y el pRB, que inducen la proliferación celular e inhiben la apoptosis (60). El genotipo del virus papiloma humano encontrado con mayor frecuencia en el CEC en la cavidad oral en todo el mundo, es el HPV-16 (61-63).

Respecto a las infecciones bacterianas, se ha visto relación con sífilis y glositis sífilítica, pero más bien debido a los fármacos empleados en el tratamiento de estas entidades como las sales de arsénico u otros metales pesados.

En relación a las infecciones micóticas, no está claro si las candidas son elementos sobreinfectantes de la lesión o agentes específicos productores de la misma (20).

2.4.4 Factores genéticos

La inestabilidad genética tiene un papel significativo en la etiología del CO, especialmente en no fumadores ni bebedores y en adultos jóvenes (64).

Es incuestionable el papel de los genes en la aparición y desarrollo del CO, aunque la compleja interacción entre los genes y los factores ambientales dificulta el estudio preciso de estos factores de riesgo de carácter genético (11).

Los mecanismos genéticos básicos en el cáncer son la sobreexpresión de los oncogenes y el silenciamiento de los genes supresores de tumores. El gen más importante, el p16, actúa como control del crecimiento celular. Otro es el gen p53, que interviene en la eliminación de las células malignas por apoptosis o muerte celular programada (65,66).

Por su parte, los genes supresores de tumores funcionan en el control del crecimiento celular a través de la regulación del ciclo celular, la apoptosis, adhesión celular y reparación del ADN. Un oncogén sobreexpresado en el cáncer, es el gen del receptor del factor de crecimiento epidérmico (39). Otros genes identificados en el cáncer de la cavidad bucal son TP53 y p14 (65).

En Chile, un estudio realizado por Cordero y colaboradores ⁽⁶⁷⁾, donde analizaron a 48 pacientes con CO y 124 pacientes sanos, se observó que la frecuencia de alelos variantes de CYP1A1 y GSTM1 fueron de 0,25 y 0,9 respectivamente en pacientes sanos y de 0,33 y 0,50 en pacientes con CO. En otras palabras, la frecuencia del genotipo GSTM1 y CYP1A1 fueron mayores en pacientes con CO en comparación a los controles. En este estudio, se sugiere que la supresión del gen GSTM1 causa pérdida en la desintoxicación de cancerígenos, resultando en una mayor susceptibilidad de CO inducido por el tabaco.

2.4.5 Factor cultural

Existen factores de riesgo que están relacionados con costumbres, hábitos y tradiciones del lugar de residencia. Se ha reportado una alta tasa de incidencia de CO en países orientales, especialmente en los que se encuentran en la región de la India y sus cercanías. Esto se explica por los hábitos alimenticios y algunas conductas propias de ellos, como el mascar nuez de betel y fumar cigarrillo al revés, entre otras⁽⁴⁹⁾.

2.4.6 Dieta

La mala alimentación también es un factor de riesgo para el desarrollo de CO. Algunos nutrientes, preparaciones y hábitos alimenticios pueden jugar un papel importante en el inicio y mantención de la enfermedad.

Es bien sabido que la dieta está asociada al desarrollo de muchas enfermedades, así como también con el CO ⁽⁶⁸⁾. Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición del cáncer de la cavidad bucal. La condición nutricional más importante asociada a este tipo de cáncer es la anemia ferropénica. El déficit de hierro produce atrofia de la mucosa que, asociada a otros factores de riesgo, puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la capacidad de reparación del epitelio ⁽⁶⁹⁾.

También la deficiencia nutricional de hierro se acompaña de deficiencias de micronutrientes que favorecen la carcinogénesis bucal.

Pacientes con déficit de vitamina A se consideran de alto riesgo para transformación maligna de la mucosa de cavidad bucal. El papel de la vitamina A es controlar la diferenciación celular y su deficiencia nutricional desencadena alteraciones celulares similares a las inducidas por carcinógenos químicos ⁽⁷⁰⁾.

Las frutas y verduras son ricas en micronutrientes y tienen un efecto antioxidante y protector frente al CO. Un reciente meta análisis indicó que el consumo de hasta 800 gramos de frutas y verduras redujo un 13% el riesgo de cáncer. Por otro lado, estos alimentos aportan fibra, que al fermentarse reduce el tiempo de tránsito intestinal, disminuyen el pH intraluminal y producen ácidos grasos de cadena corta que actúan como potenciales anticarcinogénicos⁽⁷¹⁾.

Además, existen frutas como el tomate, que contienen licopeno. Sustancia que es liberada tras la cocción de éste y que actuaría como antioxidante ⁽⁷²⁾.

El consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes favorece el desarrollo de CO, ya que desprenden sustancias carcinógenas, como las aminas heterocíclicas.

2.4.7 Nivel socioeconómico

Se ha demostrado que la clase social juega un papel importante en la incidencia, acceso a tratamiento y mortalidad por cáncer.

El CO aparece con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos y en grupos con menor formación académica. Se ha encontrado una relación entre la cantidad y calidad de conocimiento y percepción que se tiene en cuanto a esta patología, la disminución en su prevalencia y aumento de supervivencia luego de recibir tratamiento oportuno. Los pacientes de nivel socioeconómico bajo tienen una mayor dificultad para acceder a los centros de salud para atención del cáncer ⁽⁷³⁾.

Según estudios en Chile, la población de menor nivel socioeconómico tiene mayor mortalidad por cáncer respecto a personas de mayor nivel socioeconómico, independiente del sexo ⁽¹³⁾.

Generalmente, un nivel socioeconómico bajo está asociado a una menor oportunidad de recibir información y atención necesaria en cuanto a salud; mientras que un nivel socioeconómico alto está asociado con un mayor nivel de conocimiento en cuanto a la enfermedad, sus factores de riesgo y el tratamiento de este.

Asimismo, se ha podido constatar una prevalencia del cáncer oral en trabajadores de la rama textil, comerciantes de alcohol, trabajadores de imprentas, manipuladores de material fosforescente para la fabricación de relojes, en las clases sociales más desfavorecidas y en sujetos divorciados, debido a problemas de malnutrición ⁽⁴⁴⁾.

2.4.8 Radiación Ultravioleta

La sobreexposición a la radiación ultravioleta (UV) del sol es un factor de riesgo conocido para muchos tipos de cáncer, en especial para el cáncer de piel. Dentro de esta categoría podemos encontrar: carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas y el melanoma.

A nivel oral, el cáncer de labio es más frecuente en personas de piel blanca expuestas a los rayos solares. En personas predispuestas, el sol puede provocar queilitis exfoliativa o queratosis solar en los labios, especialmente labio inferior. La mayoría de estos carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y, dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico ⁽⁷⁴⁾.

Las revisiones de las medidas de prevención de la radiación solar muestran que lo más efectivo es evitar la exposición al sol, es decir, mantenerse a la sombra, usar ropa adecuada, sombrero, anteojos de sol y bloqueador solar de manera adecuada con factor mayor a 15, cada dos horas ^(75,76).

Las personas cuyas ocupaciones les exigen estar expuestos al sol por un tiempo prolongado son un grupo de riesgo en el que se deben enfocar las estrategias preventivas para así disminuir el efecto negativo que podrían presentar por la sobreexposición a radiación UV.

2.5 MEDICIÓN DE PERCEPCIÓN

Al realizar una revisión de la literatura en cuanto al CO, encontramos que uno de los factores que más afecta el padecimiento y desarrollo de la enfermedad tiene que ver con el desconocimiento de la población en cuanto a dos aspectos de la patología: sus factores de riesgo y sus manifestaciones tempranas ⁽⁷⁷⁾.

En nuestra área, una manera de obtener información sobre la opinión y grado de percepción respecto a un tema es mediante encuestas en salud. Mediante éstas, podemos individualizar a la población en estudio, tanto en características demográficas, como también pesquisar hábitos y conductas de riesgo asociadas a una determinada enfermedad ⁽⁷⁸⁾.

Las encuestas son un instrumento importante para recolectar información directamente de la población, permitiendo conocer necesidades que no son percibidas y, por lo tanto, no se transforman en demanda, proporcionando estimaciones del número de personas en riesgo de padecer una enfermedad determinada ⁽²²⁾.

Mediante estas encuestas, es posible pesquisar a los grupos más vulnerables y con menos factores protectores, lo que resulta de vital importancia para enfocar y realizar campañas de educación y prevención en ellos ⁽⁷⁹⁾.

2.6 PERCEPCIÓN SOBRE CÁNCER ORAL

La percepción en cuanto a la enfermedad puede jugar un rol importante en la incidencia, morbilidad y mortalidad del CO. Se ha comprobado que, a mayor conocimiento, tanto de la población como del equipo profesional, mejoran los resultados esperados ⁽⁸⁰⁾.

Es importante destacar que esto depende de varios actores, los cuales analizaremos a continuación: odontólogos, pacientes y estudiantes de odontología.

2.6.1 En Odontólogos

Debido a que el CO ha ido en aumento, las nuevas generaciones de profesionales están cada vez más informadas sobre esta enfermedad. En la medida en que se

transforma en un problema de salud pública, se tienden a realizar campañas de sensibilización a nivel profesional y comunitario. Sin embargo, a pesar de lo esperado, los estudios muestran algunas falencias a nivel de la adquisición del conocimiento en cuanto al tema ⁽⁸¹⁾.

Un estudio realizado en Australia encontró que solo un 25% de los odontólogos reconocieron estar capacitados para realizar un correcto examen en busca de signos de CO en los pacientes que atendían en los diversos servicios ⁽⁸²⁾.

La literatura también señala que los niveles más altos de conocimiento en cuanto a cáncer oral fueron encontrados en los odontólogos más jóvenes, es decir, con menos de 5 años de experiencia laboral, mientras que los niveles más bajos de conocimiento fueron encontrados aquellos con más de 20 años de experiencia laboral ⁽⁸³⁾.

Es por esto por lo que la capacitación continua en cuanto a la identificación de lesiones precancerosas y diferenciación entre lesiones reactivas y cancerosas es muy importante para que el profesional juegue un rol activo en la educación, prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad.

2.6.2 En Pacientes

Sin lugar a dudas, este es el grupo que se ve más afectado por la desinformación sobre CO, lo cual se evidencia no solo en el desconocimiento de la existencia de la enfermedad, sino que también en la adecuada búsqueda de ayuda profesional.

Los pacientes de alto riesgo para CO tienden a ser vistos por el médico general ⁽⁸⁴⁾ más que por el odontólogo. Esto, debido a que no existe una clara información que lo oriente hacia la consulta de un especialista competente en el área. A esta situación se suma su escaso conocimiento en torno a la normalidad y anormalidad de la mucosa oral ⁽²²⁾.

Si bien, se espera que el conocimiento sea similar por parte de médicos generales y odontólogos, son estos últimos quienes están mejor capacitados para realizar un examen exhaustivo de la cavidad oral lo cual puede influir, en algunos casos, que lesiones precancerosas o estados iniciales de CO no sean diagnosticados en forma oportuna.

En cuanto al conocimiento de la enfermedad propiamente tal, la literatura muestra que el mayor nivel de conocimiento fue encontrado entre los grupos más jóvenes (20-39 años) mientras que el más bajo fue entre los participantes sobre los 60 años. En cuanto a la percepción sobre el CO, se ha visto una relación directa asociada al nivel de educación en la población ⁽⁸²⁾.

Respecto al conocimiento y percepción de la enfermedad, se encuentra que un gran porcentaje de la población logra identificar al tabaquismo como un factor de riesgo para esta, debido a que el tabaco se ha relacionado como factor de riesgo para diversas enfermedades y cánceres, por lo que existe un conocimiento generalizado,

fomentado por las campañas de prevención que apuntan a disminuir el consumo de éste. Sin embargo, la percepción y nivel de conocimiento en cuanto a otros factores de riesgo, tales como el alcoholismo, edad avanzada e infección por el virus papiloma humano, reportan una proporción relativamente baja ⁽⁸⁵⁾.

El conocimiento y percepción sobre las manifestaciones clínicas del CO también se puede catalogar como deficiente. Un estudio realizado en Australia mostró que más de la mitad (52.3%) de los participantes estaban al tanto de la existencia del CO, sin embargo, el conocimiento de las lesiones potencialmente malignas era bajo (19%) ⁽⁸²⁾.

La desinformación presente en la población general en cuanto a las lesiones de la mucosa oral ha interferido en la adecuada valoración de estas lesiones y, por lo tanto, la toma de medidas personales para el autocuidado. Es más, los propios profesionales relacionados al área se ven superados al momento de diagnosticar, no sólo por la complejidad del diagnóstico clínico, sino también por la consulta tardía de las personas afectadas ⁽²²⁾.

Ariyawardana y Vitanarachi, en el año 2005 ⁽⁸⁶⁾, realizaron un estudio en la población que acudía al hospital donde realizaron su investigación y encontraron que más del 90% de los participantes estaban al tanto de la existencia del CO, pero la proporción que tenía noción sobre las lesiones potencialmente malignas fue de un 45%. La alta prevalencia de CO en esa población y las campañas de educación respecto a esa enfermedad, incluyendo elementos educativos como posters y folletos informativos en hospitales públicos donde la población general tiene acceso, pudo influir para este gran nivel de conocimiento en la población ⁽⁸²⁾. Resultados similares se encontraron en India ⁽⁸⁷⁾. Los participantes con un mayor nivel de educación presentaron un mayor conocimiento sobre el CO, destacando el impacto de la educación en salud ^(87,88).

El nivel educacional es el factor sociodemográfico más importante en relación al conocimiento y percepción de los factores de riesgo por parte de los pacientes. Aquellos que han completado sus estudios secundarios y tienen estudios superiores o mayores, muestran un mayor conocimiento de la enfermedad, factores de riesgo y sus presentaciones preliminares, como las lesiones potencialmente malignas ⁽⁸²⁾.

Es de suma importancia reconocer esto, ya que la falta de concientización sobre los factores de riesgo y lesiones iniciales por parte de la comunidad, hacen el trabajo aún más difícil para el prestador de salud ⁽³²⁾.

Aproximadamente el 30% de los pacientes esperan más de tres meses antes de consultar a un profesional acerca de signos de CO ⁽⁸⁹⁾. Se ha observado que esta consulta tardía está influenciada por el proceso de interpretación de síntomas, tiempo de respuesta y dificultades para buscar ayuda ⁽⁹⁰⁾. Sin embargo, la falta de conocimiento y la confusión en la identificación de síntomas, es lo que ha sido señalado como la razón principal para la consulta tardía ⁽⁴⁷⁾.

Debido a todo esto es que el aumentar la conciencia y educar al público sobre los signos tempranos del cáncer, debería permitir que ellos acudan a consultar en etapas tempranas, obteniendo una mejor tasa de supervivencia ⁽⁴⁹⁾.

2.6.3 En Estudiantes de Odontología de Pregrado

Si bien los estudiantes de pregrado de odontología se encuentran en etapa formativa, es importante establecer el grado de conocimiento en cuanto a CO, lesiones precancerosas y prevención de la enfermedad dado que, en el transcurso de su formación, toman contacto con pacientes, siendo muchos de ellos pertenecientes al grupo de mayor riesgo.

En general, el resto de las carreras del área de la salud también se ven enfrentadas al contacto con los pacientes, como los estudiantes de medicina. Es importante consignar esto, debido a que los pacientes de alto riesgo son más factibles de ser atendidos por parte de estudiantes de medicina por sobre los de odontología. No obstante, sólo un 60% de los estudiantes de medicina realizan un examen rutinario de la mucosa oral, en contraste con el 96% de los estudiantes de odontología que sí lo realizan de manera sistemática ⁽⁴⁶⁾.

En cuanto a la identificación de los factores de riesgo, se encuentra que la tendencia a identificar el tabaco como el principal factor de riesgo se mantiene, tal como lo manifestado en la literatura por los pacientes. La diferencia radica en que, los estudiantes, también identifican como un factor de riesgo importante la mala higiene oral. Sin embargo, estudios señalan que los alumnos no suelen identificar el alcohol como un factor de riesgo importante de la enfermedad. Lo mismo ocurre con otros factores de riesgo como la inmunosupresión, infecciones virales y riesgos ocupacionales, entre otros ^(46,48).

Es importante hacer hincapié en la etapa formativa de pregrado sobre el conocimiento del CO a fin de que, en un futuro, podamos contar con profesionales capaces de educar a la población y detectar precozmente lesiones que pudiesen evolucionar hacia la enfermedad.

2.7 PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER ORAL

Debido a que el CO se ha convertido en un problema de salud pública las consecuencias, tanto a nivel individual como colectivas son variadas; desde el punto de vista del paciente pasan desde el aspecto económico (debido a la extensa duración del tratamiento y su costo elevado), físico, psicológico y emocional. También a nivel de comunidad y políticas de estado, implican un gasto importante de recursos en salud.

Para bajar su incidencia, es necesario que se inviertan recursos, tanto en educación y prevención, como en campañas para realizar exámenes de la cavidad oral, ya que la detección temprana de lesiones potencialmente malignas y CO, mejora considerablemente el pronóstico de la enfermedad, reduciendo así las tasas de

morbilidad y mortalidad ⁽⁴⁶⁾, así como los efectos secundarios al tratamiento e incluso disminuyendo el costo asociado en salud pública ⁽⁸²⁾. Los profesionales médicos y odontólogos tienen la misma responsabilidad en la prevención y detección de cambios en la mucosa oral en etapas tempranas.

La demora en el diagnóstico de CO ha sido asociada a factores compartidos entre el profesional de la salud el paciente ⁽⁹¹⁾. La literatura publicada, demuestra una fuerte asociación entre la falta de conocimiento y entendimiento del CO en la demora de la consulta ⁽⁹²⁾.

La falta de conocimiento por parte de la población y la naturaleza asintomática de las lesiones tempranas de la enfermedad impiden que el paciente busque ayuda en etapas iniciales de la enfermedad ⁽⁸⁹⁾.

La probabilidad de que un paciente se presente tardíamente para consultar en una etapa avanzada de la enfermedad es de un 30% debido a la demora en el diagnóstico ⁽⁹³⁾. La importancia del autoexamen de la mucosa oral ha sido señalada como un método efectivo para detectar signos en la etapa asintomática de la enfermedad ⁽⁹⁴⁾. Para un efectivo autoexamen de la mucosa oral uno debiera estar al tanto en cuanto a los signos del cáncer oral.

Es deber de los prestadores de salud el llenar el vacío de conocimiento al educar a sus pacientes en cuanto al CO si estos observan que presentan un mayor riesgo para desarrollar la enfermedad.

Informar a los pacientes de alto riesgo que se les está examinando para encontrar signos tempranos de la enfermedad durante el examen de rutina puede significar una excelente oportunidad para brindar información acerca de la existencia del CO y aconsejar sobre la prevención y su detección temprana.

La mayoría de las consecuencias del CO pueden ser prevenidas al abstenerse de la exposición a los factores de riesgo ^(88,95). Por lo tanto, la prevención debiera ser la primera herramienta en cualquier programa de intervención.

Según la literatura, la educación de la población es la medida más eficaz para la prevención de cáncer. El nivel de conocimiento y percepción de la comunidad es un factor predictor de la prevalencia de éste en la población. Un mayor conocimiento en cuanto al CO se encontró en las comunidades con mayor acceso a materiales de campañas preventivas ⁽⁹⁶⁾.

El resultado esperado de la campaña de educación debiera ser la menor exposición a factores de riesgo y el inicio de conductas protectoras por parte de la comunidad intervenida. Especial énfasis debiera hacerse en la disminución del consumo de tabaco y alcohol, ya que tres de cada cuatro CO pueden ser prevenidos eliminando el consumo de ellos, reduciendo al mismo tiempo el riesgo de padecer tumores secundarios ⁽³⁰⁾.

Otros hábitos deseables de adquirir por parte de la población es el aumento del consumo de frutas y verduras. Una dieta deficiente en antioxidantes es un factor que predispone al desarrollo de cáncer y LPM ⁽³⁰⁾.

2.8 CAMPAÑAS PREVENTIVAS

Las campañas de prevención son un sistema eficaz para disminuir la mortalidad y morbilidad al buscar medidas que ayuden a impedir la enfermedad. En el caso del CO, la mejor manera de poder mejorar estos indicadores es mediante la educación en cuanto a los factores de riesgo de la enfermedad, mediante campañas que ayuden a la población a conocer sobre la etiología y el curso de la enfermedad. También estas campañas deben hacer énfasis en la importancia de una visita periódica al odontólogo, ayudando a que se llegue a un diagnóstico temprano en caso de que la patología esté presente.

Debido al importante aumento del cáncer que se venía observando desde la década de los 60 en Chile, en 1986 se formó Comisión Nacional del Cáncer y un año más tarde se creó la Unidad de Cáncer en el Ministerio de Salud. Llegada la década del 90, los esfuerzos se focalizaron en fortalecer los programas existentes con la incorporación progresiva de la cobertura financiera de algunas prestaciones oncológicas ⁽⁵⁰⁾.

Los medios de comunicación masiva son la fuente más común de información para los pacientes. En Chile se han realizado campañas para la prevención del cáncer, destacando la campaña “Saca la lengua”, cuyo objetivo es crear conciencia en la población, considerando como factores principales de riesgo el consumo de tabaco y alcohol en el desarrollo del CO, también llama a incentivar el autoexamen oral, que las personas sepan reconocer lesiones sospechosas, permitiendo así el diagnóstico temprano, mejorando el pronóstico de esta enfermedad, también incentivar a la visita oportuna al odontólogo, profesional capacitado para la orientación en el diagnóstico ⁽⁹⁷⁾.

Otra de las campañas más conocidas es en cuanto al consumo de tabaco. La ley N.º 19.419 establece que las cajetillas de cigarro deben contener imágenes de la manifestación y secuelas de la enfermedad. La gran mayoría de los consumidores de tabaco conocen, en alguna medida, la manifestación oral del cáncer por medio de esta vía. Sin embargo, existe una sensación general en la población de que este tipo de campañas son insuficientes para lograr un real impacto en cuanto a la exposición y consumo de tabaco ⁽⁹⁸⁾.

Algunas otras políticas impulsadas en Chile en esta materia son: Plan MPOWER de la OMS, a través Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Adultos (GATS) y la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes (EMTJ) ⁽⁹⁹⁾, aumento de los impuestos al tabaco, campañas poblacionales focalizadas principalmente, favorecer la capacitación en consejería antitabaco a los funcionarios de salud facilitando el acceso y disponibilidad de los cursos, entre otras ⁽³³⁾.

Si bien el CO es una patología de origen multifactorial, puede ser altamente prevenible a través de la educación de la población, en especial respecto a factores de riesgo y estilos de vida saludable.

Existen pocos estudios acerca de la percepción sobre CO en Chile, además, no se ha indagado sobre la noción de los factores de riesgo. Es importante estudiar la percepción sobre cáncer oral, especialmente en adultos, debido a que son el grupo más propenso a padecer la enfermedad y porque éste podría contribuir a un mayor cuidado respecto a los factores de riesgo, una consulta temprana y una detección precoz del cáncer, mejorando el pronóstico, expectativas de vida y disminuyendo la incidencia de esta patología.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción sobre Cáncer Oral que presenta la población de pacientes adultos que acuden a la Clínica de Odontología de la Universidad de Valparaíso (COUV)?

4. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la percepción sobre Cáncer oral y Factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019.

Objetivos Específicos

Describir a la población estudiada en relación a: edad, género, etnia, estado civil, nivel educacional, ocupación, consumo de tabaco y alcohol.

Identificar cuándo fue la última visita al odontólogo, motivo y última visita médico general por parte de los pacientes.

Identificar frecuencia de autoexamen oral, relacionar tipo de lesión con profesional a acudir en caso de presentarla y percepción sobre el especialista en patología oral.

Identificar el porcentaje de pacientes que ha escuchado o leído sobre cáncer oral respecto a otros tipos de cáncer y la fuente información, incluyendo al odontólogo.

Establecer cuáles son los factores de riesgo que los pacientes perciben para enfermar cáncer oral.

Identificar a qué profesional consideran capacitado para examinar, detectar precozmente un CO y equipamiento necesario.

Establecer si existe una asociación estadísticamente significativa entre variables demográficas y cáncer oral.

5. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 POBLACIÓN

El estudio se realizó en pacientes adultos atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad de Valparaíso de pregrado y postgrado.

Criterios de inclusión:

- Pacientes y acompañantes entre 18 y 90 años que estén siendo atendidos o que estén presentes en la COUV, tanto en pregrado como postgrado.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con discapacidad cognitiva y/o física severa.
- Pacientes que no comprendan el idioma español.
- Pacientes que sean o hayan sido estudiantes de odontología.

Consideraciones éticas:

Este estudio fue aprobado por el comité de tesis de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso, código PREG-05-18 (Anexo 1), siendo los pacientes encuestados una vez leído y firmado el consentimiento informado.

Toda información respecto a los pacientes de este estudio se mantuvo resguardada bajo llave en absoluta confidencialidad por la Investigadora principal y respetando los principios de la declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos.

6.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para este cálculo, se consideró la variable respuesta: proporción de conciencia sobre cáncer oral (¿Ha escuchado sobre cáncer oral?), basado en la revisión de la literatura, determinando que la proporción de respuesta positiva a esta pregunta fue entre 23,7%-91,2%, con un promedio de 66%.

El número de pacientes adultos registrados en la COUV fue suministrado por el Director de Clínicas. Se calculó un promedio entre los años 2016 y 2018. Se utilizó la fórmula de tamaño de muestra finita con un nivel de confianza del 95% y precisión del 5%.

Se utilizó la fórmula de población finita:

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

N = Total de la población (9.809+6.723=16.532/2=8.266)

α= Nivel de Significancia 5%

z_α² = Valor de Tabla de la distribución Normal con un (1-α)%=(1-0,05)%=95% de confianza = 1,96

p = Proporción esperada del 0,66 →66%

q = 1-p = 0,34 → 34%

d = Precisión esperada, en este caso del 0,05 → 5%

$$n = \frac{8.266 \times 1,96^2 \times 0,66 \times 0,34}{0,05^2 \times (8.266 - 1) + 1,96^2 \times 0,66 \times 0,34} = 331,05 \approx 331$$

El tamaño mínimo de la muestra para que fuese representativa fue de 331 personas.

6.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se utilizó una encuesta estructurada denominada *MouthCancerAwareness in Dental Patients*, publicada por Awojobi y cols, en *Biomedical Central Oral Health*, el año 2012.

Debido a que la encuesta se encontraba en idioma inglés, el equipo de investigación realizó una traducción al español, la cual fue sometida a validez lógica (*face validity*) o aparente⁽¹⁰⁰⁾ por expertos de la cátedra de Patología Oral, en relación a pertinencia, adecuación de lenguaje y descripción cultural.

Los docentes invitados a participar fueron:

- Dr. Rodrigo Fuentes, Universidad de Valparaíso: rodrigo.fuentes@uv.cl
- Dr. Wilfredo González, Universidad de Valparaíso: wilfredo.gonzalez@uv.cl
- Dra. Constanza Marín, Universidad Andrés Bello: conymmharrison@gmail.com

Además, se agregaron preguntas para profundizar y responder a los objetivos de investigación.

Para evitar el fenómeno de deseabilidad social, concepto que hace referencia a la necesidad del encuestado de quedar bien con el examinador respecto a un tema, las preguntas de interés específicas fueron mezcladas con otras menos relevantes para distraer al entrevistado, promoviendo su sinceridad en las respuestas.

Tras acoger las sugerencias y aprobación por el comité de expertos, se realizó un estudio piloto en diez participantes adultos. Se realizaron las correcciones pertinentes hasta obtener la encuesta definitiva (Anexo 2).

6.4. RECOLECCIÓN DE DATOS

La aplicación del instrumento y recolección de datos se realizó entre los meses de Abril y Junio del año 2019. La encuesta fue aplicada en forma presencial y personal por los autores a los pacientes que se encontraban en las salas de espera.

Se corroboró que las personas estuviesen en la base de datos de las respectivas clínicas y no presentaran discapacidad cognitiva y/o física severa.

A todos los pacientes se le explicó los fines de este estudio y se les solicitó firmar un consentimiento de participación voluntaria en la investigación (Anexo 3). Quienes participaron se les obsequió un kit de higiene oral.

Para la utilización de dependencias de la facultad, se solicitó autorización al jefe de clínicas, Dr. Jaime Jamett (Anexo 4).

El error sistemático se controló de la siguiente manera:

Sesgo de selección: Para asegurar la representatividad de la muestra, ésta fue aleatoria, con un 95% de confianza. Se utilizó la fórmula de tamaño de muestra finita, aplicado al promedio de pacientes atendidos durante los años 2016 al 2018.

Sesgo de información: Revisión del instrumento (encuesta) por un comité de expertos en patología y sometida a estudio piloto, previo a su aplicación definitiva.

Para la calibración de los encuestadores, enunciaron las preguntas de manera textual a como aparecerían en la encuesta, la cual contenía palabras habitualmente utilizadas por la población. Se incluyeron algunos sinónimos para facilitar la comprensión.

Al presentar la encuesta, se enfatizó que esta sólo medía opiniones y percepción sobre el tema, por lo que no había respuestas incorrectas, además, que los resultados no causarían ningún perjuicio en la atención dental.

Las preguntas sobre las variables de interés fueron intercaladas entre otras menos relevantes para desviar la atención y promover la sinceridad en las respuestas.

Validez interna: Se logró al cumplir de los puntos antes descritos: tamaño de muestra adecuado, aleatoriedad de los sujetos, instrumento validado por expertos y encuestadores calibrados.

Validez externa: El cumplimiento de los pasos anteriores, permitió obtener información que pudo ser comparada con estudios de similares características.

6.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Tipo variable de	Definición operacional
Percepción sobre cáncer de oral.	Haber escuchado de cáncer de boca.	Cualitativa nominal.	1. Sí. 2. No. 3. No sabe/ No está seguro.
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa discreta.	Años en números enteros desde 18 en adelante.
Género.	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Cualitativa nominal dicotómica.	1. Femenino. 2. Masculino.
Consumo de cigarrillo.	Presencia de hábito tabáquico.	Cualitativa nominal.	1. Sí. 2. No, pero fumaba. 3. No, nunca ha fumado.
Cantidad de cigarrillos consumidos.	Cantidad de cigarrillos que fuma o fumaba durante la semana	Cuantitativa discreta.	Números enteros desde el 1 en adelante.
Cese del hábito tabáquico.	Periodo de tiempo que dejó de fumar.	Cuantitativa discreta.	1: 6 meses a menos de un año atrás. 2: 1 a 2 años atrás. 3: 3 a 5 años atrás. 4: 6 a 10 años atrás. 5: Más de 10 años atrás.

Consumo de tabaco en otro formato.	Consumo de tabaco masticado u otro.	Cualitativa nominal dicotómica.	1. Sí. 2. No.
Consumo de alcohol.	Frecuencia o periodicidad en que bebe alcohol.	Cuantitativa discreta.	0: Nunca. 1: 1 vez al mes. 2: 2 a 4 veces al mes. 3: 2 a 3 veces a la semana. 4: Más de 4 veces a la semana.
Cantidad de alcohol consumida.	Cantidad de vasos o copas de alcohol que consume.	Cuantitativa discreta.	0: 0 1: 1 a 2 2: 3 a 4 3: 5 a 6 4: 7 a 9 5: Más de 10
Etnia.	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y/o comunidad lingüística y cultural con la que el paciente se identifica.	Cualitativa nominal.	1: Mapuche. 2: Aymara. 3: Rapa Nui. 4: Ninguno. 5: Otro
Estado civil.	Lugar de una persona dentro de la sociedad que depende principalmente de sus relaciones de familia y que la habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones civiles.	Cualitativa nominal.	1: Soltero(a). 2: Casado(a) y vive con su cónyuge. 3: Casado(a) y separado de su cónyuge. 4: Divorciado(a). 5: Viudo(a). 6: Otro.

Consulta al odontólogo	Tiempo transcurrido desde su última visita.	Cuantitativa discreta.	<ul style="list-style-type: none"> - Durante este año. - Hace 1 o 2 años. - Hace más de 2 años.
Consulta al médico general.	Tiempo transcurrido desde su última visita	Cuantitativa discreta.	<ul style="list-style-type: none"> - Año pasado. - Hace 1 o 2 años. - Hace más de 2 años. - Nunca ha ido.
Lesiones orales auto percibidas.	Tipo de alteración en la cavidad oral que sea detectada por el paciente al autoexamen y que dure más de tres semanas.	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> - 1: Mancha blanca en la boca en la lengua, encía o interior de la mejilla. - 2: Mancha roja en la boca. - 3: Una herida (úlceras) dolorosa en la boca. - 4: Una mancha amarilla en la boca. - 5: Una hinchazón (bulto, aumento de volumen) en la boca. - 6: Dolor o malestar en boca.
Profesional que acudiría el paciente.	Personal del área de la salud al cual el paciente acudiría en caso de autodetectarse una lesión oral.	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> - 1: Médico. - 2: Dentista. - 3: Farmacéutico. - 4: Otro. - 5: No buscaría ayuda.
Examen odontológico preventivo de cáncer oral.	Experiencia que el paciente ha tenido en relación a que su dentista lo haya examinado en búsqueda signos de cáncer de boca.	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> - Sí. - No. - No sabe/no está seguro(a).
Capacidad de diagnóstico	Grado de acuerdo que tiene el paciente en	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo.

temprano por parte del odontólogo.	relación a que cree que su dentista ayudará a tener un diagnóstico temprano de cáncer oral.		<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo. - No sabe. - En desacuerdo. - Muy en desacuerdo.
Ocupación laboral.	Oficio o profesión de una persona por el cual recibe un salario.	Cualitativa nominal.	<ul style="list-style-type: none"> - Ocupaciones profesionales modernas. - Profesionales de oficina e intermedias. - Directivos o administradores. - Ocupaciones técnicas y artesanales. - Ocupaciones semi-rutinarias manuales y de servicios. - Ocupaciones rutinarias manuales y de servicios. - Gerente intermedio o menor. - Profesiones universitarias tradicionales.

6.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Antes de obtener los datos, se confeccionó una base de datos utilizando el programa Microsoft office Excel 2013.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa computacional STATA versión 11.2.

Se procedió a realizar inicialmente un análisis exploratorio de datos, entregando algunas estadísticas descriptivas de interés que resuman la información. Posteriormente, se realizó un análisis por separado de cada una de las variables de interés, con el fin de contestar cada objetivo propuesto.

Para realizar comparaciones de algunos porcentajes, se realizó la prueba de proporciones, donde las hipótesis a contrastar fueron las siguientes:

H₀: Ambas proporciones son iguales.

H₁: Las dos proporciones son distintas.

Para realizar el análisis de correlación, se utilizó una prueba de independencia de Tau de Kendall o bien la de Chi-cuadrado con un intervalo de confianza de 95%, con el fin de determinar si existe asociación entre las variables de interés. Las hipótesis a contrastar para esta prueba fueron:

H₀: Las variables son independientes entre sí.

H₁: Las Variables no son independientes entre sí.

7.- RESULTADOS

Objetivo N°1: Descripción de la muestra

El total de personas entrevistadas fue de 335 (Tabla III, Anexo 5), siendo el 64% del género femenino y 36%, masculino (Figura N°2).

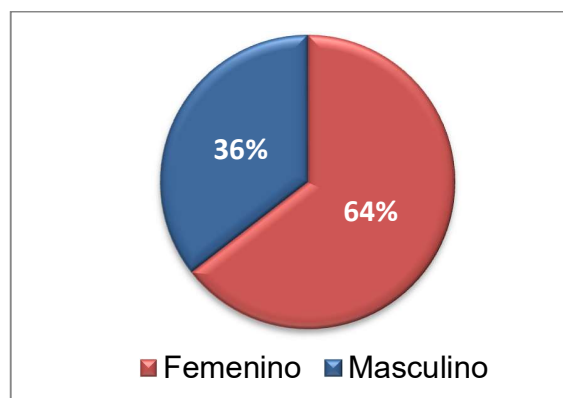


Figura N°2: Porcentaje de hombres y mujeres del total la muestra.

La edad promedio de las mujeres fue de 46 años, mientras que, para los hombres, de 39,8 años. El promedio de edad del total de la muestra fue de 43,8 años, siendo 18 la mínima y 88 la máxima (Tabla IV, Anexo 5).

Se observa que, de los hombres, el 50% de ellos se encuentra entre los 18 y 34 años, mientras que la mayoría de las mujeres, entre los 45 y 64 años (Figura N°3).

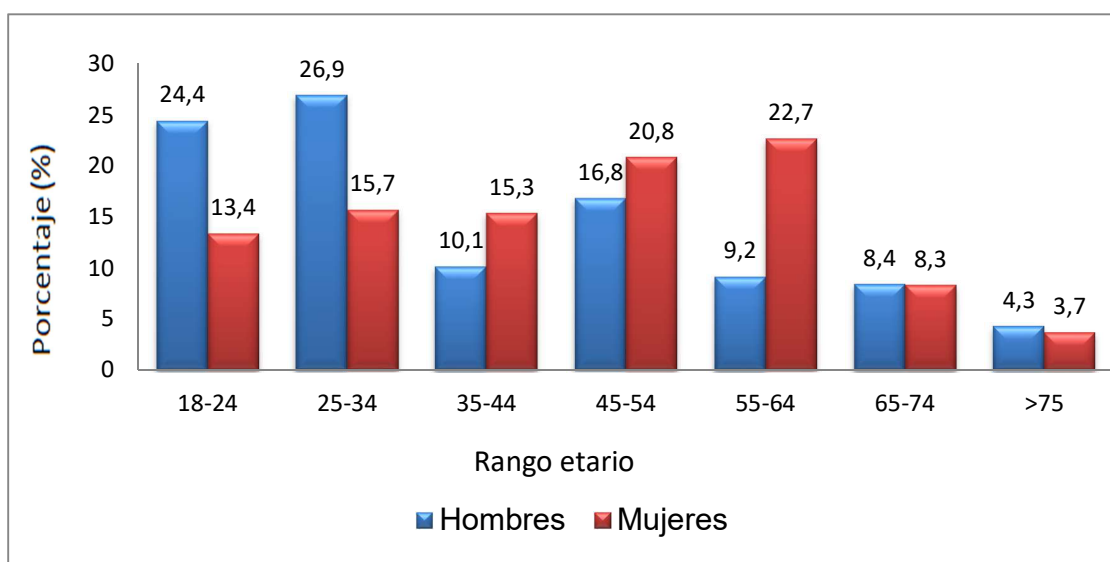


Figura N°3: Porcentaje de encuestados según rango etario y género.

En la Tabla V, se observa el porcentaje de personas, separado por género y según cada variable de interés.

Variables	Mujeres (216)		Hombres (119)		Total (335)	
	n	%	n	%	n	%
Etnia						
No	201	93,06	105	88,24	306	91,34
Mapuche	13	6,19	7	5,88	20	5,97
Otros	1	0,46	4	3,36	5	1,49
Aymara	1	0,46	3	2,52	4	1,19
Estado Civil						
Soltero	91	42,13	64	53,78	155	46,27
Casado	75	34,72	34	28,57	109	32,54
Divorciado	23	10,65	9	7,56	32	9,55
Conviviente	11	5,09	8	6,72	19	5,67
Viudo	15	6,94	4	3,36	19	5,67
Separado	1	0,46	0	0	1	0,3
Nivel Educativo						
Más de 12 Años	128	59,26	79	66,39	207	61,79
Entre 8 y 12 Años	73	33,80	37	31,09	110	32,84
Menos de 8 Años	15	6,94	3	2,52	18	5,37
Ocupación						
Ocup. rutinarias manuales y de servicio	54	25	37	31,09	91	27,16
No	51	23,61	20	16,81	71	21,19
Prof. de oficina e intermedias	56	25,93	13	10,92	69	20,6
Ocup. profesionales modernas	20	9,26	8	6,72	28	8,36
Ocup. semi-rutinarias manuales y servicio	12	5,56	15	12,61	27	8,06
Prof. u ocupaciones técnicas y artesanales	4	1,85	13	10,92	17	5,07
Directivos o Administrativos	10	4,63	3	2,52	13	3,88
Prof. universitarias tradicionales	9	4,17	4	3,36	13	3,88
Gerente intermedio o menor	0	0	6	5,04	6	1,79
Tabaco						
No, nunca he fumado	84	38,89	56	47,06	140	41,79
No, pero fumaba	68	31,48	32	26,91	100	29,85
Sí	64	29,63	31	26,05	95	28,36
Alcohol						
Una vez al mes	88	40,74	36	30,25	124	37,02
Nunca	84	38,89	29	24,37	113	33,73
2 a 4 veces al mes	33	15,28	41	34,45	74	22,09
2 a 3 veces a la semana	10	4,63	11	9,24	21	6,27
4 o más veces a la semana	1	0,46	2	1,68	3	0,9

Tabla V: Porcentaje de personas según variables de interés y separadas por género.

Se observa que el 91,34% del total de la muestra dijo no pertenecer a ningún grupo étnico, correspondiendo el 93,6% de las mujeres y 88,24% de los hombres. Un 5,97% del total indicó pertenecer a la etnia Mapuche.

En relación al estado civil, el 46,27% del total de encuestados estaba soltero. El 30,52% estaba casado y un 9,55%, divorciado.

El 61,79% de la población tenía un nivel educacional mayor a 12 años, es decir, educación superior, ya sea técnica o universitaria, siendo los hombres en su mayoría (66,39%). Un 32,84% de la muestra, estudió entre 8 y 12 años (educación media). Finalmente, el 5,37%, llegó hasta la educación básica.

Respecto a un trabajo remunerado, el 27,16% del total se dedicaba a ocupaciones rutinarias manuales y de servicio, por ejemplo: chofer, portero, modista, obrero y garzón. El 21,19% no trabajaba, ya sea por estar cesante, jubilado o estudiando. El 20,6% se dedicaba a profesiones de oficina e intermedias, por ejemplo: secretaria, empleado de oficina, auxiliar de enfermería o de párvulos.

En relación al consumo de tabaco, el 41,79% del total de encuestados nunca había fumado, siendo en su mayoría hombres (47,06%). El 29,85% abandonó ese hábito y por último un 28,36% fumaba hasta la actualidad.

En cuanto al consumo de alcohol, un 37,02% del total de encuestados dijo beber una vez al mes. El 33,73% nunca lo ha hecho y el 22,09% bebía entre 2 a 4 veces al mes. La cantidad de hombres que bebía desde 2 veces al mes hasta 4 o más veces por semana fue superior a la de mujeres.

Objetivo N°2: Última visita al odontólogo y médico general

Respecto de las visitas a profesionales de la salud, el 54,93% del total de encuestados dijo haber ido al odontólogo general durante este último año (Tabla VI), un 25,07% hace uno o dos años y un 20% hace más de 2 años.

Última visita al Odontólogo	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Durante este año	117	54,67	67	56,3	184	54,93
Hace 1 ó 2 años	54	25	30	25,21	84	25,07
Hace más de 2 años	45	20,83	22	18,49	67	20
Nunca	0	0	0	0	0	0
Total	216	100	119	100	335	100

Tabla VI: Distribución de encuestados en relación a última visita al odontólogo general.

Dentro de los motivos de visita al odontólogo (Tabla VII, Anexo 5), el más recurrente fue presentar un problema específico en la boca, con un 61,49%, las visitas preventivas tuvieron un menor porcentaje (Figura N°4).

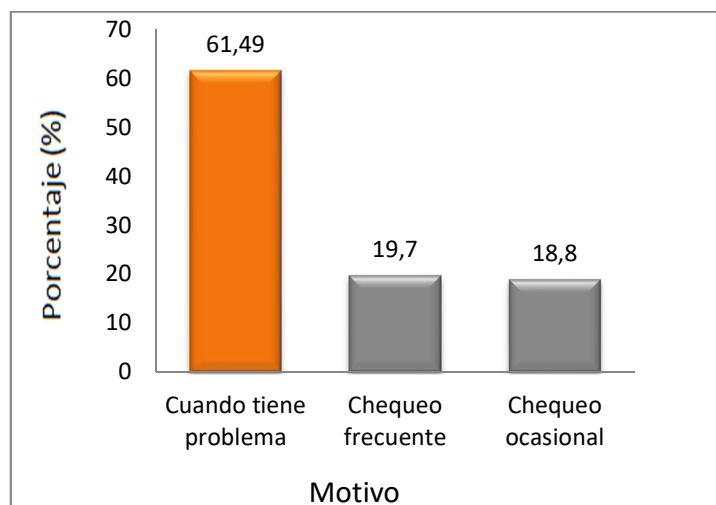


Figura N°4: Motivo de visita al odontólogo general.

Al realizar una prueba de independencia de Chi-cuadrado para determinar si el género presenta alguna relación con la última visita al odontólogo, el valor-p obtenido fue de 0,871, es decir no se rechaza la hipótesis de independencia. Por lo tanto, existe evidencia estadísticamente significativa para decir que el género es independiente de la última visita al odontólogo.

En cuanto a la visita al médico general (Tabla VIII), el 51,94% de los encuestados relató haber ido durante este último año, un 26,57% hace uno o dos años, un 16,72% hace más de 2 años y un 4,78% nunca lo ha ido a visitar.

Última visita al Médico	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
Durante este año	118	54,63	56	47,06	174	51,94
Hace 1 ó 2 años	56	25,93	33	27,73	89	26,57
Hace más de 2 años	37	17,13	19	15,97	56	16,72
Nunca	5	2,32	11	9,24	16	4,71
Total	216	100	119	100	335	100

Tabla VIII: Distribución de encuestados en relación a última visita al médico general.

Al realizar una prueba de independencia de Chi-cuadrado para determinar si el género presenta alguna relación con la última visita al médico, el valor-p obtenido fue de 0,033, es decir se rechaza la hipótesis de independencia. Por lo tanto, existe evidencia estadísticamente significativa que el género de los encuestados sí está relacionado con la última visita al médico general.

Al analizar a los encuestados relacionando la última visita tanto al odontólogo como al médico general (Tabla IX), se observa que un 31,64% de los ellos ha ido a ver a ambos durante este año último, un 8,06% lo hizo hace 1 o 2 años y un 7,16% ha ido hace más de 2 años.

Finalmente, un 4,71% nunca ha ido al médico, sin embargo, no hay personas que nunca hayan ido al odontólogo.

Última visita al Médico	Última visita al Odontólogo						Total	
	Durante este año		Hace 1 ó 2 años		Hace más de 2 años		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Durante este año	106	31,64	45	13,43	23	6,87	174	51,94
Hace 1 ó 2 años	48	14,33	27	8,06	14	4,18	89	26,57
Hace más de 2 años	22	6,57	10	2,99	24	7,16	56	16,72
Nunca	8	2,39	2	0,6	6	1,79	16	4,71
Total	184	54,93	84	25,07	67	20	335	100

Tabla IX: Distribución de encuestados en relación a última visita al odontólogo y médico general.

Al realizar una prueba de independencia de Tau de Kendall para determinar si la última visita al odontólogo es independiente de la última visita al médico, se obtuvo un valor-p igual a 0,0000. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de independencia, por lo que existe evidencia estadísticamente significativa de que sí existe relación entre que las personas vayan como última visita al odontólogo y al médico.

Objetivo N°3: Autoexamen, lesiones orales y búsqueda de ayuda profesional

Se consultó a los pacientes si han practicado el autoexamen bucal para buscar algún signo de anormalidad (Tabla X, Anexo 5). El 95,52% de ellos señaló que nunca lo ha hecho (Figura N°5).

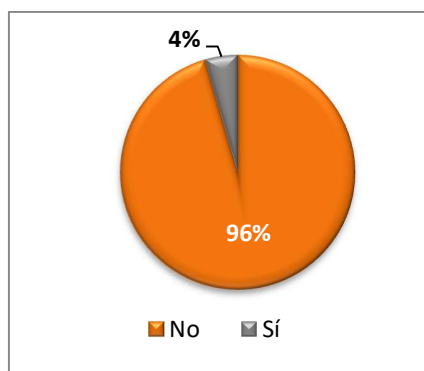


Figura N°5: Porcentaje de pacientes que realiza autoexamen de la cavidad oral.

Se consultó a los pacientes cómo creen que se presentaría un CO, dando diversas alternativas (Tabla XI, Anexo 5). Un 80,89% pensó que sería como un Aumento de volumen o Tumor, un 74,32% como Úlceras que no cicatrizan y un 66,26% como Manchas blancas o rojas (Figura N°6).

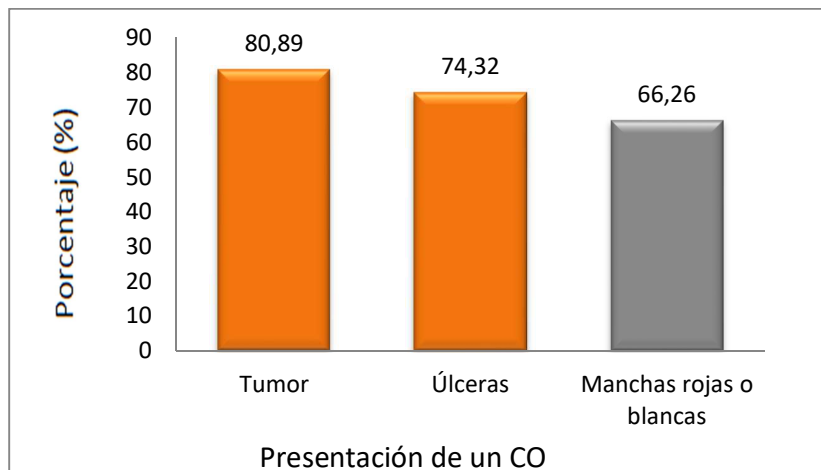


Figura N°6: Percepción sobre presentación de un CO.

Se les nombró a los pacientes una serie de lesiones y signos junto a un listado de profesionales de la salud. Luego se preguntó a quién acudirían en caso de presentar una determinada lesión en la boca. Respecto a los signos específicos para CO, éstos fueron intercalados entre otros más generales para distraer respecto a las variables de interés y promover la objetividad de la respuesta.

Para las lesiones específicas de la boca (Tabla XII), se observaron cifras cercanas y mayores al 50%, una tendencia de los encuestados a acudir al odontólogo general, si las presentase. De ellas, el Aumento de volumen o Tumor fue la que más motivaría a consultar (56%), seguido por la Úlcera y Mancha amarilla, ambas con un 50%, luego la Mancha roja (49%) y por último la Mancha blanca (48%).

Profesional donde acudir	Tumor		Úlcera		Mancha amarilla		Mancha roja		Mancha blanca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Odontólogo general	187	56	168	50	166	50	164	49	159	48
Médico general	130	39	142	42	150	42	145	43	145	43
Ninguno	9	3	12	4	11	4	17	5	17	5
Otro especialista	7	2	9	3	7	3	7	2	10	3
Farmacéutico	2	0	4	1	1	1	2	1	4	1
Total	335	100	335	100	335	100	335	100	335	100

Tabla XII: Lesiones orales y búsqueda de ayuda profesional.

Para determinar si los pacientes prefieren más al odontólogo que otros profesionales para consultar por lesiones orales se realizó un análisis de proporciones. Al comparar al odontólogo con el médico el valor-p fue mayor a 0,05 en todas las lesiones. Por lo tanto, las preferencias entre un odontólogo y médico general son estadísticamente iguales. Sin embargo, al comparar al odontólogo con los farmacéuticos u otro profesional, el valor-p fue menor a 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de igualdad de proporciones la preferencia entre el odontólogo y otro profesional no médico es significativamente mayor.

Respecto a los profesionales de la salud, se preguntó a los pacientes si habían oído hablar sobre el especialista en patología oral. Se observa que el 89% de ellos no lo había escuchado (Figura N°7).

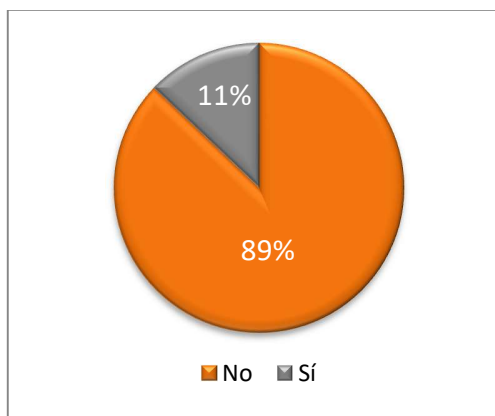


Figura N°7: Porcentaje de personas que han oído sobre el especialista en patología oral.

Objetivo N°4: Pacientes que han escuchado sobre el CO

Para evaluar esta parte, primero se preguntó si habían oído sobre algunos tipos de cáncer y entre ellos, el CO (Tabla XIII, Anexo 5). Se observó que la mayoría había escuchado sobre los otros tipos de cáncer. Un 66,57% había oído sobre el CO (Figura N°7).

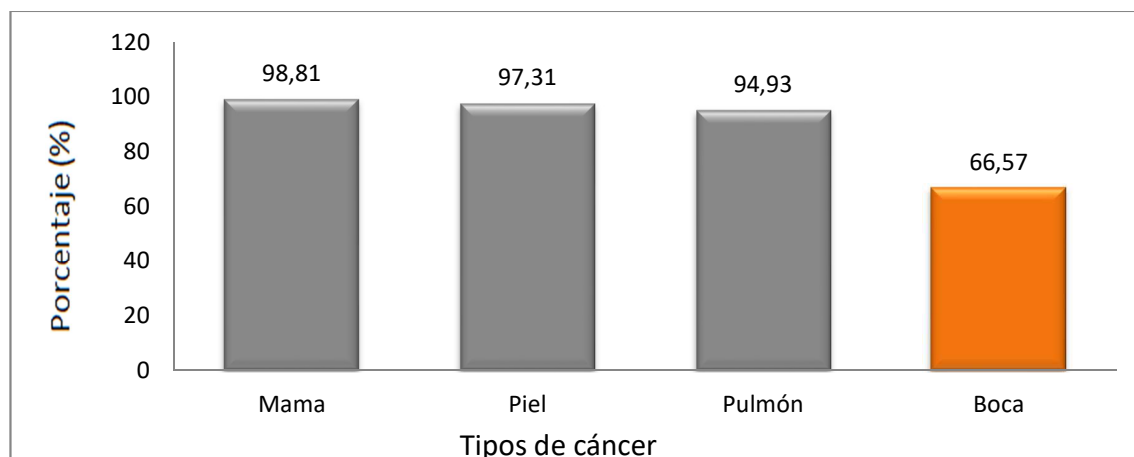


Figura N°7: Porcentaje de encuestados que han oído sobre diversos tipos de cáncer.

Para determinar si el porcentaje de personas que perciben la existencia de CO es significativamente menor a la de los otros cánceres, se realizó una prueba de proporciones, obteniendo un valor-p de 0,000 en las tres comparaciones (mama v/s boca, piel v/s boca y pulmón v/s boca), rechazando la hipótesis de igualdad de

proporciones. Por lo tanto, existe evidencia estadísticamente significativa de que el grado de percepción sobre el CO es menor que los otros tipos de cáncer.

Al separar esta percepción por género (Tabla XIV, Anexo 5), se observa que el 68,06% de las mujeres y el 63,87% de los hombres lo han escuchado alguna vez (Figura N°8).

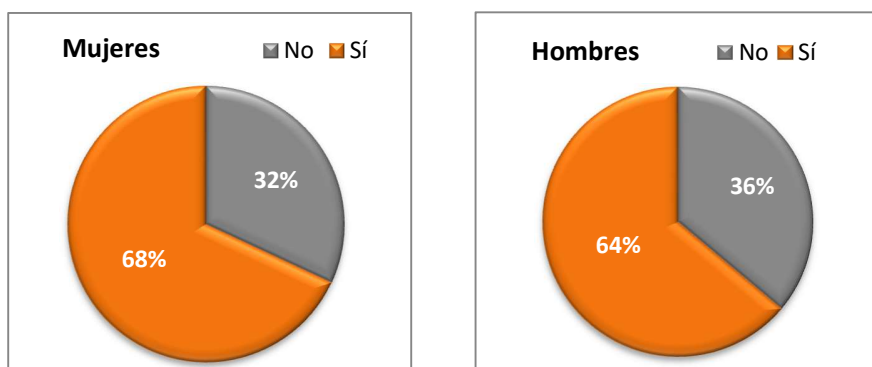


Figura N°8: Personas que han escuchado sobre el CO, separado por género.

Al indagar sobre las fuentes de información sobre CO (Tabla XV, Anexo 5) se obtuvo que, del total de 335 encuestados, 223 tuvieron noción sobre el CO. De ellos, un 45,29% fue por medio de internet y televisión, un 41,26% mediante la cajetilla de cigarro y un 25,11% por un afiche. Respecto a información proporcionada por profesionales de la salud, el 24,66% mencionó al odontólogo y el 15,7% al estudiante de odontología (Figura N°10).

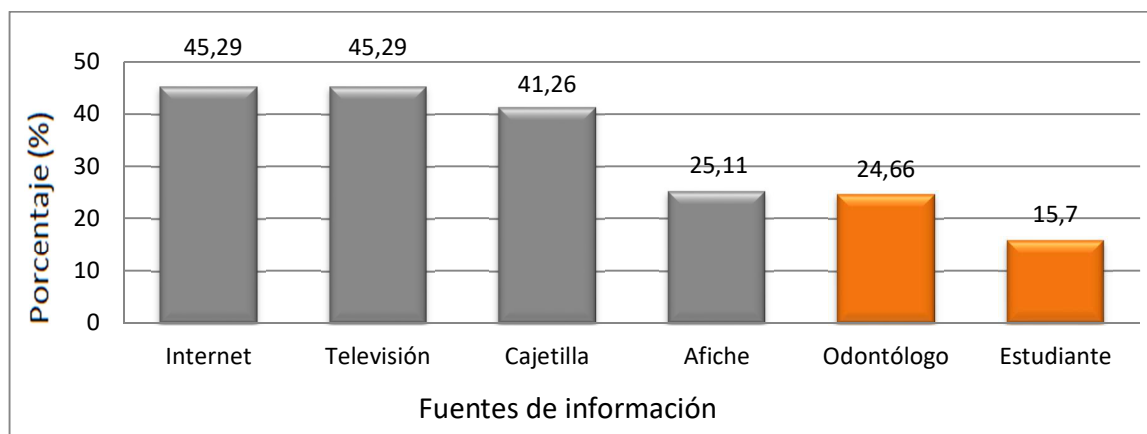


Figura N°10: Fuentes de información sobre CO.

Al relacionar a las personas que sí habían escuchado sobre el CO con la información entregada por las distintas fuentes de información, mediante la prueba de independencia de Chi-cuadrado, se obtuvo un valor-p menor a 0,05 en todas las relaciones, rechazando la hipótesis de independencia. Por lo tanto, existe evidencia

estadísticamente significativa que la información otorgada por las distintas fuentes y el porcentaje de pacientes que perciben la existencia del CO están relacionadas.

Objetivo N°5: Factores de riesgo percibidos para CO

A continuación, se muestra el porcentaje de personas que creen que los siguientes factores de riesgo pueden producir CO. Los porcentajes se ordenaron de manera decreciente, siendo el hecho de fumar tabaco el más asociado (92,24%) y el comer nueces o frutos secos, el menos relacionado (6,27%) (Tabla XVI).

Factores de riesgo	n	%
Fumar tabaco	309	92,24
Mala higiene oral	292	87,16
Mascar tabaco	225	67,16
Beber mucho alcohol	202	60,3
Fumar marihuana	200	59,7
Mayores de 50 años	155	46,27
Perder los dientes	144	42,99
Exponerse mucho al sol	142	42,39
Tomar café de grano cargado	117	34,93
Tomar líquidos calientes	113	33,76
Tomar té cargado	101	30,15
Comer en exceso	99	29,55
Usar prótesis dental	93	27,76
Ser varón	65	19,4
Ser mujer	57	17,01
Toma café descafeinado	54	16,12
Comer nueces o frutos secos	21	6,27

Tabla XVI: Percepción sobre factores y su relación con el CO.

Al realizar la prueba de independencia de Tau de Kendall, los factores: Fumar tabaco, Mascar tabaco y Exponerse mucho al sol, obtuvieron un valor-p menor a 0,05. Por lo tanto, se encontró evidencia estadísticamente significativa que estos factores se encuentran relacionados con el CO, según la percepción de los encuestados. El resto de los factores no presentó relación, debido a que el valor-p fue mayor a 0,05 (Tabla XVII).

Factores de riesgo	Valor-p
Fumar tabaco	0,0001**
Mascar tabaco	0,0429**
Exponerse mucho al sol	0,0474**
Mala higiene oral	0,1101
Mayores de 50 años	0,152
Comer nuecesbu o frutos secos	0,1557
Tomar líquidos calientes	0,1577
Beber mucho alcohol	0,1911
Perder los dientes	0,2569
Tomar café de grano cargado	0,4501
Ser mujer	0,5504
Usar prótesis dental	0,6229
Comer en exceso	0,6304
Fumar marihuana	0,6606
Tomar café descafeinado	0,7411
Ser varón	0,9381
Tomar té cargado	0,9538

Tabla XVII: Prueba de independencia de Tau de Kendall para los factores de riesgo.

Objetivo N°6: Percepción sobre profesional capacitado para detectar CO

Al consultar a los pacientes sobre qué profesional creen que está capacitado para revisar y detectar un cáncer de boca (Tabla XVIII, Anexo 5), se observa que un 40,3% considera a otro profesional, como un médico o un especialista y el 26,27% no sabe. El 15,22% considera que sólo el odontólogo general, seguido de un 11,64% que considera que tanto el odontólogo como un estudiante de odontología. Finalmente, un 6,57% de los encuestados percibe que sólo el estudiante de odontología está capacitado para hacerlo (Figura N°11).



Figura N°11: Percepción sobre profesional capacitado para detectar un CO.

Al realizar una prueba de proporciones entre los profesionales capacitados para detectar un CO u otro cáncer se obtuvo que, al comparar entre “otro profesional” y “no sabe”, que es el porcentaje que le sigue en mayoría, se obtuvo un valor-p igual a 0,0001. Es decir, se rechaza la hipótesis de igualdad de proporciones y, por lo tanto, las personas creen que otros profesionales están capacitados para detectar un CO.

Se preguntó a los pacientes si pensaban que el odontólogo realizaba un examen preventivo para CO cada vez que examina la boca (Tabla XIX, Anexo 5). El 63,28% consideró que no lo hace y el 36,71% pensó que sí (Figura N.º 12).

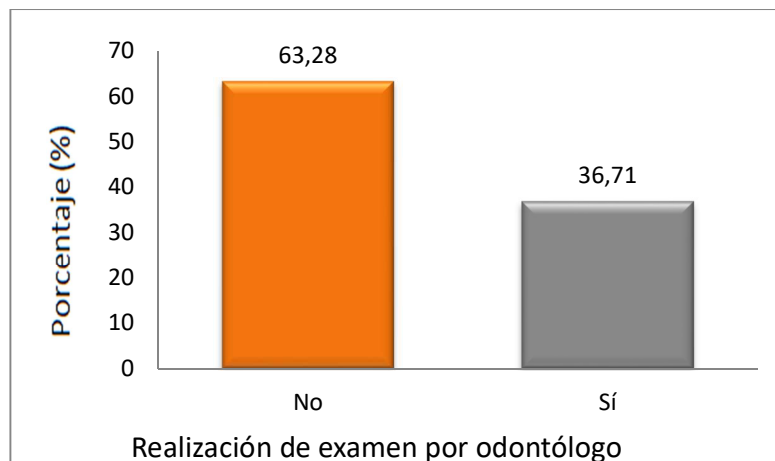


Figura N°12: Percepción sobre realización de examen rutinario de CO por parte del odontólogo.

Finalmente, se consultó si pensaban que para un examen se CO se necesitaba tecnología, como los rayos x o podía hacerse manualmente (Tabla XX, Anexo 5). El 50% de los pacientes pensó que sí y el otro 50%, que no (Figura N.º 13).

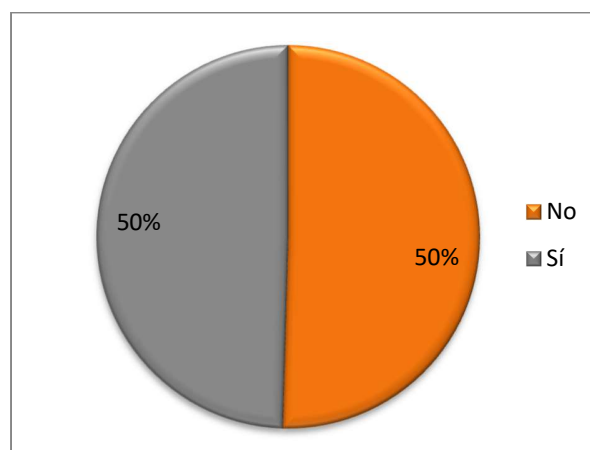


Figura N°13: Percepción sobre necesidad de utilizar rayos X para detectar un CO.

Objetivo N°7: Relaciones entre variables demográficas y factores de riesgo con el CO

Al realizar la prueba de independencia de Tau de Kendall entre la percepción que tienen los encuestados sobre el CO y las variables demográficas (Tabla XXI), se obtuvo un valor-p mayor a 0,05 en casi todas las variables. Por lo tanto, existe evidencia estadísticamente significativa que no están relacionadas con la percepción sobre CO.

Sólo la variable edad presenta diferencia significativa en relación a la percepción sobre el CO por tener un valor-p menor a 0,05 (Gráfico N°14).

Variable	Valor-p
Edad	0,0440**
Etnia	0,2983
Género	0,4377
Consumo de Alcohol	0,4814
Estado Civil	0,6225
Nivel de Escolaridad	0,6539
Consumo de tabaco	0,9318

Tabla XXI: Prueba de independencia de Tau de Kendall para variables demográficas y factores de riesgo.

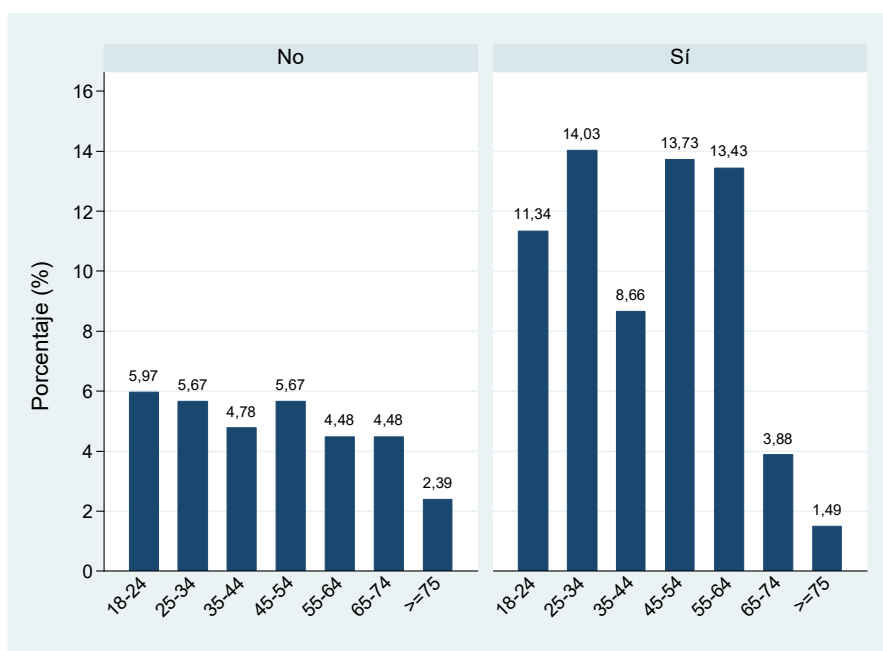


Figura N°14: Distribución de la edad de los encuestados según percepción del CO.

8.- DISCUSIÓN

Objetivo N°1: Descripción de la muestra

Género

En nuestro estudio, el género femenino (64%), tuvo mayor participación que el masculino. Esta misma tendencia se observó en estudios similares realizados en la V región por Segeur el año 2019⁽¹⁰¹⁾, Esveile et al, el año 2012⁽¹⁰²⁾ y Concha et al, el año 2011⁽¹⁰³⁾.

Según la literatura, esta diferencia en la participación por género se debe a que, en general, las mujeres utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud. Los hombres, lo hacen en menor medida, más aún cuando se trata de prevención ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁶⁾.

En Chile, las mujeres tienden a estar en el sistema público en mayor proporción que los hombres (80,8% contra 76,6%) ⁽¹⁰⁷⁾. Esto también coincide con autores como Ro y colaboradores ⁽¹⁰⁸⁾ que, en Estados Unidos, concluyeron que un 78% de las mujeres suelen visitar al médico en contraste con el 65% de los hombres.

Por otra parte, una realidad local de nuestra Universidad es contar con un convenio especial para ellas en conjunto con el Servicio Nacional de la Mujer, mediante ficha de protección social, lo que acentúa aún más su acceso a la atención dental.

Etnia

La mayoría de nuestros encuestados mencionó no pertenecer a ninguna etnia. Dentro del pequeño grupo que sí pertenecía, la etnia Mapuche fue la más representada. Esto coincide con los registros estadísticos del INE, donde la población total del país con adscripción étnica representó el 4,6% y dentro de ellos, los mapuches reportaron el 87,3% ⁽¹⁰⁹⁾.

En Chile, no hay estudios que relacionen grupos étnicos y CO. Sin embargo, en países asiáticos es una variable importante para considerar ya que, culturalmente, algunos pueblos tienen la costumbre de mascar nuez de betel ⁽⁴⁹⁾.

Nivel educacional

En nuestro estudio y el de Segeur⁽¹⁰¹⁾, la mayoría de los encuestados afirmó tener educación superior. Por el contrario, en otras investigaciones en servicios públicos de la V región, la mayoría de los encuestados llegó hasta la educación media ^(102,103).

Esta diferencia, puede explicarse por el tipo de paciente que acude a estos servicios. En el caso de las universidades, existen convenios para atender a sus mismos alumnos, tanto dentro como fuera de la carrera de odontología y, por otra parte, la gran concurrencia de amigos y familiares de los estudiantes, que tienen similares

características sociales y económicas. Por el contrario, los servicios públicos acogen a toda la población y muchos de sus tratamientos son gratuitos, lo que explica su mayor acceso a personas de menor estrato social y nivel educacional.

La población de pacientes atendida en la universidad presenta un nivel educacional superior a la media nacional. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2002, el promedio de escolaridad en la población chilena era de 10 años (10 años para los hombres y 9,9 años para las mujeres). En la quinta región de Valparaíso, el promedio es de 10,3 años ⁽¹¹⁰⁾.

Ocupación

La gran mayoría de los pacientes trabaja en ocupaciones rutinarias manuales y de servicio (Ej. Portero, modista, obrero, garzón) y profesiones de oficina e intermedias (Ej. Secretariado, empleado de oficina, auxiliar de enfermería, párvulos u otros). Si bien, en la literatura se ha reportado un mayor riesgo relativo de padecer CO para algunas ocupaciones ^(111,112); principalmente aquellas en las cuales se está expuesto a algún agente químico o infeccioso de manera sostenida en el tiempo⁽¹¹³⁾.

Los trabajos señalados por los participantes no caben dentro de esta categoría. Sin embargo, la información recabada mediante la encuesta puede ayudarnos a estimar el nivel socioeconómico de los pacientes, siendo principalmente del tramo medio, recordando que, a menor nivel, existe mayor probabilidad de presentar factores de riesgo y hábitos nocivos para el CO ⁽¹¹⁴⁾.

Consumo de Tabaco y Alcohol

En nuestra investigación y otras en la V región casi dos tercios de los pacientes ha fumado de manera activa ⁽¹⁰¹⁻¹⁰³⁾. Separando el total por género, las mujeres fumarían más que los hombres. Sin embargo, no podemos inferir que estos resultados sean demostrativos, debido a que, en todos estos estudios, incluyendo el nuestro, la cantidad de mujeres duplica a la de hombres.

Al comparar nuestros resultados respecto a estadística nacional, la Encuesta Nacional de Salud ⁽⁵⁰⁾ muestra que, las personas que han fumado al menos 100 cigarrillos en toda la vida, es del 53,4% a nivel nacional, siendo mayor en hombres (60,1%) que en mujeres (46,9%).

Respecto al alcohol, más del 60% de nuestros encuestados ha bebido alguna vez. Al separar por género, este consumo fue mayor en hombres que en mujeres. Semejante a la estadística nacional, donde el 74,5% de la población nacional, ha consumido durante el último año, siendo nuevamente mayor en hombres (82,7%) que en mujeres (66,6%) ⁽⁵⁰⁾.

Podemos observar que tanto el tabaco como el alcohol, presentan un alto grado de consumo en nuestra población. Además, la literatura señala estos factores presentan una relación sinérgica, aumentando la probabilidad de enfermar de CO ⁽¹¹⁵⁾.

Candia et. al⁽³⁾ indicaron que la brecha de mortalidad por CO entre hombres y mujeres ha disminuido, esto se podría explicarse porque las mujeres están igualando a los hombres en el consumo de tabaco y alcohol.

Objetivo N°2: Última visita al odontólogo y médico general

Visita al odontólogo

En nuestro estudio y el de Concha et al⁽¹⁰³⁾, cerca del 50% de los pacientes dijo haber visitado al odontólogo durante este último año. En Costa Rica un 43% dijo haber visitado al odontólogo en los últimos 6 meses⁽¹¹⁶⁾.

Esta diferencia podría explicarse, porque en el sistema de salud chileno, los pacientes tienen cobertura dental, además de las Garantías Explícitas en Salud (GES), incluyendo controles cada 6 meses. Por otra parte, es común que en las universidades los tratamientos sean más largos, por lo que es altamente probable encontrar pacientes con tratamientos y/o controles en curso.

El objetivo de esta pregunta era evaluar la importancia de los controles odontológicos periódicos. Sin embargo, el motivo más común de visita fue por presentar un problema específico (generalmente dolor), hecho que se condice con la literatura⁽¹¹⁷⁾.

Visita al médico

En nuestro estudio, un 50% de los pacientes también refirió haber ido a médico. Pero, a diferencia del odontólogo, la visita al médico estaba relacionada significativamente con el género (valor-p = 0,033), siendo las mujeres quienes registraron mayor cantidad de visitas. Hunt y col. describen la misma relación en cuanto a género y oportunidad/frecuencia de visita al médico general^(118,119), comportamientos similares se han encontrado en Latinoamérica y en Chile^(120,121).

Esto puede explicarse por su rol biológico en la reproducción, pero también a su más alta morbilidad y mayor longevidad; junto con esto; el rol de las campañas preventivas ampliamente difundidas que están orientadas a patologías padecidas por mujeres, como ocurre con el cáncer de mama o útero, existiendo una percepción colectiva de la importancia de la prevención de estas enfermedades.

Objetivo N°3: Lesiones orales y búsqueda de ayuda profesional

Frecuencia de autoexamen

En nuestro estudio y el de Segeur⁽¹⁰¹⁾, un porcentaje muy bajo de los encuestados afirmó que examinaba su boca con la intención de buscar alguna anomalía que sugiera un cáncer. Asimismo, Noroña et al y Botero et al, reportaron que un 12% y 5,5% de sus encuestados, respectivamente, refirieron conocer y aplicar el autoexamen de la cavidad oral^(122,123), valores que son muy bajos.

Esta baja en la frecuencia de autoexamen puede atribuirse a que no es tema conocido y difundido, como ocurre con las campañas preventivas para otros cánceres, como el de mama. Por otro lado, una cantidad considerable de pacientes no percibe que la boca puede ser afectada por esta patología.

Lesiones orales

En nuestro estudio, no todos los pacientes fueron capaces de reconocer manifestaciones tempranas del CO (heridas que no cicatrizan, aumento de volumen y manchas blancas o rojas), lo que concuerda con otros estudios que señalan esta baja percepción ⁽⁴⁷⁾.

El aumento de volumen o tumor fue el signo que los pacientes más asociaron con un CO respecto a otro tipo de lesiones ^(101,103). Por el contrario, en los estudios de Carrasco y cols., Esveile y cols y Valentín et al., la úlcera que no cicatriza fue el signo más relacionado por los pacientes ^(102,115,124).

Tanto en nuestro estudio, como en el de Segeur, Esveile, Concha y West las manchas blancas o rojas fueron los signos que menos asociaron los pacientes como un signo inicial de CO ^(101-103,125).

Esta diferencia de percepción en base a aumento de tamaño y no en cambio de color puede deberse a la intensa publicidad de otros tipos de cáncer, donde se resalta el aumento de volumen por la invasión de espacios y como una masa que podría palparse en forma preventiva, como ocurre con los “bultos en las mamas”.

Búsqueda de ayuda profesional

En nuestro estudio, el 50% de los pacientes dijo que acudiría al odontólogo en primera opción en un caso hipotético caso de presentar una lesión sospechosa en su boca y en segunda opción, al médico general. Este mismo patrón de prioridades fue encontrado por otros autores ^(101,103,126).

En un estudio de Monsalves et al., se comparó la presencia real de una lesión con la frecuencia de visita a un profesional de salud. Sólo el 16,2% de los pacientes fue realmente al odontólogo o al médico por su lesión ⁽²²⁾. Esto confirma el hecho de que, pese a que muchos pacientes afirman en un caso hipotético consultarían por la lesión, en la práctica esto no se lleva a cabo.

Percepción sobre el especialista en patología oral

Respecto a la pregunta anterior, hubo pacientes que dijeron que consultarían directamente con un experto, nombrando diversas especialidades médicas, como el dermatólogo. Al preguntarles sobre el especialista en patología oral, sólo un 10% lo conocía. Estos casos puntuales, supieron sobre él por el conocer el caso de un amigo o familiar que padeció de esta enfermedad.

Esto nos indica que hay una nula información sobre esta especialidad de la odontología en contraste a otras, como la ortodoncia y endodoncia, más conocidas por la población general. De igual modo, tampoco se encontraron estudios sobre el conocimiento de esta especialidad por parte de la población.

Objetivo N°4: Pacientes que han escuchado sobre el CO

Percepción sobre diversos tipos de cáncer

En nuestro estudio y en diversas publicaciones, se compara la percepción sobre CO respecto a otros cánceres. En todos, se llega a la conclusión que la percepción sobre CO es estadísticamente menor respecto a los otros tipos de cáncer ⁽¹⁰¹⁻¹⁰³⁾.

Una explicación para esta diferencia puede deberse a las campañas preventivas en los medios de comunicación, en especial respecto al cáncer de mama y piel, ampliamente difundidos por televisión y cáncer de pulmón, en las cajetillas de cigarro.

En una investigación de Warnakulasuriya y colaboradores en Inglaterra, el CO también fue el menos reconocido por el público con un 56%, en contraste con el cáncer de pulmón (97%), piel (96%) y útero (86%) ⁽¹²⁷⁾.

Otros estudios realizados en el extranjero muestran cifras divergentes: en EE. UU., Cruz y colaboradores, un 66% había escuchado sobre CO ⁽¹²⁸⁾. Oh y colaboradores un 80,4% ⁽¹²⁹⁾. En Italia, un 70% ⁽¹³⁰⁾, Malasia con un 89.9% ⁽¹³¹⁾, en Nigeria un 72% tenía conciencia de la existencia del CO ⁽¹³²⁾. En Córdoba, Argentina, un 41% de los entrevistados desconocía esta neoplasia ⁽¹³³⁾. Elango y colaboradores, en la India observaron un 86% ⁽¹³⁴⁾. Un porcentaje mayor fue observado por West y colaboradores donde un 95,6% de los encuestados había oído hablar sobre el CO ⁽¹²⁵⁾.

Las diferencias entre países pueden ser explicadas en términos del nivel de su desarrollo y prevalencia de CO en la población, siendo mayor en países asiáticos y, por lo tanto, también su percepción.

Fuentes de información sobre cáncer oral

En nuestro estudio y el de Segeur las principales fuentes de información fueron la televisión, internet y cajetillas de cigarro. En contraste, tanto el odontólogo como el estudiante de odontología tuvieron una baja participación ⁽¹⁰¹⁾.

Respecto al personal de salud, en el estudio de Concha et al, apenas un 7,8% del total de la muestra dijo haber recibido información sobre CO. De ellos, la mayor cantidad fue mediante medios de comunicación (57,1%), un 33,3% por un médico y un 14,3% por un odontólogo ⁽¹⁰³⁾ obteniendo, nuevamente, el resultado más bajo.

Caso contrario, en el estudio de Esveile et al., la proporción de pacientes informados por un odontólogo (66,7%) fue mayor que la de médicos (33,3%) ⁽¹⁰²⁾. Sin embargo, esta cantidad representó un porcentaje muy bajo del total de la muestra (3,6%).

En un estudio de Howard y Castillo, un 12% de las personas entrevistadas reconoció que un miembro del personal de salud le había brindado información sobre el CO ⁽¹²⁶⁾.

En un estudio de Lawoyin, de las personas que recibieron información sobre CO, un 20,1% fue a través de los profesionales de salud y un 50% mediante los medios de comunicación ⁽¹³²⁾. El estudio de Pérez et al., reveló que el 21,7% de los encuestados refirió haber recibido alguna información por parte de médicos u odontólogos ⁽¹³⁵⁾. Ccoicca et al., obtuvo resultados similares donde sólo un 13,5% señaló que se informó por un médico u odontólogo, mientras el 39,9% dijo que fue a través de los medios de comunicación ⁽¹³⁶⁾.

Observamos que, si bien el odontólogo es el profesional más competente para educar sobre CO, no juega a un rol importante a la hora de informar a la población sobre esta enfermedad. Diversos estudios enfatizan la necesidad de participación del odontólogo respecto a factores de riesgo, detección y prevención ⁽⁸¹⁾.

Respecto al personal de salud, un método muy eficiente de educar a la población es mediante la conversación cara a cara entre paciente y el profesional, de ahí la importancia de realizar campañas comunitarias y dentro del mismo box de atención.

En cuanto a los medios de comunicación, se ha distinguido entre los medios masivos (televisión, prensa escrita) y los pequeños medios (celulares, tablet). La forma en que llega en la información también depende del rango etario. Los jóvenes suelen estar más informados que los adultos mayores y lo hacen preferentemente por medios digitales. Los adultos mayores suelen informarse por radio, prensa escrita y afiches.

Objetivo N°5: Factores de riesgo percibidos para CO

Tabaco

En nuestro estudio, el 92,2% de los encuestados consideró el fumar tabaco como el principal factor de riesgo para CO. Esto mismo fue reportado en los estudios de Segeur, Esveile et al., y Concha et al., obteniendo el máximo porcentaje respecto a otros factores de riesgo ⁽¹⁰¹⁻¹⁰³⁾.

En el estudio de Warnakulasuriya, el 76% de los encuestados manifestó que el fumar puede causar CO ⁽¹²⁷⁾. En un estudio de Castillo, el 57% ⁽¹²⁶⁾. Saini et al, el 93,5% ⁽¹³¹⁾, West y cols., con un 84,7% ⁽¹²⁵⁾, Shetty et al., en un 82% ⁽¹³⁷⁾.

Resultados similares fueron obtenidos por Robledo ⁽¹³³⁾, García et al ⁽⁶⁹⁾, Valentín et al ⁽¹¹⁵⁾ y Ccoicca ⁽¹³⁶⁾.

En Chile, según la última encuesta nacional, la prevalencia del consumo de tabaco fue del 40,6%, considerándose el país de mayor consumo en Latinoamérica, con un promedio de 10 cigarrillos ⁽³⁾.

Por lo tanto, es importante crear conciencia y con esto, un cambio de hábito en la población.

Alcohol

El alcohol es el segundo factor de riesgo más importante señalado en la literatura. En nuestro estudio un 60,3% de la muestra percibió que puede estar asociado al CO, pero no fue considerado en segunda opción tras el tabaco. Esto mismo ocurrió en el estudio de Segeur, Esveile, Concha y Cruz ^(101-103,128).

En la literatura se puede observar que esta diferencia de asociación entre el tabaco y alcohol se repite en varios trabajos. En la investigación de Warnakulasuriya, el 76% relacionaba el tabaco con CO, pero sólo un 19% con el alcohol ⁽¹²⁷⁾. En la de Howard et al., el 57% con fumar y un 33% con alcohol ⁽¹²⁶⁾. Saini et al., el 93.5% con el tabaco y un 68,5% con alcohol ⁽¹³¹⁾.

Esto mismo fue reportado por West y cols. ⁽¹²⁵⁾, Ariyawardana y Vithanaarachchi ⁽⁸⁶⁾, Elango y colaboradores ⁽¹³⁴⁾, Villa et al. ⁽¹³⁸⁾.

Podemos notar que existe un desconocimiento sobre el alcohol como factor de riesgo para el desarrollo de un CO, lo cual es preocupante, tomando en cuenta que en Chile un 55,58% de la población consume alcohol, donde los hombres presentan un 62,15% y las mujeres un 43,56% ⁽¹³⁹⁾.

Según Rodríguez et al., el riesgo de padecer CO por fumar tabaco por sí solo es de un 77% y beber alcohol, de un 52%. Ambos factores combinados presentarían un 83% de riesgo ⁽¹⁴⁰⁾. Esta cifra es alarmante, tomando en cuenta que muchos de los fumadores, también beben alcohol. En América Latina, Chile es el país con la mayor tasa de consumo de alcohol ⁽¹³⁾, sin embargo, las campañas van dirigidas contra el tabaco, por lo que se sugiere que las campañas preventivas también se dirijan a atacar este otro hábito.

Mala higiene oral

En nuestro estudio y el de Segeur, la mala higiene fue relacionada al CO en segundo lugar ⁽¹⁰¹⁾, después del consumo de tabaco, obteniendo un 87,2% y 89,6%, respectivamente.

Caso contrario ocurrió en los estudios de Esveile et al., y Concha et al., con valores de 20,15% y 2,6%, atribuyéndose como la cuarta opción ^(102,103).

Si bien no hay investigaciones que reporten una relación directa entre higiene y CO, en nuestro estudio pudimos pesquisar que algunos pacientes justificaron la mala higiene, tanto de dientes naturales como por portadores de prótesis removible, por la proliferación de infecciones, argumentando que algunas formas de cáncer son provocadas por el virus del papiloma humano, concepto que está mal aplicado en este caso.

Personas mayores de 50 años

En nuestro estudio, el 46,3% de los pacientes consideró una mayor edad como factor de riesgo. Un valor similar fue obtenido por Segeur (43,1%) ⁽¹⁰¹⁾. En nuestro estudio, hubo evidencia estadísticamente significativa que la edad fue percibida como variable independiente para padecer un CO. Una concepción errónea, puesto a que mayor a edad, la acumulación de daños a nivel celular aumenta y con esto, el riesgo de padecer CO.

Dieta

La dieta también es un factor importante discutido en la literatura. En nuestro estudio y el de Segeur⁽¹⁰¹⁾, este factor obtuvo una baja valoración, siendo el 29,6% y 28,4% respectivamente, considerándose incluso menos importante que algunos distractores, colocados intencionalmente para evitar el fenómeno de deseabilidad social, como por ejemplo “tomar café cargado”, “perder todos los dientes” y “tomar té cargado”.

Este resultado podría deberse a un sesgo de información, debido a que, en nuestra encuesta, la dieta fue abordada como “comer en exceso”, mientras que en otros estudios se menciona como “dieta poco saludable”, lo cual ayuda a direccionar la pregunta.

Pese al escaso valor obtenido por nosotros, García et al., reportó una cifra aún más baja (19,2%) incluso especificando que se trataba de una dieta pobre en frutas y verduras ⁽²⁰⁾. Respecto a esto, en Chile sólo un 15,7% de la población consume cinco o más porciones de frutas o verduras al día, siendo mayor en mujeres con un 18,4% y hombres un 13% ⁽⁵⁰⁾. Existe una relación entre la escasez de nutrientes y la carcinogénesis por la disminución de la capacidad de reparación del epitelio ⁽⁶⁹⁾.

Objetivo N°6: Percepción sobre profesional capacitado para detectar un CO

En nuestro estudio un gran porcentaje de pacientes percibió que otro profesional, distinto al odontólogo y al estudiante de odontología, está mejor capacitado para detectar un CO. Otro porcentaje no estaba seguro, seguidamente se nombraba al médico general.

Al comparar al odontólogo titulado respecto al estudiantes de odontología, la mayoría de los encuestados consideró que odontólogo está mejor preparado para diagnosticar un CO, valiéndose de su experiencia. Un porcentaje reducido, dijo que sólo el estudiante de odontología, argumentando que ellos poseen un conocimiento más actualizado de una enfermedad relativamente moderna. Efectivamente, un estudio de Akbari sobre nivel de conocimiento de CO en odontólogos, encontró que los más jóvenes, es decir, con menos de 5 años de experiencia laboral, tenían mejor dominio del tema que los que llevaban más de 20 años de ejercicio profesional ⁽⁸³⁾.

A pesar de esto, aún existe una alta proporción de pacientes que se sienten más inclinados a buscar ayuda de un médico, más que de un odontólogo para tratar diversos cánceres, incluido el CO ⁽⁴⁷⁾. Esta predilección, puede deberse que gran parte de los pacientes tienen la idea que el odontólogo sólo trabaja sobre dientes y encías, sin considerar otras estructuras anatómicas, como lengua y tejidos blandos.

Por otro lado, en nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes piensa que un odontólogo no realiza un examen rutinario para pesquisar un CO. Esto no es del todo errado, ya que un estudio llevado a cabo en nuestro país donde se encuestó a odontólogos sobre sus prácticas rutinarias, un alto porcentaje afirmó que no realizaba un examen sistemático de la cavidad oral, ya sea por desconocimiento o escasez de tiempo ⁽⁸¹⁾.

Para agravar aún más el problema, la mitad de nuestros encuestados tenía la idea de que para detectar un CO se necesita de tecnología especializada, como un equipo de rayos X, sin considerar que el examen visual y palpación también son importantes.

Objetivo N°7: Relaciones entre variables demográficas, factores de riesgo y CO

En nuestro estudio se obtuvo que la mayoría de las variables demográficas no están relacionadas significativamente con el CO según la percepción de nuestros encuestados (valor-p > 0,05) a excepción de la edad (valor-p < 0,05). La no asociación de la gran mayoría de las variables puede deberse a que: El CO, al ser una enfermedad multifactorial, no existe un único factor relacionado fuertemente como causal estricto de ella, junto con esto; los factores de riesgo asociados tampoco son exclusivos de esta patología, lo que dificulta la asociación directa con ella entre todos los grupos. Respecto a esto, se hará un análisis de la literatura.

Edad

Dentro de los encuestados, se encontró que los adultos jóvenes (25-34 años) presentaban mayor percepción sobre la existencia de cáncer oral, y que el porcentaje de conciencia sobre la enfermedad se mantenía más o menos estable hasta los 64 años. El grupo con menor noción de la existencia de la enfermedad fue el grupo de 65 o más años. Estos resultados son consistentes con los de Robb et al.⁽¹⁴¹⁾ y Formosa et al.⁽⁸²⁾. El mayor porcentaje de percepción presentado en los adultos de estos rangos etarios puede explicarse debido al mejor acceso y uso de las redes de información y alto nivel de escolaridad^(82,86-88) de este grupo. La menor percepción en el grupo de más edad puede deberse a que su porcentaje en la muestra era muy pequeño, aunque, estudios señalan a este segmento como el de menor conocimiento en cuanto a la enfermedad ^(82,141).

Género

Tomando en cuenta que la percepción u opinión sobre un tema es diferente al nivel de conocimiento, los estudios de Howard & Castillo ⁽¹²⁶⁾, Cruz ⁽¹²⁸⁾, Choi y colaboradores ⁽¹⁴²⁾ y Robb y colaboradores ⁽¹⁴¹⁾ observaron un mayor nivel de

conocimiento sobre CO en mujeres en contraste con los hombres.

En el estudio de Carrasco y cols. ⁽¹²⁴⁾ las mujeres mostraron un mayor nivel de conocimientos sobre CO, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa respecto a los hombres (valor $p = 0,2$).

A diferencia de los estudios anteriores, Petti & Scully ⁽¹³⁰⁾ concluyeron que el conocimiento en hombres es mayor que en mujeres.

Esta discordancia entre los resultados puede deberse a factores culturales y sociales propios de las poblaciones donde se llevaron a cabo dichos estudios. Las tendencias actuales en cuanto a la enfermedad suelen mostrar como la diferencia en cuanto a la incidencia entre hombres y mujeres para el CO es cada vez menor; por lo que podríamos pensar que el comportamiento en cuanto a la brecha que existe en la percepción de esta misma tiene es similar.

Escolaridad

La literatura es unánime en decir que, a medida que aumenta el nivel educacional hay mayor conocimiento de la existencia del CO ^(126,128,131,132,134,143,144).

En Chile, Carrasco y colaboradores, también concluyeron que, a medida aumenta el nivel educacional, mayor es el número de personas que dice haber escuchado o leído sobre CO ⁽¹²⁴⁾. La diferencia entre grupos fue estadísticamente significativa (valor $p = 0,03$).

Estos resultados son importantes de analizar, considerando que cuando la escolaridad es baja, generalmente existe falta de comprensión de las medidas de prevención y control de salud y se entorpece la comunicación social, constituyendo un factor de riesgo ⁽¹⁴⁵⁾.

El nivel educacional permite que el receptor reciba apropiadamente los mensajes de prevención y educación dirigidos a ellos. Pérez y colaboradores ⁽¹³⁵⁾, indicaron que los pacientes con un nivel de educación superior tuvieron mejores resultados en relación a asimilación de los conocimientos entregados. Por otro lado, García y colaboradores ⁽⁶⁹⁾, mencionaron que el segmento de personas con nivel académico de bachillerato y con estudios a nivel de secundaria habían obtenido mejores resultados sobre el conocimiento en CO.

Finalmente, Ccoicca y Celene ⁽¹⁴⁶⁾, encontraron diferencias significativas entre el nivel educacional (valor $p = 0,025$) y conocimiento, donde los participantes con educación universitaria, presentaron mayor dominio de este tema, en comparación a los participantes con menor nivel de educación.

Hábitos nocivos

En el estudio de Carrasco y colaboradores ⁽¹²⁴⁾, se observó que un 36,2% de las personas que no fumaba dijo haber escuchado o leído sobre CO, porcentaje levemente superior respecto a los que fumaban (34,9%). Pero tampoco se

observaron diferencias estadísticamente significativas (valor $p = 0,6$).

En la literatura, también hay estudios que demuestran lo contrario; que el conocimiento sobre CO es inversamente proporcional a la prevalencia de hábitos nocivos. Es decir, las personas con mayor consumo de tabaco y alcohol tenían menor conocimientos sobre CO ^(125,134).

Debido a que estos hábitos están fuertemente arraigados en la población, es difícil generar un cambio conductual en los consumidores; si bien se han realizado campañas que desincentivan el consumo mediante imágenes e información con respecto a patologías asociadas; el resultado hasta ahora no ha sido el esperado. Esveile y cols., por ejemplo, relatan que la presencia de imágenes de advertencia en las cajetillas de cigarro no es suficientemente efectiva como herramienta para el cese del hábito ⁽¹⁰²⁾.

9.- CONCLUSIONES

La población de pacientes atendidos en las COUV se caracteriza por presentar una alta demanda del género femenino, con una media de edad de 44 años. La mayoría no pertenece a ninguna etnia, tiene estudios de nivel superior y se dedica a trabajos de oficina. Un gran porcentaje presenta como hábitos el fumar tabaco y beber alcohol.

Más de la mitad del total de pacientes ha visitado al odontólogo durante los últimos 12 meses, no existiendo diferencias significativas por género. El principal motivo de consulta es por presentar un problema específico y no por prevención. La mitad de los pacientes ha visitado al médico, existiendo diferencias significativas por género.

Gran parte de la población no realiza un autoexamen oral. El aumento de volumen sería el signo que más motivaría a consultar al odontólogo general. Desconociendo, en gran proporción, al especialista en patología oral.

El CO fue el menos reconocido respecto a otros tipos de cáncer, existiendo diferencia estadísticamente significativa. La televisión e internet fueron los principales medios de difusión, en contraste con el odontólogo y el estudiante de odontología.

Los principales factores percibidos por los pacientes para desarrollar un CO, fueron: fumar tabaco, mascar tabaco y exponerse mucho al sol (valor-p > 0,05).

Un alto porcentaje de pacientes considera que el odontólogo no está capacitado para detectar un CO y que tampoco realiza un examen preventivo rutinario. La mitad de ellos piensa que se necesita de tecnología especializada para pesquisarlo, en contraste con un examen clínico.

Para esta población, sólo la variable edad presentó una relación estadísticamente significativa respecto a la percepción sobre el CO (valor-p < 0,05).

10.- SUGERENCIAS

En este trabajo se evidencia la necesidad de informar a la población acerca de la existencia del CO, sus formas de prevención, factores de riesgo y manifestaciones bucales, especialmente en los grupos más vulnerables de nuestra sociedad y que presenten, como factores de riesgo, consumo de tabaco y alcohol.

Consideramos que se podrían realizar campañas de salud pública a través de medios de comunicación masivos enfocadas en la prevención, ya que parecen ser más efectivas para crear conciencia en la población, donde los profesionales de salud tengan un rol activo.

Además de las campañas de información, es imprescindible que el odontólogo tenga una participación activa a la hora prevenir esta enfermedad, mediante la educación y la detección temprana mejorando el pronóstico de los pacientes afectados.

Sugerimos realizar este estudio en otro tipo de establecimientos, como los servicios de atención primaria, para poder extrapolar los resultados a la población general. Asimismo, recomendamos contrastar el porcentaje de percepción sobre la existencia del CO en relación a otros tipos de cáncer de similar prevalencia para realizar un contraste de resultados.

11.- RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la percepción sobre cáncer oral (CO) y sus factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en las Clínicas de Odontología de la Universidad de Valparaíso (COUV), Chile, entre los meses de Abril y Junio del año 2019.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando una encuesta validada, aplicada cara a cara por dos encuestadores calibrados. Los datos fueron tabulados en Excel 2007 y analizados en el software STATA versión 11.2 utilizando Test de Chi-cuadrado, Test de Proporciones y Tau de Kendall con valor-p <0,05.

De 335 pacientes, 216(64,5%) fueron mujeres y 119(35,5%), varones. El 99% había escuchado sobre el cáncer de mama, 97% cáncer de piel, 95% cáncer de pulmón y 66,6% sobre CO. La televisión e internet fueron los medios de mayor difusión, en tanto el odontólogo (24,7%) y estudiante de odontología (15,7%) tuvieron menor participación.

El tumor (56%) y la úlcera (50%) fueron las lesiones que más motivarían a solicitar ayuda profesional. Una gran cantidad de pacientes consideró que el odontólogo no está capacitado para detectar un CO y que no realiza exámenes rutinarios, además de pensar que se requiere de tecnología especializada. Dentro de las variables demográficas, la edad fue la única que mostró relación significativa respecto a la percepción de CO (valor-p <0,05). Fumar tabaco, mascar tabaco y exponerse mucho al sol presentaron una relación significativa para padecer un CO percibida por los encuestados.

Los pacientes atendidos presentaron un nivel de percepción sobre CO inferior respecto a otros cánceres. Se reportó una baja participación del odontólogo y estudiante en informar respecto a CO, lo que lleva a que los pacientes consideren que los médicos o especialistas estén mejor capacitados. Se necesita educar a la población respecto a factores de riesgo, prevención y diagnóstico precoz.

Palabras clave: Cáncer oral, Percepción, Factores de riesgo

12.- REFERENCIAS

1. Riera S P, Martínez R B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Med Chil.* 2005;133(5):555–63.
2. Ramirez V, Vásquez-Rozas P, Ramírez-Eyraud P. Mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile, años 2002-2010. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral.* 2015;8(2):133–8.
3. Candia J, Fernández A, Somarriva C, Horna-Campos O. Mortalidad por cáncer oral en Chile, 2002-2012. *Rev Med Chil.* 2018;146(4):487–93.
4. Conway DI, Mcpherson LM, Gibson J, Binnie VI. Oral cancer: Prevention and detection. *Prim Dent Care.* 2002;9(4):119–23.
5. Chinn SB, Myers JN. Oral cavity carcinoma: Current management, controversies, and future directions. *J Clin Oncol.* 2015;33(29):3269–76.
6. Messadi D V. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. *Int J Oral Sci [Internet].* 2013;5(2):59–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ijos.2013.24>
7. Petridou E, Zavras AI, Lefatzis D, Dessypris N, Laskaris G, Dokianakis G, et al. The role of diet and specific micronutrients in the etiology of oral carcinoma. *Cancer.* 2002;94(11):2981–8.
8. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med.* 2007;356(19):1944–56.
9. Canova C, Richiardi L, Merletti F, Pentenero M, Gervasio C, Tanturri G, et al. Alcohol, tobacco and genetic susceptibility in relation to cancers of the upper aerodigestive tract in northern Italy. *Tumori.* 2010;96(1):1–10.
10. Lajer CB, Buchwald C Von. The role of human papillomavirus in head and neck cancer. *Apmis.* 2010;118(6–7):510–9.
11. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins - Patología Humana. 9na ed. Capítulo 5: Neoplasias. Elsevier Inc.; 2013. 161–215 p.
12. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: The next generation. Vol. 144, *Cell.* 2011. p. 646–74.
13. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia Nacional de Cáncer. Chile 2016. Estrategia Nacional de Cáncer. 2016.
14. Fouad YA, Aanei C. Revisiting the hallmarks of cancer. *Am J Cancer Res.* 2017;7(5):1016–36.

15. Rivera C. Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol*. 2015;8(9):11884–94.
16. Rhodus NL, Kerr AR, Patel K. Oral Cancer: Leukoplakia, Premalignancy, and Squamous Cell Carcinoma. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2014;58(2):315–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cden.2013.12.004>
17. Instituto Nacional del Cáncer. Diagnóstico y estadificación del cáncer [Internet]. Estadificación del cáncer. 2019 [cited 2019 Nov 13]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
18. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol*. 2015;31(4):247–59.
19. Valencia Lara SC. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Divers Perspect en Psicol*. 2006;2(2):241.
20. García-García V, Bascones MA. Cáncer oral: Puesta al día. *Av Odontoestomatol*. 2009;25(5):239–48.
21. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel-Soca PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. *Rev Cubana Estomatol*. 2016;53(3):128–45.
22. 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 Odontostomatol*. 2010;4(1):13–8.
23. Groome PA, Rohland SL, Hall SF, Irish J, Mackillop WJ, O'Sullivan B. A population-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral Oncol* [Internet]. 2011;47(7):642–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.04.018>
24. Millan A, González M. Tumores malignos de la mucosa oral. Barcelona-España: Bagán; 1995. 187–199 p.
25. Alvarez Amézaga J, Barbier Herrero L, Pijoan Del Barrio JI, Martín Rodríguez JC, Romo Simón L, Genolla Subirats J, et al. Diagnostic efficacy of sentinel node biopsy in oral squamous cell carcinoma. Cohort study and meta-analysis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12(3):201–9.
26. Santelices Ch. MJ, Cárcamo I. M, Brenner A. C, Montes F. R. Cáncer oral en Chile. Revisión de la literatura. *Rev Med Chil*. 2016;144(6):766–70.
27. FDI World Dental Federation. Prevention and patient management [Internet]. Ginebra, Suiza; 2018. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral_cancer-prevention_and_patient_management.pdf

28. Patel K j, De Silva HL, Tong DC, Love RM. Concordance between clinical and histopathologic diagnoses of Oral mucosal lesions. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2011;69(1):125–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.joms.2010.07.075%0A>
29. Scully C, Felix DH. Oral medicine - Update for the dental practitioner. Orofacial pain. *Br Dent J*. 2006;200(2):75–83.
30. Bustamante C. G. Diagnóstico y manejo clínico del paciente con cancer de boca y esofago. *Rev Actual Clínica*. 2010;3:115–9.
31. FDI, World Dental Federation. Cancer oral. 2018.
32. Ali Quadri MF, Saleh SM, Alsanosy R, Abdelwahab SI, Tobaigy FM, Maryoud M, et al. Effectiveness of an intervention program on knowledge of oral cancer among the youth of Jazan, Saudi Arabia. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2014;15(5):1913–8.
33. Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. Documento de consulta pública. Minsal 2018. [Internet]. Plan Nacional de Cáncer 2018-2028, Documento de consulta pública. Minsal 2018. Santiago, Chile; 2018. Available from: https://cdn.digital.gob.cl/filer_public/d3/0a/d30a1f5e-53d9-4a31-a4fe-e90d8d9a2348/documento_plan_nacional_de_cancer.pdf
34. Colil Muñoz C, Cueto Urbina A, Fernández Moraga A, Esguep Sarah A. Cáncer Orofaringeo: Caracterización de la Mortalidad en Urbanización Valparaíso-Viña del Mar 2001 - 2010. *Int J Odontostomatol*. 2013;7(1):117–23.
35. Bórquez M P, Capdeville F F, Madrid M A, Veloso o M, Cárcamo P M. Sobrevida global y por estadíos de 137 pacientes con cáncer intraoral . Experiencia del Instituto Nacional del Cancer. *Rev Chil Cir*. 2011;63(4):351–5.
36. Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med*. 2007;36(10):575–80.
37. Nair DR, Pruthy R, Pawar U, Chaturvedi P. Oral cancer: Premalignant conditions and screening - An update. *J Cancer Res Ther*. 2012;8(SUPPL. 2):57–66.
38. Morange M. What history tells us XXVIII. What is really new in the current evolutionary theory of cancer? *J Biosci*. 2012;37(4):609–12.
39. Scully C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(3):306–11.
40. Mehrotra R, Yadav S. Oral squamous cell carcinoma: Etiology, pathogenesis and prognostic value of genomic alterations. *Indian J Cancer*. 2006;43(2):60–6.

41. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Dis* [Internet]. 2009;15(6):388–99. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01563.x>
42. International Agency for Research on Cancer World Health Organization. A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia [Internet]. A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia. 2017 [cited 2019 Nov 12]. Available from: A digital manual for the early diagnosis of oral neoplasia
43. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical Evaluation of Diagnostic Aids for the Detection of Oral Cancer. *Oral Oncol.* 2008;44(1):10–22.
44. Bascones-Martínez A. Cáncer y precáncer oral: bases clínico-quirúrgicas y moleculares Title. Ediciones Avances Médico-Dentales, editor. 2013. 313 p.
45. Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. Oral cancer: Clinical features. *Oral Heatcare People Living with Oral Cancer* [Internet]. 2010;46(6):414–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2010.03.009>
46. Awan K, Khang T, Yee T, Zain R. Assessing oral cancer knowledge and awareness among Malaysian dental and medical students. *J Cancer Res Ther.* 2014;10(4):903–7.
47. Awojobi O, Scott SE, Newton T. Patients' perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2012;12:55. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed11&NEWS=N&AN=23249393>
48. Bhagavathula AS, Bin Zakaria N, Jamshed SQ. Knowledge of Future Dental Practitioners towards Oral Cancer: Exploratory Findings from a Public University in Malaysia. *Int J Dent.* 2015;2015.
49. Kassim NK, Mohd Adnan M, Chew WW, Lim ZR, Hanafi MH, Yusoff A. Awareness and knowledge of oral cancer among Siamese ethnic group in Tumpat, Kelantan. *Malaysian J Med Sci.* 2017;24(4):47–54.
50. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Encuesta nacional de salud 2016-2017 Segunda entrega de resultados. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2018.
51. Gupta P, Mehta F, Daftary D, Pinndborg J, Bhonsle R, Jainawalla P, et al. Incidence rates of oral cancer and natural history of oral precancerous lesions in a 10-year follow-up study of Indian villagers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1980;8(6):283–333.

52. International Agency for Research on Cancer World Health Organization. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. IARC Monogr Eval Carcinog Risks to Humans. 2010;96:9–38.
53. Brown JC, Winters-Stone K, Lee A, Schmitz KH, Brown Justin C, Winters-Stone Kerry LA and KS. Cancer, Physical Activity, and Exercise. *Compr Physiol*. 2012;2(4):2775–809.
54. Seitz HK, Pelucchi C, Bagnardi V, La Vecchia C. Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(3):204–12.
55. World Health Organization. Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. 2014.
56. Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2016;4(9):e609–16. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30143-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30143-7)
57. Koshiol J, Wozniak A, Cook P, Adaniel C, Acevedo J, Azócar L, et al. Salmonella enterica serovar Typhi and gallbladder cancer: a case–control study and meta-analysis. *Cancer Med*. 2016;5(11):3235–310.
58. Cruz J. *Oncología Clínica*. 6ta ed. España: Elsevier Inc.; 2017.
59. Smith JS, Melendy A, Rana RK, Pimenta JM. Age-specific prevalence of infection with human papillomavirus in females: a global review. *J Adolesc Heal*. 2008;43(4):51–62.
60. Woods RS, O'Regan E, Kennedy S, Martin C, O'Leary J, Timon C. The role of human papillomavirus in oropharyngeal squamous cell carcinoma. *World J Clin Cases*. 2014;2(6):172–93.
61. Ndiaye C, Mena M, Alemany L, Arbyn M, Castellsagué X, Laporte L. HPV DNA, E6/E7 mRNA, and p16INK4a detection in head and neck cancers: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* [Internet]. 2014;15(12):1319–31. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)70471-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(14)70471-1)
62. Marklund L, Hammarstedt L. Impact of HPV in oropharyngeal cancer. *J Oncol*. 2011;2011.
63. Betiol J, Villa LL, Sichero L. Impact of HPV infection on the development of head and neck cancer. *Brazilian J Med Biol Res*. 2013;46(3):217–26.
64. Genden EM, Ferlito A, Silver CE, Takes RP, Suárez C, Owen RP, et al. Contemporary management of cancer of the oral cavity. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2010;267(7):1001–17.
65. Galbiatti ALS, Padovani-Junior JA, Maníglia JV, Rodrigues CDS, Pavarino ÉC,

- Goloni-Bertollo EM. Head and neck cancer: Causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol* [Internet]. 2013;79(2):239–47. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130041>
66. Enrique P, Soca M, Herrera AA. El cáncer una enfermedad genética. *Correo Científico Med Holguín*. 2007;11(3):1–17.
 67. Cordero K, Espinoza I, Cáceres D, Roco Á, Miranda C, Squicciarini V, et al. Oral cancer susceptibility associated with the CYP1A1 and GSTM1 genotypes in Chilean individuals. *Oncol Lett*. 2010;1:191–7.
 68. Divisi D, Tommaso S Di, Salvemini S, Garramone M, Crisci R. Diet and cancer. *Acta Biomédica*. 2006;77:118–23.
 69. García J, Castro C, Estrada N, Alfaro M. Conocimiento sobre factores de riesgo asociados al cáncer bucal por parte de la población adulta del municipio de San Salvador. *Rev Médica Univ Evang El Salvador*. 2012;332–62.
 70. Asad Iqbal MD, Khan M, Kumar P, Kumar A, Ajai K. Role of vitamin e in prevention of oral cancer:-A review. *J Clin Diagnostic Res*. 2014;8(10):ZE05–7.
 71. Aune D, Giovannucci E, Boffetta P, Fadnes LT, Keum NN, Norat T, et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality-A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Epidemiol*. 2017;46(3):1029–56.
 72. Van Breemen RB, Pajkovic N. Multitargeted therapy of cancer by lycopene. *Cancer Lett*. 2008;269(2):339–51.
 73. Tomatis L. Inequalities in cancer risks. *Semin Oncol*. 2001;28(2):207–9.
 74. Gheno JN, Martins MA ntoni. T, Munerato MC ristin., Hugo FN eve., Sant'ana Filho M, Weissheimer C, et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. *Braz Oral Res*. 2015;29(1):1–6.
 75. Saraiya M, Glanz K, Briss PA, Nichols P, White C, Das D, et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation: A systematic review. *Am J Prev Med*. 2004;27(5):422–66.
 76. Centers for Disease Control and Prevention. Sun safety. 2015; Available from: https://www.cdc.gov/cancer/skin/basic_info/sun-safety.htm
 77. Santana Garay J. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: ECIMED; 2002.
 78. Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: Aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(SUPPL. 1):46–57.

79. Castro ZB, Pérez IR, Tarragó JDM, Calzado ER, Obaya TR, Jiménez MEF. Relación histopatológica de la displasia epitelial con la oncoproteína p53 en la leucoplasia bucal. *Rev Cubana Estomatol.* 2012;49(1):20–9.
80. Mignogna MD, Fedele S. Oral cancer screening: 5 Minutes to save a life. *Lancet.* 2005;365(9475):1905–6.
81. Stillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile. *Int J Odontostomatol.* 2016;10(3):521–9.
82. Formosa J, Jenner R, Nguyen-Thi MD, Stephens C, Wilson C, Ariyawardana A. Awareness and knowledge of oral cancer and potentially malignant oral disorders among dental patients in Far North Queensland, Australia. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2015;16(10):4429–34.
83. 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 2014. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2015;16(16):6987–90.
84. Yellowitz JA, Goodman HS. Assessing physicians' and dentists' oral cancer knowledge, opinions and practices. *J Am Dent Assoc [Internet].* 1995;126(1):53–60. Available from: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1995.0024%0A>
85. Sergio F, Filho L, Carlos J, Galduróz F, Noto AR, Nappo SA, et al. Random sample survey on the prevalence of smoking un the major cities of Brazil. *J Brazilian Pneumol.* 2009;35(12):1204–11.
86. Ariyawardana A, Vithanaarachchi N. Awareness of oral cancer and precancer among patients attending a hospital in Sri Lanka. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2005;6(1):58–61.
87. Agrawal M, Pandey S, Jain S, Maitin S. Oral cancer awareness of the general public in Gorakhpur city, India. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012;13(10):5195–9.
88. Amarasinghe HK, Usgodaarachchi US, Johnson NW, Lalloo R, Warnakulasuriya S. Public awareness of oral cancer, of oral potentially malignant disorders and of their risk factors in some rural populations in Sri Lanka. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(6):540–8.
89. Scott S, McGurk M, Grunfeld E. Patient delay for potentially malignant oral symptoms. *Eur J Oral Sci.* 2008;116(2):141–7.
90. Scott SE, McGurk M, Grunfeld EA. The process of symptom appraisal: Cognitive and emotional responses to detecting potentially malignant oral symptoms. *J Psychosom Res.* 2007;62(6):621–30.
91. McGurk M, Chan C, Jones J, O'Reagan E, Sherriff M. Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.*

2005;43(4):281–4.

92. McLeod NMH, Saeed NR, Ali EA. Oral cancer: Delays in referral and diagnosis persist. *Br Dent J*. 2005;198(11):681–4.
93. Gómez I, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. *Eur J Oral Sci* [Internet]. 2009;117(5):541–6. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2009.00672.x>
94. Peacock ZS, Pogrel MA, Schmidt BL. Exploring the reasons for delay in treatment of oral cancer. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2008;139(10):1346–52. Available from: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2008.0046%0A>
95. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Johnson NW, Warnakulasuriya S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: A case-control study. *Oral Oncol*. 2004;40(3):304–13.
96. Croucher R, Islam SS, Nunn H. Campaign awareness and oral cancer knowledge in UK resident adult Bangladeshi: A cross-sectional study. *Br J Cancer* [Internet]. 2011;105(7):925–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2011.317>
97. Organización Panamericana de la Salud. Campaña Saca la Lengua [Internet]. OPS. 2018 [cited 2019 Nov 12]. Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=101%0A
98. W. Kip Viscusi. An assessment of the effect of Australian plain packaging regulation: analysis of Roy Morgan research data, CITTS data, and NTPPTS data. 2018.
99. World Health Organization. MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. [Internet]. 2015. Available from: <http://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>
100. Argimon J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4th ed. Barcelona-España: Elsevier Inc.; 2013. 200–209 p.
101. Segeur S. Percepción sobre cáncer oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Viña del Mar durante el año 2019. Universidad de Viña del Mar; 2019.
102. Esveile C, Sepúlveda R. Cáncer oral: Nivel de conocimiento asociado a la difusión de su imagen en cajas de cigarrillos. Universidad de Valparaíso; 2012.
103. Concha C, Neira M. Cáncer oral: Nivel de conocimiento de pacientes atendidos en consultorios pertenecientes a la CORMUVAL, Valparaíso. Universidad de Valparaíso; 2011.

104. Rich J, Roe M. A poor man's plight: Uncovering the disparity in men's health. *Oral Health* [Internet]. 2002; Available from: <http://minority-health.pitt.edu/archive/00000038/>
105. Banks I. New Models for Providing Men with Health Care. *J Men's Heal Gend* [Internet]. 2004;1(2-3). Available from: <http://doi.org/10.1016/j.jmhg.2004.07.023>
106. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005;49(6):616-23. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x>
107. Mideplan. Mideplan - Informe de Política social 2011. Vol. 53, Gobierno De Chile. 2011.
108. Ro MJ, Casares C, Treadwell H. *A Man's Dilemma: Healthcare of Men Across America - A Disparities Report*. 2004. Atlanta; 2004.
109. Instituto Nacional de Estadísticas Ministerio de Planificación Nacional. *Estadísticas Sociales de los pueblos Censo 2002*. Santiago, Chile: INE; 2002. 17 p.
110. Instituto Nacional de Estadística de Chile. *Encuesta nacional de empleo, promedio de cuatro trimestres*. 2002. Santiago, Chile; 2002.
111. Tarvainen L, Kyyrönen P, Kauppinen T, Pukkala E. Cancer of the mouth and pharynx, occupation and exposure to chemical agents in Finland [in 1971-95]. *Int J Cancer*. 2008;123(3):653-9.
112. Puñal-Riobóo J, Varela-Lema L, Barros-Dios JM, Juiz-Crespo MA, Ruano-Raviña A. La ocupación como factor de riesgo del cáncer oral y de faringe. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2010;61(5):375-83.
113. Tarvainen L, Suojanen J, Kyyronen P, Lindqvist C, Martinsen J, Kjaerheim K, et al. Occupational Risk for Oral Cancer in Nordic Countries. *Int J Cancer Res Treat* [Internet]. 2017;37(6):3221-8. Available from: <http://ar.iiarjournals.org/content/37/6/3221.abstract>
114. Conway DI, Petticrew M, Marlborough H, Berthiller J, Hashibe M, Macpherson LMD. Socioeconomic inequalities and oral cancer risk: A systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Int J Cancer*. 2008;122(12):2811-9.
115. Valentín González F, Rodríguez González G, Conde Suárez H, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. *Rev Médica Electrónica*. 2017;39(2):245-58.
116. Howard Mora M, Castillo Rivas J. El nivel de conocimiento que tiene el estudiantado de Medicina sobre el cáncer bucal en Costa Rica. *Publicación Cient Fac Odontol UCR*. 2010;(12).

117. Cortes EM, Trejo CSF, Rodriguez JCM, Gómez CC. Asociación Entre El Motivo De Consulta Y El Diagnóstico En Pacientes De La Climuzac. *Iberoam las Ciencias la Salud* [Internet]. 2014;3(6). Available from: <file:///C:/Users/Daysi/Favorites/Downloads/Dialnet-AsociacionEntreElMotivoDeConsultaYEIDiagnosticoEnP-5045741.pdf>
118. Hunt K, Adamson J, Hewitt C, Nazareth I. Do women consult more than men? A review of gender and consultation for back pain and headache. *J Heal Serv Res Policy*. 2011;16(2):108–17.
119. Hunt K, Adamson J, Galdas P. Gender and Help-seeking: Towards Gender-comparative Studies. In: *The Palgrave Handbook of Gender and Healthcare* [Internet]. London: Palgrave Macmillan; 2010. Available from: https://doi.org/10.1057/9780230290334_13
120. Gómez EG. Equidad, género y salud: Retos para la acción. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2002;11(5–6):454–61.
121. Subsecretaría de Salud Pública - División De Prevención y Control de Enfermedades. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2011. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b7e8f68be82d7f2fe040010165013351.pdf>
122. Noroña C. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Rev Ciencias Médicas*. 2013;17(4):24–32.
123. Botero D, Gallego K, Gutiérrez AM, Quintero M, Ramírez M, Posada-lópez A. Cáncer bucal: conocimientos , actitudes y prácticas de los usuarios de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia , 2016. *Rev Nac Odontol Univ Coop Colomb*. 2018;13(26).
124. Carrasco S. Conocimiento de cáncer oral en la población adulta de 35-44 años y 65-74 años en Chile [Internet]. Universidad de Chile; 2009. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/135175/restricted-resource?bitstreamId=114666>
125. West R, Alkhatib MN, McNeill A, Bedi R. Awareness of mouth cancer in Great Britain. *Br Dent J*. 2006;200(3):167–9.
126. Howard M, Castillo J. Cáncer bucal: conocimiento básico de la población en Costa Rica. *Odontos*. 2004;6:94–102.
127. Warnakulasuriya KAAS, Harris CK, Scarrott DM, Watt R, Gelbier S, Peters TJ, et al. An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *Br Dent J*. 1999;187(6):319–22.
128. Cruz GD, Le Geros RZ, Ostroff JS, Hay JL, Kenigsber H, Franklin DM. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral

- cancer screening program. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2002;133(8):1064–71. Available from: <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2002.0330%0A>
129. Oh J, Kumar J, Cruz G. Racial and ethnic disparity in oral cancer awareness and examination: 2003 New York state BRFSS. *J Public Health Dent.* 2008;68(1):30–8.
 130. Petti S, Scully C. Oral cancer knowledge and awareness: Primary and secondary effects of an information leaflet. *Oral Oncol* [Internet]. 2007;43(4):408–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2006.04.010>
 131. Saini R, Ghani Z, Rahman N. The awareness of oral cancer in adult patients attending School of Dental Sciences, Universiti Sains Malaysia: a preliminary study. *Singapore Dent J.* 2006;28(1):34–9.
 132. Lawojin J, Aderinokun G, Kolude B, Adekoya S, Ogundipe B. Oral cancer awareness and prevalence of risk behaviours among dental patients in South-western Nigeria. *African J Med Sci.* 2003;32(2):203–7.
 133. Robledo G. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Claves Odontol.* 2008;15(61):23–30.
 134. Elango JK, Sundaram KR, Gangadharan P, Subhash P, Peter S, Pulayath C, et al. Factors affecting oral cancer awareness in a high-risk population in India. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2009;10(4):627–30.
 135. Doncel Pérez C, Méndez Calunga M, Betancourt Dieste H, Castillo Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. *Rev Cuba Med Mil.* 2014;43(1):52–60.
 136. Ccoicca H. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en pacientes adultos que acuden al servicio de diagnóstico de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año 2017. *UNMSM;* 2017.
 137. Shetty K, Brown J. Oral cancer risk factors among Mexican American Hispanic adolescents in South Texas. *J Dent Child.* 2009;76(2).
 138. Villa A, Kreimer AR, Pasi M, Polimeni A, Cicciu D, Strohmeger L, et al. Oral Cancer Knowledge: A Survey Administered to Patients in Dental Departments at Large Italian Hospitals. *J cancer Educ.* 2011;26(3):505–9.
 139. Senda-Minsal. El consumo de alcohol en Chile: Situación epidemiológica. *Gob Chile.* 2016;10–1.
 140. Rodríguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. Risk Factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol.* 2004;40(2):207–13.

141. Robb K, Stubbings S, Ramirez A, Macleod U, Austoker J, Waller J, et al. Public awareness of cancer in Britain: A population-based survey of adults. *Br J Cancer* [Internet]. 2009;101(S2):S18–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6605386>
142. Choi Y, Dodd V, Watson J, Tomar SL, Logan HL, Edwards H. Perspectives of African Americans and dentists concerning dentist–patient communication on oral cancer screening. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2008;71(1):41–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.11.011>
143. Patton LL, Agans R, Elter JL, Southerland JH, Strauss RP, Kalsbeek WD. Oral Cancer Knowledge and Examination Experiences Among North Carolina Adults. *J Public Health Dent* [Internet]. 2007;64(3):173–80. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2004.tb02748.x>
144. Garcia Heredia GL, Miranda Tarragó JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol*. 2009;46:79–90.
145. Proia NK, Paszkiewicz GM, Nasca MAS, Franke GE, Pauly JL. Smoking and smokeless tobacco-associated human buccal cell mutations and their association with oral cancer - A review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(6):1061–77.
146. Ccoicca H, Celenne M. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en pacientes adultos que acuden al servicio de diagnóstico de la Facultad de Odontología de la UNMSM en el año 2017 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7492>

ANEXO 1: Carta de aprobación

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación**

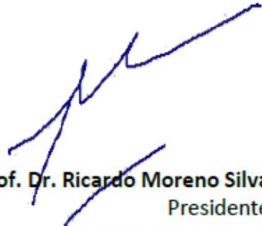
Valparaíso, 13 de marzo de 2019

**Sr.
Prof. Dra. Karina Cordero Torres
Presente**

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado "Percepción sobre Cáncer Oral y Factores de Riesgo en Pacientes Adultos Atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso durante el Año 2019", bajo el código PREG-05-18, no encontrándose reparos desde el punto de vista metodológico ni bioético. En consecuencia, puede iniciar la ejecución de su proyecto.

Atentamente,



Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva
Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología

ANEXO 2: Encuesta validada y aplicada a los pacientes

Encuesta: Percepción sobre cáncer oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso durante el 2019

Clínica de origen del paciente: Pregrado Postgrado

Nº de encuesta (Nº de consentimiento): _____

Iniciales del encuestado(a): _____

Edad: _____

Teléfono: _____

Comuna de residencia actual: _____

País de nacimiento: _____

¿Ud ha enfermado de cáncer en alguna parte de su cuerpo? Sí No

Si la respuesta fue Sí, especificar dónde: _____

Sección A: Acerca de usted

1.- ¿Cuál es su género?

Masculino Femenino Otro

2.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero(a) Divorciado(a)
 Casado(a) Viudo(a)
 Conviviente Otro (especificar): _____

3.- ¿Pertenece a alguno de estos grupos étnicos?

No Aymara
 Mapuche Otro: _____
 Rapa Nui

4.- ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

Menos de 8 años (Básica incompleta)
 Entre 8 y 12 años (Media completa)
 Más de 12 años (Educación superior)

Sección B: Uso que usted hace de los servicios de salud y dental

1.- Antes de la visita de hoy, ¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al dentista?

Durante este año Hace 1 o 2 años Hace más de 2 años

2.- Generalmente, usted visita al dentista para:

- Un chequeo en forma periódica (frecuente, regular)
- Por un chequeo ocasional
- Sólo cuando se presenta algún problema en sus dientes

3.- ¿Cuándo fue la última visita a su médico general?

- Durante este año
- Hace más de 2 años
- Hace 1 o 2 años
- Nunca ha ido al médico general

4.- Imagine que usted presentara alguno de los siguientes síntomas. Indique a qué profesional de la salud acudiría para buscar ayuda.

**** Boca: Incluye interior de labios, lengua, mejillas y encías.**

Síntoma	Médico general	Dentista	Farmacéutico	Otro (anotar)	Ninguno
A. Mancha blanca en la boca que ha durado más de tres semanas					
B. Mareos que han durado más de tres semanas					
C. Mancha roja en la boca que ha durado más de tres semanas					
D. Dolor estomacal que ha durado más de tres semanas					
E. Úlcera o herida dolorosa en la boca que ha durado más de tres semanas					
F. Mancha amarilla en la boca que ha durado más de tres semanas					
G. Sarpullido o erupción en la cara que ha durado más de tres semanas					
H. Bulto o hinchazón en la boca que ha durado más de tres semanas					
I. Dolor de garganta que ha durado más de tres semanas					
J. Dolor de cabeza que ha durado más de tres semanas					
K. Dolor o malestar en la boca que ha durado más de 3 semanas					

5.- ¿Ha escuchado que existe un profesional llamado patólogo oral?

- Sí
- No

Sección C: Creencias sobre el cáncer

1.- ¿Ha oído hablar de los siguientes cánceres?

	Sí	No
Cáncer a la piel		
Cáncer de mama		
Cáncer de pulmón		
Cáncer de boca		

2.- Si ha oído sobre el cáncer de boca ¿dónde obtuvo la información? (marque todas las que considere)

- Televisión Radio Internet Dentista
 Estudiante de odontología Cajetilla de cigarro Afiche
 Otros (anotar): _____

3.- Respecto al cáncer de boca, ¿cuánto cree que sabe?

- Mucho Poco Nunca lo había escuchado

4.- De las siguientes personas, ¿quién cree que está capacitado para revisar la boca para buscar signos de cáncer?

- Dentista Estudiante de Odontología Ambos Ninguno
 No sabe/ No está seguro Otro (anotar): _____

5.- Durante las citas dentales, ¿quién ha revisado su boca para detectar signos de cáncer?

- Dentista Estudiante de Odontología Ambos Ninguno
 No sabe/ No está seguro Otro (anotar): _____

6.- ¿Cuándo le revisaron por última vez la boca para detectar signos de cáncer?

- Durante este año Hace 1 o 2 años No sabe/ No está seguro
 Hace 2 o 3 años Más de 3 años
 Nunca han revisado mi boca para detectar signos de cáncer de boca

7.- Durante las citas dentales, ¿alguien le ha palpado (tocado) debajo de su mentón (barbilla o “la pera”) y alrededor de su cuello?

- Dentista Estudiante de Odontología Ambos Ninguno
 No sabe/ No está seguro Otro (anotar): _____

8.- ¿Alguien le explicó por qué le estaba palpando (tocando) en esa zona?

- Dentista Estudiante de Odontología Ambos Ninguno
 No sabe/ No está seguro Otro (anotar): _____

9.- ¿Usted desearía que su dentista le informara que ha revisado su boca para detectar signos de cáncer?

Sí No No sabe/ No está seguro

10.- ¿Usted desearía que su dentista le ayude a reducir el riesgo de enfermarse de cáncer de boca?

Sí No No sabe/ No está seguro

11.- ¿Usted ha revisado su boca buscando cáncer de boca?

Sí No

12.- Favor, indique si está de Acuerdo (Sí) o en Desacuerdo (No) con las siguientes frases:

	De acuerdo / Sí	No / Desacuerdo	No sabe
A. Será una pérdida de tiempo que un dentista revise mi boca para detectar cáncer			
B. Me causará molestia física si un dentista revisa mi boca para buscar cáncer			
C. Si realmente tuviese cáncer de boca y no me he dado cuenta, un dentista podría diagnosticarlo oportunamente			

13.- ¿Cómo se sentiría usted si sabe que le están examinando para ver si tiene cáncer de boca?. Responda las 2 categorías: Temor y Preocupación

	Mucho	Poco	Nada
a. Temor			
b. Preocupación			

14.- Para las siguientes frases, indique si cree que es SÍ o NO respecto al siguiente enunciado:

“Las personas tienen más riesgo de enfermarse de cáncer de boca si...”

	Sí	No
Son mayores de 50 años		
Fuman tabaco (cigarrillos, pipa, etc.)		
Fuman marihuana		
Toman té cargado		
Toman café de grano cargado		
Toman café descafeinado		
Mascan tabaco		
Beben mucho alcohol		
Usan prótesis dental		
Comen frutos secos (nueces, avellanas, etc.)		
Comen en exceso		
Son varones		
Son mujeres		
Perdieron todos sus dientes		
Toman líquidos calientes (hierbas, infusiones)		
Tienen mala higiene de la boca		
Se exponen mucho al sol		

¿Ud cree que hay otras causas además de las mencionadas? Si es así, anótelas:

14.- Para las siguientes frases, indique si cree que es SÍ o NO respecto al siguiente enunciado:
"Si un dentista le realiza un control para detectar cáncer de boca, usted piensa que..."

	Sí	No
Es indoloro		
No es necesario si usted usa prótesis dental		
Se realiza utilizando rayos x		
Puede descubrir cáncer de boca tempranamente		
Sólo tarda unos minutos		
El dentista siempre lo realiza cuando ve mi boca		
Sólo es necesario para personas mayores de 70 años		

15.- Si ha oído del cáncer de boca, ¿Cuáles cree usted que podrían ser las formas de presentarse?

	Sí	No
Manchas blancas o rojas		
Heridas que no cicatrizan		
Aumento de volumen o tumor		
Otro (especificar): _____		

16.- ¿Cree que una persona puede morir por cáncer de boca?

Sí No

Sección D: Preguntas sobre su estilo de vida

1.- ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?

Nunca Una vez al mes 2 a 4 veces al mes
 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

2.- ¿Cuántos vasos usted consume normalmente en un día que bebe alcohol?

0 3 a 4 7 a 9
 1 a 2 5 a 6 10 o más

3.- ¿Qué tan seguido usted consume 6 o más vasos alcohol?

Nunca 1 vez al mes
 Menos de 1 vez al mes 1 vez a la semana

4.- ¿Actualmente usted fuma tabaco (cigarrillo)?

Sí No, pero fumaba No, nunca he fumado

5.- Indique la cantidad de cigarrillos que fuma o fumaba

	De LUNES a VIERNES	De SÁBADO a DOMINGO
Cantidad de cigarrillos		

7.- Si ha dejado de fumar cigarrillos, ¿Hace cuánto tiempo lo dejó?

- 6 meses a menos de un año atrás
- 1-2 años atrás
- 3-5 años atrás
- 6-10 años atrás
- Más de 10 años atrás

8.- ¿Usted consume algún otro tipo de tabaco (por ejemplo, el tabaco de mascar)?

- Sí
- No

9.- Si usted dejó de fumar ¿podría contarnos qué lo motivó a dejar de hacerlo?

- Opción personal
- Consejo familiar
- Motivos de salud
- Motivos económicos
- Otros: _____

10.- ¿Cree que las campañas de etiquetado de las cajetillas han ayudado a que la gente disminuya su consumo?

- Sí
- No

¿Tiene alguna explicación para esa respuesta?

11.- ¿Usted fuma marihuana?

- Sí
- No

Sección E: Las siguientes preguntas son acerca de su trabajo

¿Cuál es (o fue) su principal empleo?: _____

¿Si ud trabaja (o trabajaba), lo hizo como trabajador dependiente o independiente?

- Empleado (Trabajador dependiente de un jefe)
- Trabajador independiente con empleados a cargo
- Trabajador independiente / a honorarios sin empleados

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE EN TESIS DE INVESTIGACIÓN

Estimado Paciente: este formulario tiene dos partes:

- 1. La hoja informativa.**
- 2. El Acta de Consentimiento (para registrar su autorización).**

Recibirá una copia de este formulario completo.

Parte I: Hoja informativa.

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Percepción sobre Cáncer Oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019”, cuyo investigador principal es la Dra. Karina Cordero, docente de la cátedra de la Patología Oral.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación se realizará en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019.
2. Problema a investigar: Existen enfermedades de la boca que pueden ser prevenidas identificando sus factores de riesgo, así como signos que pueden ser detectados por el propio paciente y no sólo por el dentista. Esta investigación se centra en el cáncer, enfermedad que ha ido en aumento con el correr de los años y el conocimiento que los pacientes tienen en relación a ésta.
3. Objetivo: Conocer la opinión que usted tiene sobre el cáncer basado en su experiencia. Estos pueden ayudarnos darle herramientas para que usted sepa qué medidas puede tomar y a quién consultar en caso de detectar algún problema.
4. La participación es de carácter voluntaria y consiste en responder una encuesta, de no más de 15 minutos, que le será aplicada por un estudiante de odontología. Esto se realizará en la sala de espera para no comprometer su hora de atención dental.
5. Responder una encuesta no representa ningún riesgo para usted ni a las personas que la aplican.
6. El participante no recibirá dinero por responder esta encuesta, pero si se le entregará un folleto con información sobre el autoexamen de la cavidad oral, lesiones sospechosas y además un kit de higiene oral.

7. El participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento. Si lo desea, puede comunicarse con la Dra. Karina Cordero, docente guía, perteneciente a la Cátedra de Patología Oral de la Universidad de Valparaíso al teléfono 32 250 85 28. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario comunicándose al investigador principal; su retiro no lo perjudicará en la atención odontológica en nuestra Facultad de Odontología, ni se interrumpirá su atención en el sistema de salud al que esté accediendo.
8. Los datos personales serán tratados en forma confidencial y no aparecerán en los informes finales. Se le asignará un código a las respuestas a fin de mantener el anonimato de quien las emite.
9. El registro de datos será reservado y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores de este trabajo. La información será resguardada por el investigador principal y almacenada en un portafolios personal.
10. Los resultados finales de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones científicas y/o académicas a fin de aumentar el conocimiento y podrían ser utilizados en otras investigaciones con objetivos similares al de este trabajo, siempre preservando la identidad del participante.
11. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité Institucional de Bioética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Mariana Rodríguez, al teléfono +56 32-2603136, o a través del mail institucional cec.uv@uv.cl
12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Investigador principal

Nombre: Karina Cordero Torres.

Teléfono y/o mail de contacto: karina.cordero@uv.cl

Parte II. Acta de Consentimiento

He leído la información, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha respondido satisfactoriamente. Por lo tanto, de manera voluntaria consiento a participar en esta investigación, respondiendo de manera sincera la encuesta que me será aplicada. Además, autorizo a la utilización de los datos que entrego, excepto mi nombre completo

No autorizo a que se me contacte vía telefónica, carta a mi domicilio o correo electrónico cuando se necesite información para realizar la investigación.

N.º de consentimiento:

Nombre completo del Paciente:

Firma del Paciente:

Fecha: ____/____/____

Día/Mes/Año

ANEXO 4: Solicitud de permiso a jefe de clínica



Valparaíso, 26 de Marzo de 2019.

Dr. Jaime Jamett R.
Director de Servicios clínicos.
Facultad de Odontología
Universidad de Valparaíso
PRESENTE.

Estimado Dr. Jamett:

Junto con saludar, nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para entrevistar pacientes de la Facultad de Odontología UV, como parte de nuestro proyecto de tesis, titulado:

"Percepción sobre Cáncer Oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019".

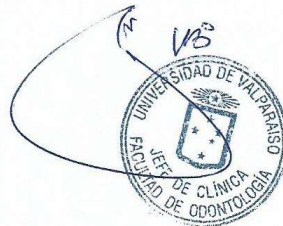
Este trabajo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Valparaíso, bajo el código Preg0518 cuya docente guía es la Dra. Karina Cordero Torres.

Las entrevistas se realizarán dentro de las dependencias de la facultad, en salas de espera de las clínicas A, B, C y UCEOT, los horarios serán de lunes a viernes dentro de las jornadas AM, PM y/o extensión, durante los meses de Marzo (piloto), Abril, Mayo y Junio del 2019.

Esperamos contar con su aprobación para la ejecución de este trabajo.

Saludan atentamente a usted:

Lionel González.
Javier López.



Subida Carvallo 211, Valparaíso | Fono: +56 (32) 250 8528 |

ANEXO 5: Resultados tabulados

Género de los encuestados	n	%
Femenino	216	64,47
Masculino	119	35,52
Total	335	100

Tabla III: Cantidad de pacientes según género.

Rango Etario	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
18-24	29	24,37	29	13,43	58	17,31
25-34	32	26,89	34	15,74	66	19,7
35-44	12	10,08	33	15,28	45	13,43
45-54	20	16,81	45	20,83	65	19,4
55-64	11	9,24	49	22,69	60	17,91
65-74	10	8,4	18	8,33	28	8,36
>75	5	4,3	8	3,7	13	3,88
Total	119	100	216	100	335	100

Tabla IV: Distribución de los pacientes en relación al rango etario por género.

Motivo de visita al odontólogo	n	%
Cuando tiene problema	206	61,49
Chequeo frecuente	66	19,7
Chequeo ocasional	63	18,8
Total	335	100

Tabla VII: Motivo de visita al odontólogo general.

Autoexamen bucal	n	%
No	320	95,52
Sí	15	4,48
Total	335	100

Tabla X: Frecuencia de autoexamen de la cavidad oral en los pacientes encuestados.

Presentación del cáncer oral	n	%
Tumor	271	80,89
Úlceras	249	74,32
Manchas rojas o blancas	222	66,26

Tabla XI: Percepción sobre presentación de un CO.

Tipos de cáncer	n	%
Mama	331	98,81
Piel	326	97,31
Pulmón	318	94,93
Boca	223	66,57

Tabla XIII: Cantidad de pacientes que han escuchado sobre distintos tipos de cáncer.

¿Ha oído sobre Cáncer Oral?	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
Sí	71	63,87	152	68,06
No	48	36,13	64	31,94
Total	119	100	216	100

Tabla XIV: Percepción sobre CO, separado por género.

Fuente de Información	n	%
Internet	101	45,29
Televisión	101	45,29
Cajetilla de Cigarro	92	41,26
Afiche	56	25,11
Odontólogo	55	24,66
Otra Fuente	41	18,39
Estudiante de Odontología	35	15,7
Radio	16	7,17

Tabla XV: Fuentes de información sobre CO.

Profesional capacitado para detectar un cáncer de boca	n	%
Otro profesional (médico, especialista)	135	40,3
No Sabe	88	26,27
Sólo el odontólogo	51	15,22
Odontólogo y Estudiante	39	11,64
Sólo el Estudiante	22	6,57
Total	335	100

Tabla XVIII: Percepción de los pacientes sobre profesional capacitado para detectar un CO.

¿Un examen de CO se realiza rutinariamente?	n	%
No	212	63,28
Sí	123	36,71
Total	335	100

Tabla XIX: Percepción de los pacientes sobre realización de examen rutinario de CO por parte del odontólogo.

¿Se necesitan rayos X para detectar un CO?	n	%
No	169	50,44
Sí	166	49,55
Total	335	100

Tabla XX: Percepción de los pacientes sobre necesidad de utilizar rayos X para detectar un CO.

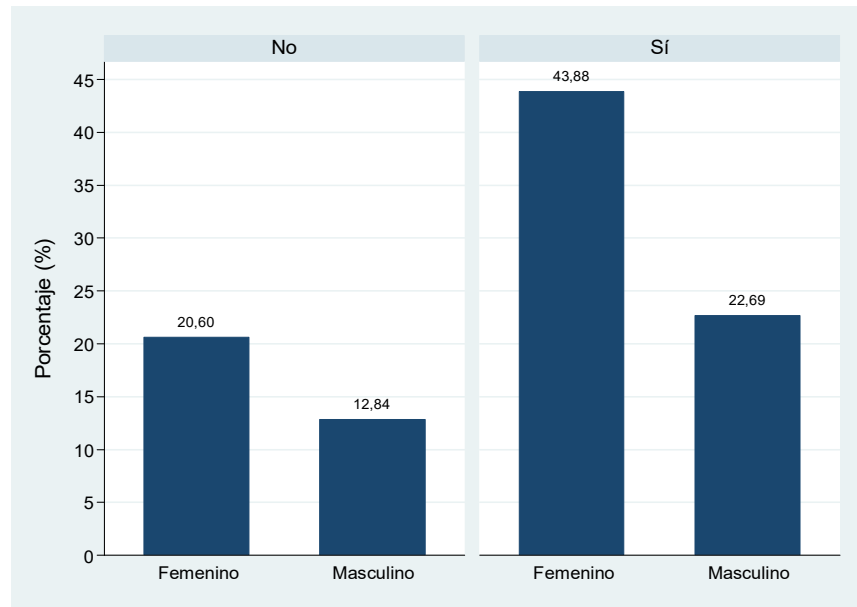


Figura N°15: Distribución del género de los encuestados según percepción del CO.

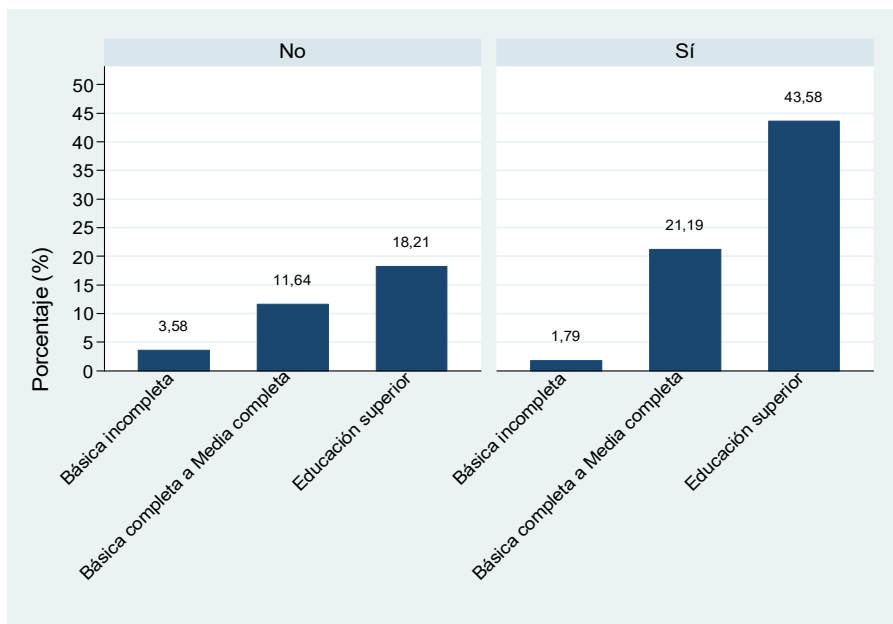


Figura N°16: Distribución de la escolaridad de los encuestados según percepción del CO.

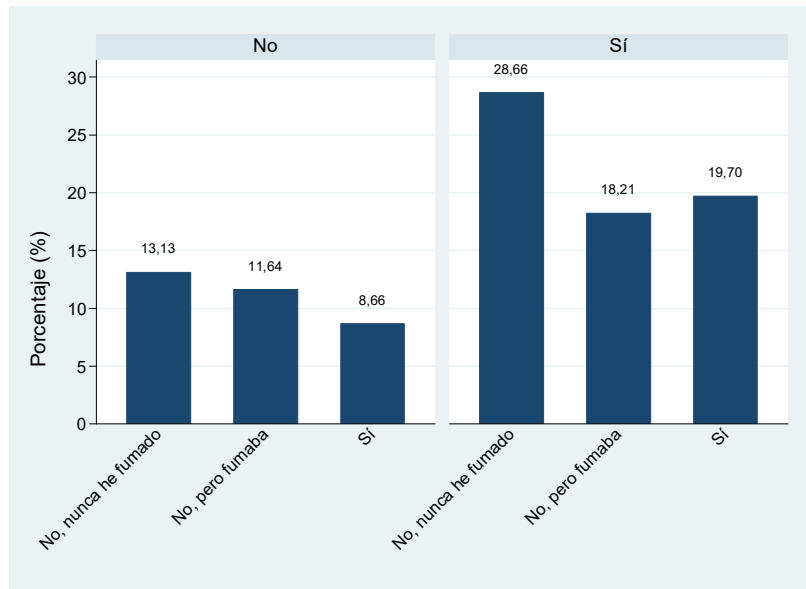


Figura N°17: Distribución del consumo de tabaco de los encuestados según percepción del CO.

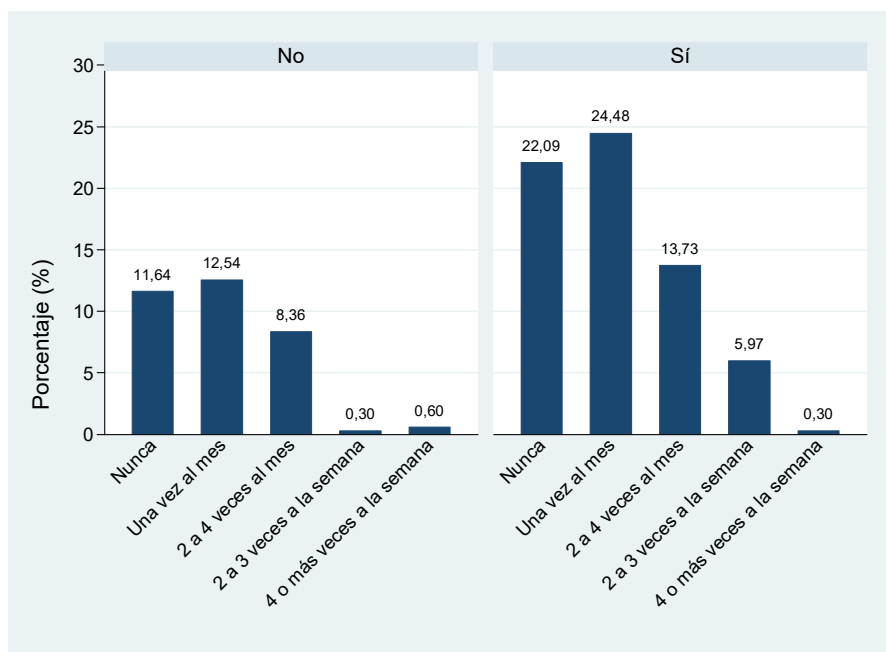


Figura N°18: Distribución del consumo de alcohol de los encuestados según percepción del CO.