



**CÁNCER ORAL: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE PACIENTES  
ATENDIDOS EN CONSULTORIOS PERTENECIENTES A LA  
CORMUVAL, VALPARAÍSO.**

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

Alumnas: Camila Concha Gómez  
Milisette Neira Giddings

Docente Guía: Dra. Prof. Karina Cordero T.  
Cátedra Patología oral

Valparaíso – Chile  
2011

## DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a Dios por ser el pilar que me sostuvo estos años de penas y alegrías, y me mantuvo firme para lograr mis objetivos.

**“Y sabemos que a los que aman a Dios, todas las cosas les ayudan a bien”**

**Romanos 8:28**

A mi familia por el apoyo incondicional, especialmente a mis padres Alicia y David, que depositaron toda su confianza en mí para emprender este camino lejos de casa y en busca de lograr uno de mis sueños.

A Camila, mi compañera tesista y amiga, por su ánimo y actitud de vida, que sin duda son un ejemplo.

Y a todas las personas importantes en mi vida que de una u otra manera han participado en este proceso de crecimiento intelectual y sobre todo personal. Gracias a todos.

**Milisette Neira Giddings**

A Dios, por ser el pilar fundamental en mi vida y llevarme siempre de su mano durante estos seis años de pregrado y darme la fuerza para continuar luchando hasta el final por lo que parecía imposible.

A mis padres, Erika Gómez y Hermes Concha, porque sin ellos yo no sería nada. Por enseñarme los valores que trato reflejar día a día, por apoyarme y acompañarme siempre en todas mis decisiones, por entregar su vida en la construcción de la mía. Los amo.

A Milisette, mi compañera de tesis y mi amiga, ya que sin ella este trabajo no habría sido posible. Gracias por todos los momentos que compartimos más allá de lo académico.

A mis amigos, por apoyarme y estar siempre conmigo. Gracias por cada palabra de aliento, por cada abrazo, por cada sonrisa...sin ustedes este gran logro no se habría conseguido. Los quiero mucho.

Y para todos los que seguimos creyendo en los sueños.

**“Y yo sé  
que si logro ser fiel  
a mi sueño ideal  
estará mi alma en paz al llegar  
de mi vida el final (...)  
Con fe lo imposible soñar  
y la estrella alcanzar”**

***Sueño Imposible, Don Quijote de la Mancha***

**Camila Concha Gómez**

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Corporación Municipal de Valparaíso, por permitirnos realizar este estudio en sus establecimientos de salud.

A cada una de las personas que participaron en nuestra encuesta y agradecieron la educación que posteriormente se les realizó.

Finalmente queremos agradecer a nuestra estimada Dra. Cordero, por confiar en nosotras en este desafío. Gracias por todo su tiempo, dedicación, compromiso y energía.

**Camila y Milisette**

## ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- MARCO TEÓRICO	
2.1 GENERALIDADES DEL CÁNCER	2
2.2 EPIDEMIOLOGIA CÁNCER ORAL	3
2.3 ZONAS QUE AFECTA EL CÁNCER ORAL	4
2.4 FACTORES DE RIESGO	5
2.4.1 Tabaco	5
2.4.2 Alcohol	6
2.4.3 Dieta	7
2.4.4 Nivel socioeconómico	7
2.4.5 Agentes infecciosos	8
2.4.6 Factores genéticos	8
2.5 ESTADO PRECANCEROSO	9
2.5.1 Concepto y clasificación	9
2.5.2 Lesiones precancerosas	10
2.5.3 Displasia epitelial	11
2.5.4 Carcinoma in situ	12
2.6 CANCER ESPINOCELULAR	13
2.7 PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER ORAL	13
2.8 ESTUDIOS DE CONOCIMIENTO DE CÁNCER ORAL	15
3.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
4.- OBJETIVOS	19
5.- DISEÑO DEL ESTUDIO	20
6.- MATERIALES Y MÉTODOS	20

6.1 POBLACIÓN	20
6.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	20
6.3 RECOLECCIÓN DE DATOS	22
6.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES	22
6.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
7.- RESULTADOS	27
8.-DISCUSIÓN	36
9.- CONCLUSIONES	43
10.- SUGERENCIAS	44
11.- RESUMEN	45
12.- REFERENCIAS	46
13.- ANEXOS	55

## 1.- INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es un problema grave y creciente en muchas partes del mundo, correspondiendo aproximadamente al 5% de las neoplasias malignas. En Chile corresponde al 1,6% del total de cánceres, y su mortalidad es del 1% (Riera y Martínez, 2005).

Las lesiones que provoca, a pesar de encontrarse en sitios de fácil acceso para el odontólogo, son detectados en forma tardía la mayoría de las veces, lo que se traduce en tratamientos radicales para el paciente, pobres expectativas de sobrevida y consiguiente, una mala calidad de vida (Conway et al, 2002). La sobrevivencia de pacientes con cáncer oral a los cinco años, es del 80% cuando éste se ha diagnosticado por primera vez y en los estadios iniciales, mientras que estos valores disminuyen al 19% cuando la enfermedad se diagnostica en un estadio avanzado (Meskin, 1999). Esto sucede porque al ser un cáncer poco conocido con respecto al resto de las neoplasias, se desconocen los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas que permitan su reconocimiento.

Se ha demostrado que la etiología del carcinoma oral de células escamosas está principalmente asociada al consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, algunos autores también lo han asociado con bajo nivel socioeconómico, dieta, genética y agentes infecciosos, entre otros (Petridou et al., 2002; D'Souza et al., 2007; Canova et al., 2010; Lajer & Von Buchwald, 2010).

Con respecto a los conocimientos de esta enfermedad por parte de la población, a nivel nacional existe sólo un estudio donde se detectó una escueta noción al respecto (Carrasco, 2009). En nuestra región no se habían realizado estudios referentes al tema, por lo que en este trabajo nos preguntamos, ¿Cuál es el porcentaje de nivel de conocimiento de cáncer oral en la población adulta atendida en los Consultorios y Centros de Salud Familiar pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso? Estos resultados podrán contribuir al desarrollo de estrategias de promoción de salud enfocadas en la prevención y diagnóstico precoz de esta enfermedad.

La formación en patología oral por parte del odontólogo tratante, exploración completa de la cavidad oral y cuello, y una campaña de educación a la población podrán generar un cambio en el panorama del cáncer oral en el mundo.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 GENERALIDADES DEL CÁNCER:

Neoplasia es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de los tejidos normales y persiste de la misma manera en exceso tras cesar el estímulo que suscitó el cambio (Robbins et al., 2005), por el contrario, 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. En esencia, tiene comportamiento biológico maligno y presenta diferencias fundamentales con las neoplasias benignas (Koten et al., 1993).

La mayoría de los tumores malignos se desarrolla básicamente en cuatro etapas:

- 1) Transformación, o cambio maligno de la célula diana.
- 2) Crecimiento de las células transformadas.
- 3) Invasión local.
- 4) Metástasis a distancia.

Respecto al proceso de transformación celular hacia la malignidad, se presentan ciertos cambios morfológicos, como son:

- Pleomorfismo, o variación en el tamaño y en la forma tanto de las células como en sus núcleos.
- Morfología nuclear anormal, incluyendo alteraciones de tamaño y forma, desproporción en la relación núcleo/citoplasma y presencia de grandes nucleolos.
- Mitosis, sobre todo presencia de figuras mitóticas atípicas.
- Pérdida de polaridad.
- Otros cambios.

Sobre el ritmo de crecimiento, cabe destacar que todos los descendientes de la célula transformada tienen la capacidad de dividirse, y no hay pérdida de células de la masa replicante. La velocidad de crecimiento de este tumor está determinada por el tiempo de duplicación de las células tumorales, la fracción de las células tumorales que integran la masa replicante y la velocidad con que estas células se desprenden y pierden de la lesión en crecimiento. Dado que los controles del ciclo celular están alterados en los tumores, las células tumorales pueden estimularse para entrar en el ciclo más fácilmente y sin las restricciones usuales. Sin embargo, la mayoría de las células dentro de los cánceres permanecen en las fases G0 o G1 (Robbins et al., 2005).

El crecimiento de los cánceres se acompaña de infiltración progresiva, invasión y destrucción del tejido circundante, por lo que en general están mal delimitados con respecto al tejido normal circundante y carecen de plano de clivaje bien definido. Después del desarrollo de la metástasis, la invasividad es la característica más fiable que caracteriza a los tumores malignos.

Por último, el término metástasis corresponde a implantes tumorales discontinuos respecto al tumor primario, y es la característica inequívoca que define a un tumor como maligno. Para esto, existen tres mecanismos de diseminación: siembra directa en las cavidades o superficies corporales, diseminación linfática y diseminación hematológica (Robbins et al., 2005).

## 2.2 EPIDEMIOLOGIA DEL CÁNCER ORAL

A nivel mundial, el cáncer es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad, con más de 10 millones de casos nuevos y más de 6 millones de muertes cada año (OMS, 2004). Respecto al cáncer oral, éste se encuentra clasificado en el grupo de cánceres de cabeza y cuello, es el sexto cáncer más común en el mundo y tiene una morbilidad cercana a los 35.000 casos diagnosticados cada año. El cáncer oral sigue siendo una enfermedad mortal para más del 50% de los casos diagnosticados anualmente. En promedio la tasa de mortalidad es de 3,4 cada 100.000 hombres y 1,5 – 2,0 cada 100.000 mujeres (Warnakulasuriya, 2009).

En países con más alto riesgo, como Sri Lanka, India, Pakistan y Bangladesh, el cáncer oral es la neoplasia más común entre hombres y puede contribuir hasta en un 25% de los casos nuevos de cáncer (Warnakulasuriya, 2009).

Por lo general, el cáncer oral es más común en hombres que en mujeres (Swango, 1996; Warnakulasuriya, 2009), sin embargo, esta brecha ha ido disminuyendo en la última década debido a la mayor exposición del sexo femenino a carcinógenos, como son el tabaco y alcohol (Silverman, 1998). Hoy en día la proporción hombre mujer es de 1,5:1 para cáncer de boca y 2,8:1 para cáncer de orofaringe (Warnakulasuriya, 2009).

Respecto a la realidad de nuestro país, el año 2008 se contaba con una población de 16.763.470 habitantes, con un total de 85.639 defunciones, de las cuales 21.824 se debieron a tumores malignos. Cifra que ha ido aumentando año a año, ya que para el año 1990 el total de defunciones por tumores fue de un 18.1%, hasta llegar a un 25,3% en el 2008 (Minsal, 2008).

Si consideramos el factor edad, se ha observado que el riesgo aumenta con la edad del paciente y la mayoría de los casos ocurren en personas mayores de 50 años (Warnakulasuriya, 2009). Otros estudios, demuestran que un mayor número de casos de muerte por cáncer oral se dan después de los 45, con un promedio de 60 años (Silverman, 2001; NCI, 2004). Aún así, alrededor del 6% de cánceres orales ocurren en adultos menores de 45 años e incluso en países con alta incidencia, se han informado casos antes de los 40 años (Llewellyn et al., 2001).

En Chile, encontramos que en hombres el mayor número de defunciones por cáncer oral se produce entre los 55 y 64 años (30,5%) y en mujeres el mayor número de casos ocurre después de los 75 años con un 42,9% (Kirschbaum et al., 2004; Riera & Martínez, 2005).

Por ubicación anatómica, el sitio más frecuente de mortalidad por cáncer oral es en la lengua correspondiendo a un 39%, seguido por glándulas salivales mayores y piso de boca con un 30% y 18% respectivamente (Riera & Martínez, 2005; Borgeat et al., 2007).

De estos, el cáncer espinocelular (CEC) o de células escamosas es el más común encontrado en la cavidad oral, constituyendo el 5% de todas las neoplasias (Caribé et al., 2003). En la V región de Valparaíso, el CEC corresponde a un 63.9% de todos los cánceres malignos, sin considerar al carcinoma verrucoso y otras variantes de CEC (Borgeat et al., 2007).

## 2.3 ZONAS QUE AFECTA EL CÁNCER ORAL

Al hablar de cáncer oral, se define a las neoplasias malignas que afectan específicamente las zonas de los labios, mucosas vestibular, lingual y palatinas, lengua, piso de boca, encía, paladar duro y blando, y glándulas salivales (Silverman, 2001). El cáncer del bermellón del labio es el más afín con el carcinoma de células escamosas, y es el que presenta mayor prevalencia (Kornevs et al., 2005; Vukadinovic, 2007; Conill, 2007), asociado con la exposición crónica al sol, y por la ubicación anatómica donde se posan los cigarrillos de tabaco o el uso de pipas (Silverman, 1998). Los hombres han demostrado ser más propensos a la aparición de cáncer oral labial, esto debido a que están más expuestos a trabajar en ocupaciones al aire libre, aunque su incidencia ha ido disminuyendo en las últimas décadas, debido a que las ocupaciones y empleos han ido cambiando a lugares cerrados (Neville et al., 2002).

## 2.4 FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER ORAL

La etiología del carcinoma oral de células escamosas está asociada a múltiples factores de riesgo. Se considera que el 80 a 90% de los casos están asociadas a factores de riesgo conocidos, como el tabaquismo, la nuez de betel de mascar, y el abuso del alcohol (Licitra et al., 2002; Shetty & Brown, 2009; Ramseier y cols., 2010). Sin embargo, también se ha estudiado y demostrado la influencia de factores como la dieta, factores genéticos, inmunosupresión, agentes infecciosos, bacterianas, virales y micóticos, irritantes bucales, mala higiene, radiaciones, la nutrición y nivel socioeconómico bajo (Neville et al., 2002).

Entre los agentes virales, se ha incrementado en este último tiempo, la prevalencia del papiloma virus humano (VPH) en tumores de la oro faringe y se ha sugerido el VPH como responsable del aumento de cáncer oral en pacientes jóvenes (Marklund & Hammarstedt, 2011). Por otro lado, la edad también se considera factor de riesgo, ya que un 90% son diagnosticados en pacientes mayores de 45 años (Silverman, 2001; NCI, 2004).

A continuación revisaremos algunos de los principales factores de riesgo implicados en la etiología del cáncer oral.

### 2.4.1 Tabaco

La relación entre el tabaco y el cáncer oral está firmemente establecida. El tabaco es el factor de riesgo más importante en la etiología de lesiones precancerosas y cáncer oral (Moreno et al., 2000). Esto se debe, a que el humo del tabaco contiene 60 compuestos carcinogénicos, mientras que en sus formas no fumadas contiene 16 carcinogénicos identificados. Hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas, aldehídos y cetonas forman la gran carcinogénesis presente en el tabaco (Hecht, 2003).

Según la OMS en el año 2008, a nivel mundial la epidemia del tabaquismo mata a 5,4 millones de personas al año y de proseguir esa tendencia para el 2030 la cifra aumentaría hasta más de 8 millones anuales. Además, el consumo de tabaco es un factor de riesgo para 6 de las 8 principales causas de defunción en el mundo. En Chile, según los datos entregados por el Ministerio de Salud en el año 2004, el consumo anual de cigarrillos del país es de 14 millones, en donde los hombres presentan una prevalencia mayor que las mujeres (44,8% y 40,4% respectivamente), sin embargo, esta brecha se está acortando. Cabe destacar que la mayor

prevalencia de consumo la presentan los adultos jóvenes entre 19 y 34 años (Minsal, 2004).

La relación entre la exposición al tabaco y el desarrollo de la enfermedad ha sido extensamente demostrada, identificándose un riesgo directamente proporcional a la intensidad y duración de la exposición. (De Vita, 1993; Nieto & Ramos, 2002; Samet, 2002). Según una revisión sistemática de Ramseier y cols, en el 2010, basándose en 12 estudios se estimó que el riesgo de cáncer oral para un fumador, en comparación con los no fumadores de tabaco, era 3,34 veces mayor. Por el contrario, dejar de fumar se asocia con reversión de las lesiones pre cancerosas y mejora en los resultados del tratamiento, en comparación con los que siguen fumando. También se concluyó que el riesgo de cáncer oral en las personas que han dejado el tabaco se aproxima al de los no fumadores después de 10 años desde que han dejado el tabaco.

#### 2.4.2 Alcohol

El consumo excesivo de alcohol también se considera un factor muy importante en el desarrollo del cáncer oral y está catalogado como el segundo factor de riesgo de más impacto en esta patología (Moreno et al., 2000).

Según el Ministerio de Salud de Chile, en el año 2007, la prevalencia de consumo de alcohol era de un 85%, lo que nos da una aproximación del riesgo al que está expuesto gran parte de la población.

De todas formas, aún no se ha demostrado el rol directo del alcohol en la carcinogénesis y no se han identificado modelos reproducibles en animales (Sandoval, 2003). No se sabe cuál es el mecanismo que favorece la carcinogénesis, pero bajo sospecha hay diferentes teorías, como por ejemplo, el déficit de vitamina B por mal absorción y mal nutrición habitual en los alcohólicos, lo que hace a la mucosa oral más susceptible a la agresión (Rodríguez, 2010).

De lo que existe evidencia en numerosos estudios, es que el riesgo de desarrollar cáncer oral aumenta con el consumo de tabaco y alcohol en forma conjunta (Marshall et al., 1992; Moghaddam et al., 2009; Shetty & Brown, 2009). Canova y colaboradores, en el 2010, destacan en sus resultados que el 68% de los cánceres diagnosticados en la población del Norte de Italia se atribuye a la combinación de estos factores de riesgo, a lo que suma una posible modificación por factores genéticos.

Cabe destacar que los pacientes alcohólicos presentan una serie de alteraciones inmunológicas que pueden influir en el pronóstico del paciente diagnosticado de cáncer. Según Deleyannis y colaboradores en el año 1996, los pacientes alcohólicos tienen un peor pronóstico que los no alcohólicos, debido a los efectos inmunosupresores del alcohol. Además, el alcoholismo y problemas de salud relacionados con el alcohol se asociaron con un mayor riesgo de muerte.

#### 2.4.3 Dieta

Si bien los principales factores de riesgo en la etiología del cáncer son el consumo de tabaco y alcohol, el rol de la dieta también se ha revisado. Se ha demostrado un aumento del riesgo de cáncer oral con el consumo de carnes rojas (Levi et al., 1998; Petridou et al., 2002) y como factor protector el consumo de frutas, verduras, cítricos, proteínas presentes en leche y pescados, y cereales (Notani et al., 1987; La Vecchia et al., 1991; Marshall et al., 1996; Levi et al., 1998; Kasum et al., 2002; Petridou et al., 2002). Levi y colaboradores en el año 1998, sugieren que la adición de una porción por día de frutas o verduras se asocia con una reducción de alrededor del 50% en el riesgo de cáncer oral. También se ha estudiado el rol quimiopreventivo de los nutrientes antioxidantes llamados betacaroteno y vitamina E contra el cáncer oral. Se ha demostrado que estos antioxidantes pueden producir regresión clínica de la leucoplasia oral y otras lesiones premalignas (Garewal, 1995). Los estados de desnutrición favorecen la oncogénesis bucal y complicaciones post operatorias (Rodríguez, 2010).

#### 2.4.4 Nivel socioeconómico

En el estudio de Conway y colaboradores, en el año 2008, se encontró una asociación significativa entre bajo nivel socioeconómico y un mayor riesgo de cáncer oral, relacionado también con otros factores de riesgo presentes en el estilo de vida. Además se observa un bajo consumo regular de frutas y verduras en personas de bajos ingresos, por lo que hay menor interacción con factores protectores frente a esta enfermedad. Junto con esto, las personas de un estrato socioeconómico bajo tienen más restricciones de acceso a salud, falta de higiene, nutrición deficiente, ambiente de trabajo desfavorable y malas condiciones de vida en general, lo que aumenta el riesgo para el desarrollo de cáncer. Según una revisión sistemática realizada por Warnakulasuriya, en el año 2009, donde se revisaron 41 estudios anteriores, se concluyó que el riesgo de desarrollar cáncer oral en pacientes de clase social baja era de 2,41 frente al 1,85 en los estratos económicos altos. El riesgo de

cáncer oral asociado a estratos económicos bajos se relaciona básicamente con factores de riesgo en el estilo de vida de las personas.

#### 2.4.5 Agentes infecciosos

Se han sugerido tipos de infecciones como agentes etiológicos potenciales del cáncer oral, principalmente la sífilis y candidiasis crónica (Reibel, 2003), así como los virus Epstein Barr (Gonzales-Moles et al., 2000) y papiloma humano (VPH). Respecto al papiloma virus humano, en una revisión sistemática realizada el 2005 por Kreimer y cols, en base a 60 estudios con 5046 muestras de cáncer espinocelular, se concluyó que la prevalencia de VPH fue de un 25,9%. Otros estudios indican que la infección oral por VPH estaría fuertemente asociada con cáncer de la orofaringe en los sujetos, independiente de los factores de riesgo más comunes, o sea, alcohol y tabaco, y por lo general, son diagnosticados en pacientes jóvenes (D'Souza et al., 2007; Lajer & Von Buchwald, 2010; Marklund & Hammarstedt, 2011). Según una revisión sistemática del año 2010 se observa que los pacientes con carcinoma presente en la orofaringe no tienen historia de consumo de tabaco o alcohol y eran positivos para el VPH. En esta revisión se concluye que fumar y la exposición al tabaco pueden modificar la supervivencia y la recurrencia de los tumores VPH positivos y deben importar a la hora establecer el de riesgo de los pacientes (Marur et al., 2010). Según un estudio de Laco y cols., publicado este año, realizado en pacientes con cáncer espinocelular oral y de oro faringe no fumadores y no bebedores, sus resultados indican que la mayoría de los cánceres de oro faringe están asociados a la infección por papiloma virus, encontrándose ADN del VPH en un 13% de los casos de cáncer oral y un 82% en casos de cáncer oro faríngeo.

#### 2.4.6 Factores genéticos

El polimorfismo genético es un sitio en el DNA donde hay una variación común entre individuos. Los cambios poco frecuentes en general no se consideran polimorfismos, sino que deben presentarse en una frecuencia de al menos uno por ciento para llenar el requisito de esta definición (Quiñones et al., 2001). Estos polimorfismos estarían asociados con un mayor riesgo de desarrollar cáncer oral. Se cree que los genotipos variantes (raros) pueden ser dañinos, posiblemente por el incremento de la activación de carcinógenos y la generación de especies oxígeno reactivas (Barouki & Morel, 2001).

Los polimorfismos de CYP1A1, GSTM1, GSTT1 han sido los más estudiados en la actualidad, y en diferentes investigaciones se ha sugerido que individuos expuestos al humo de cigarrillo y que han heredado el genotipo susceptible (GSTM1 o GSTT1) podrían tener una mayor cantidad de metabolitos reactivos en su organismo, por lo tanto, un mayor riesgo de desarrollar cáncer (Steinhoff et al., 2000). También ha avanzado la investigación en la búsqueda de esta relación entre polimorfismos de CYP1A1 y GSTM1 y cáncer oral, mencionando que existe un mayor riesgo para cáncer oral en individuos con el genotipo de CYP1A1 Y GSTM1 (Gattás et al., 2006; Cha et al., 2007).

En nuestro país, un estudio realizado por Cordero y colaboradores (2010) donde se analizaron 48 pacientes con cáncer oral 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 cáncer oral, en otras palabras, la frecuencia del genotipo GSTM1 y CYP1A1 fueron mayores en pacientes con cáncer oral 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 cáncer oral inducido por el tabaco.

## 2.5 ESTADO PRECANCEROSO

### 2.5.1 Concepto y clasificación

La OMS define lesión precancerosa como un tejido morfológicamente alterado en el que el cáncer oral puede aparecer más fácilmente que en el tejido equivalente de apariencia normal. Y condición precancerosa como el estado generalizado del organismo asociado a un incremento significativo del riesgo de desarrollo del cáncer oral. (Gonzales-Moles, 2001). Bascones clasifica las lesiones y condiciones precancerosas según lo explicado en la tabla I:

Lesiones precancerosas	Condiciones precancerosas
<b>Clasificación clínica:</b>	Liquen plano
Leucoplasia	Disfagia sideropénica
Eritroplaquia	Fibrosis oral submucosa
Queilitis actínica	Sífilis
Palatitis nicotínica	Lupus eritematoso discoide
	Xeroderma pigmentoso
	Inmunosupresión
	Epidermólisis bullosa
	Disqueratosis congénita
<b>Clasificación histológica:</b>	
Displasia epitelial	
Carcinoma in situ	

Tabla I.- Clasificación de las lesiones y condiciones precancerosas (Bascones, 2003).

### 2.5.2 Lesiones precancerosas

#### Leucoplasia:

La Organización Mundial de la Salud define leucoplasia, como una mancha blanca o placa que no sale al raspado y que no puede ser caracterizada clínicamente o patológicamente como ninguna otra enfermedad. En la evaluación clínica, es un diagnóstico clínico de exclusión, esto quiere decir que si una lesión de coloración blanquecina es diagnosticada como liquen plano, candidiasis, queratosis de fricción o cualquier otra sea, ya no es considerada una Leucoplasia (Axéll et al., 1996).

Aparece como una delgada y ligera placa elevada de color blanco grisáceo que puede ser bien delimitada o combinarse gradualmente con la mucosa oral normal. A medida que progresa puede tener irregularidades en la superficie y se conoce como Leucoplasia granular o nodular (Neville & Day, 2002). Se ha visto con frecuencia en hombres de mediana edad y mayores (Neville et al., 2009) y los sitios más comunes son la mucosa bucal, la mucosa alveolar y labial inferior. Sin embargo, las lesiones de piso de boca, lateral de la lengua y labial inferior son más probables de presentar displasia y cambios malignos (Waldron & Shafert, 1975).

Eritroplaquia:

Eritroplaquia se define como una mancha roja que no se puede definir clínica o patológicamente como cualquier otra condición (Neville & Day, 2002), por lo tanto, se excluyen otras condiciones inflamatorias que pueden dar aspecto clínico de coloración rojiza. Aparece con mayor frecuencia en hombres de edad avanzada y su aspecto clínico es como una mácula de color rojo o placa con textura suave y aterciopelada (Neville et al., 2009). Los sitios más comunes de aparición son el suelo de boca, área lateral de la lengua, zona retromolar y paladar blando. A menudo es asintomática, aunque algunos pacientes han presentado sensación de ardor. Es menos común que la leucoplaquia, pero más probable de mostrar displasia o ser un carcinoma (Neville & Day, 2002).

### 2.5.3 Displasia epitelial

Según la clasificación histológica de las lesiones precancerosas de Bascones, en el 2003, éstas se pueden dividir en Displasia y carcinoma in situ.

Displasia epitelial se define como un cambio pre maligno del epitelio caracterizado por una combinación de alteraciones celulares y arquitectónicas (Sapp, 2005).

En la displasia epitelial se pueden encontrar las siguientes alteraciones celulares individuales:

- 1.- Nucleolos prominentes
- 2.- Nucleolos hipercromáticos
- 3.- Pleomorfismo nuclear
- 4.- Cociente núcleo/ citoplasma alterado
- 5.- Aumento de la actividad mitótica
- 6.- Figuras mitóticas anormales
- 7.- Multinucleación de las células

Las alteraciones arquitectónicas pueden ser una combinación de lo siguiente:

- 1.- Formación de crestas epiteliales bulbosas
- 2.- Hiperplasia basal
- 3.- Hiper celularidad
- 4.- Patrón alterado en la maduración de los queratinocitos

El aspecto clínico de la displasia epitelial se observa muy frecuentemente como un área de leucoplasia similar a otras lesiones blancas de aspecto más inofensivo.

La magnitud de una displasia epitelial se manifiesta según la asignación de un grado leve, moderado o grave/ carcinoma in situ, basado en su aspecto microscópico (Sapp, 2005).

- a) Displasia leve: Alteraciones epiteliales se producen únicamente en el tercio basal del espesor del epitelio.
- b) Displasia moderada: Los cambios afectan a los dos tercios inferiores del epitelio oral. Hay presencia de entre dos y cuatro rasgos displásicos.
- c) Displasia severa o grave: los cambios afectan a más de los tercios del espesor del epitelio, sin llegar a afectarlo por completo. Pueden afectar más de cinco rasgos displásicos (Rodríguez, 2010).

Este grado de displasia puede aumentar o complicarse con el tiempo. En un fumador de cigarrillos, la displasia epitelial del suelo de la boca o del borde lateral de la lengua aumentará su grado con el tiempo y continuación del hábito. Igualmente, cuando se suprime un factor inductor, algunas formas leves e incipientes de displasia epitelial regresarán y revertirán y el epitelio volverá a la normalidad. Parece dudoso que las formas moderada y grave de la displasia epitelial puedan regresar por la simple eliminación de su causa (Sapp, 2005). Cuando el tejido conjuntivo adyacente está invadido por epitelio displásico, se considera un carcinoma epidermoide.

#### 2.5.4 Carcinoma In Situ

Corresponde al estadio más grave de la displasia epitelial, que afecta a todo el espesor del epitelio, permaneciendo intacta la membrana basal epitelial. Cuando las células epiteliales displásicas rompen la membrana basal e invaden el tejido conjuntivo, el carcinoma in situ se convierte en un carcinoma epidermoide (Sapp, 2005).

## 2.6 CÁNCER ESPINOCELULAR ORAL

Neoplasia maligna derivada del epitelio plano pluriestratificado. Esta neoplasia suele ser la etapa final de la alteración del epitelio plano pluriestratificado y es el más común encontrado en la cavidad oral, siendo el 90% y 95% de los cánceres orales (Milián & Gonzalez, 1995; Muir & Weiland, 1995).

El CEC se desarrolla siguiendo uno de estos caminos:

- De Novo: directamente a partir de mucosa sana.
- Siguiendo la secuencia: de estado precanceroso (displasia epitelial) a carcinoma.

Aproximadamente un 50% de los carcinomas epidermoides se desarrollan sobre epitelio previamente alterado.

## 2.7 PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER ORAL

Debido a la alta morbilidad y mortalidad de esta enfermedad es que se hace cada vez más necesaria su intercepción, tanto a nivel de prevención primaria como secundaria.

La prevención primaria consiste en reducir la exposición de los pacientes a los factores de riesgo, como son el tabaco y el alcohol (Conway et al., 2002) lo que ha demostrado ser efectivo en la reducción de la incidencia de este cáncer.

La prevención secundaria es la detección precoz del cáncer oral, que lo permiten el examen clínico y la biopsia (Mora et al., 2001; Joseph, 2002) que se traduce en evolución clínica satisfactoria, cura en la mayoría de los pacientes (Sciubba, 2001) o bien, mejorar las posibilidades de éxito, con alteraciones mínimas tras el tratamiento (Joseph, 2002; Saini et al., 2006).

Respecto a las manifestaciones clínicas del cáncer, los primeros síntomas y lesiones precancerosas son a menudo sutiles y asintomáticos (Neville & Day, 2002; Caribé et al., 2003). Estas lesiones pueden presentarse como manchas blancas o rojas, conocidas como Leucoplasia y Eritroplasia respectivamente. A medida que se va desarrollando el cáncer, el paciente puede notar la presencia de úlceras que no cicatrizan. Más tarde, los síntomas incluyen: sangrado, pérdida dentaria, dificultad para utilizar prótesis removible, dificultad para mover la lengua, disfagia, disartria y odinofagia (Neville & Day, 2002).

Mientras más tarde es la detección, más extenso el tratamiento, peor es el pronóstico, incluyendo pérdida de función, estética, salud mental y menor probabilidad de vida (Conway et al., 2002).

La sobrevida de los pacientes con cáncer oral a los 5 años de inicio, es de 80% cuando éste se ha diagnosticado en estadios iniciales y disminuye al 19% cuando se diagnostica en estadios avanzado (Meskin, 1999).

El papel del odontólogo es primordial a la hora de detectar el cáncer oral, promocionando estilos de vida saludable, animando a los pacientes a ser conscientes de la prevención, también diagnosticando lesiones y condiciones de pre cáncer, que influirían en la tasa de supervivencia, mejorando indiscutiblemente los pronósticos de vida (Seoane J. et al., 1997; Silverman S, 2001) y realizando un buen manejo inicial y correcta derivación del paciente con sospecha de cáncer (Conway et al., 2002).

Respecto a la prevención, es necesario que tanto el personal médico como los pacientes sean capaces de reconocer los mecanismos de prevención y reconocer lesiones en estadios iniciales. Son muchos los estudios que concuerdan en la necesidad de informar al público y provocar conciencia sobre los factores de riesgo y signos de la enfermedad reduciendo el riesgo de padecer cáncer oral (Shugars & Patton, 1997; Warnakulasuriya et al., 1999; Cruz et al., 2002; Joseph, 2002; Tomar & Lojan, 2005; Oh et al., 2008; Robledo, 2008; Robb et al., 2009; Peker & Alkurt, 2010) e intervención educativa que mejore el conocimiento y autoexamen por parte del paciente (García & Miranda, 2009).

Los folletos informativos, según Humprhis (1999), serían un eficiente método de información, quien en sus estudios, dice que aumenta significativamente el conocimiento de las personas (Humprhis & Field, 2004; Petti & Schully, 2007).

Según Logan (1991), los programas educativos pueden ser efectivos ya que aumentan la motivación y conocimiento que tiene la población sobre la salud oral. Ejemplo de esto, es Cuba, país que desde enero de 1986, imparte el programa nacional de detección de cáncer bucal (PDCB) dentro del programa de atención estomatológica respaldado por el Ministerio de Salud Pública de Cuba (Morales et al., 2009) único en el mundo por su cobertura nacional. Su acción radica en el examen anual de boca y cuello de paciente de 15 años y más por el médico de la familia (Mora et al., 2001; Morales et al., 2009).

Aún así, pese a los esfuerzos realizados en prevención, no se ha logrado disminuir la mortalidad ni la incidencia de los cánceres más invasivos debido al diagnóstico en

etapas avanzadas o errores de diagnóstico (Morales et al, 2009). Este programa no ha estado exento de problemas y deficiencias, relacionados con la baja cobertura del programa, insuficiente calidad del examen debido al inadecuado tiempo utilizado para realizarlo, insuficiente actividad educativa a la población y personal de salud que participa del programa (Sagué, 1999; Mora et al., 2001; Morales et al., 2009).

Pese a sus deficiencias, ha logrado reducir la mortalidad en un 10%, y esto indica efectos positivos del programa de detección precoz y se recomienda su implementación a otros países de América latina (García, 1999).

También se habla de la importancia del examen de rutina por parte del odontólogo (Horowitz et al., 1996; Shugars & Pattom, 1997) y de la necesidad de capacitación a los profesionales respecto a esta enfermedad (Robledo, 2008).

Respecto al examen clínico, éste debe ser extra e intraoral, para esto es necesario el examen de la cadena de ganglios linfáticos, es decir, ganglios de la región submandibular y cadena cervical profunda que pueden ser palpables en etapas más avanzadas de la enfermedad. En cuanto al examen intraoral, toda la cavidad oral debe ser observada, esto mediante el uso de instrumental de examen básico, poniendo énfasis en las zonas de mayor riesgo, como son el piso de boca, zona lateral de la lengua y área retro molar, además de pedir al paciente que toque el paladar con la punta de la lengua (Conway et al., 2002).

Es importante apuntar inicialmente a los grupos de riesgo, personas mayores de 40 años, fumadores y bebedores. También los familiares de personas que padecen cáncer oral deben ser examinadas por presentar alto riesgo por el componente genético (Joseph, 2002).

La American Cancer Society recomienda un chequeo al año en mayores de 40 años y cada 3 años para aquellos pacientes entre 20 y 39 años (Neville & Day, 2002).

## 2.8 ESTUDIOS DE CONOCIMIENTO CÁNCER ORAL

Al aumento de la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad, se suma la escasa consciencia y conocimiento que tienen los pacientes y personal médico al respecto, lo que juega en contra de la prevención y detección precoz de la enfermedad, disminuyendo el pronóstico y la calidad de vida de las personas que la padecen.

Respecto a los odontólogos, se ha observado, por ejemplo, un amplio desconocimiento acerca de las áreas del cuerpo que se deben examinar para la

detección de cáncer oral, deficiencias en relación a signos y síntomas e ignorancia de lesiones pre malignas (Cruz et al., 2002; Cabrera, 2005; Gajendra et al., 2006). En cuanto a los factores de riesgo, la literatura indica que la mayoría de los dentistas suelen asociar el cáncer oral con prácticas de hábito tabáquico y alcohol, como lo demuestra el estudio de Clovis y cols (2002) realizado en odontólogos de Inglaterra y Nueva Escocia, donde el 99,4% y 90,4% lo asociaron con el tabaco y alcohol respectivamente, pero en este mismo estudio, sólo el 56,7% de los odontólogos encuestados admite que su conocimiento es actual y sólo el 42,5% identificó la eritroplasia y la leucoplasia, en ese orden, como las condiciones más probables asociadas a cáncer oral.

Según Applebaum (2009) en su estudio realizado a médicos y odontólogos de atención primaria del estado de Massachusetts en Estados Unidos, se observó que sólo el 9% de los médicos y el 39% de los odontólogos fueron capaces de identificar los 2 sitios más comunes en que se desarrolla el cáncer oral. Mientras que Choi y cols (2008) denuncian que rara vez los dentistas participan en el intercambio de información con sus pacientes, incluso durante la realización del examen. Entonces se concluye que es imperativa la necesidad de capacitación en escuelas dentales y la participación en cursos de educación continua para los profesionales médicos y odontólogos (Clovis et al., 2002; Patton et al., 2005; Applebaum, 2009).

Respecto a la información que tienen los pacientes sobre al cáncer oral, también se observa en la literatura un inquietante desconocimiento (Horowitz et al., 1996; Warnakulasuriya, 1999; Tomar & Logan, 2005) y más aún en personas fumadoras o bebedoras que pertenecen al grupo de riesgo de esta enfermedad (West et al., 2006).

Por ejemplo, dentro de los últimos estudios realizados, Robb y cols (2009) en Inglaterra, donde se encuestó cara a cara a 2.216 adultos, se concluyó que había menor conocimiento de esta enfermedad en personas de sexo masculino, más jóvenes y de menor nivel socioeconómico.

Peker y Alkurt (2010) en Turquía, realizaron un estudio que incluyó a 1.022 pacientes dentales que respondieron un cuestionario acerca del conocimiento del cáncer oral, sus signos y síntomas y factores de riesgo, observando que un 60,7% de los participantes nunca había oído hablar sobre el cáncer oral. Un 29,9% no tenían conocimientos sobre los factores de riesgo de esta enfermedad.

Por su parte, Oh y cols (2008) realizando una encuesta en personas de Nueva York destacan que un 74,3% de los consultados, nunca había oído hablar de un examen o

alguna prueba para detectar el cáncer oral y que los hispanos tienen menos conocimiento y menos posibilidades de acceder a un correcto examen.

Lawoyin y cols (2009) en Nigeria observaron que el conocimiento en general fue alto, correspondiendo al 72% de los encuestados, pero fue bajo en relación al conocimiento de neoplasias en otras zonas del cuerpo (89,9%), conocimiento que estuvo en estrecha relación con el nivel educativo de los participantes, relación que también han establecido otros estudios (Howard y Catillo, 2004; Patton et al., 2004; Saini R et al., 2006; Carrasco, 2009; Elango et al., 2009; García y Miranda, 2009).

Existen en la literatura, estudios realizados que demuestran un más amplio conocimiento de las personas, como por ejemplo en India, según el estudio de Elango y cols (2009) indica que un 86% de los participantes había oído hablar de cáncer oral, y un 32% conocía a alguien que padecía la enfermedad. Un 62% identificaba correctamente las causas.

Mientras que Ariyawardana y Withamaarachi (2005) en Sri Lanka un 95% de los encuestados eran conscientes de la aparición de cáncer en boca y el 80,7%, 47% y 17% conocía la relación entre mascar betel, fumar y beber y cáncer oral respectivamente.

En América, los estudios nos son muy alentadores, demostrando un escaso conocimiento respecto al tema. En Córdoba, Argentina, Robledo (2008) que tras obtener 400 entrevistas a mayores de 18 años mediante vía telefónica, concluyó que un 41% de los entrevistados desconocía la existencia de cáncer oral, sobre todo en menores de 30 años. Y un 45% conocía algún tipo de manifestación clínica de cáncer, mencionando mayoritariamente las úlceras.

En un estudio realizado a 26 adultos mayores pertenecientes a una casa de ancianos de la Habana, realizando una encuesta personal, García y Miranda (2009) indicaron que un 73% de los encuestados obtuvo una calificación deficiente, con un bajo nivel de conocimiento de factores de riesgo, y desconocimiento de signos y síntomas.

Howard y Castillo (2004) en Costa Rica, observan tras una encuesta nacional a 7.768 personas mayores de 18 años, que el 72% de los participantes conoce la existencia del cáncer oral y un 60% afirma que puede ser mortal. También un 60% cree que éste puede ser prevenible y sólo un 57% de los encuestados asocia el hábito de fumar y un 33% el beber alcohol con el desarrollo neoplásico.

Finalmente, en Chile, Carrasco, (2009) desarrolló un estudio en población adulta entre 35 y 44 años y 65 y 74 años donde se les preguntó a las personas si habían

escuchado hablar o leído sobre el cáncer oral, dando como resultado negativo un 64,3%. Sólo un 35,7% tenía conocimiento de la existencia de esta enfermedad. Los que tuvieron mayor conocimiento, fueron las personas de mayor edad, sexo femenino, y no fumadores, pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

### 3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el porcentaje de nivel de conocimiento del cáncer oral en la población adulta atendida en los consultorios y centros de salud familiar de la CORMUVAL?

## 4. OBJETIVOS

### Objetivo General

- Determinar el nivel de conocimiento del cáncer oral en pacientes atendidos en los Consultorios y Centros de Salud Familiar pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso, Chile, entre enero y abril del 2011.

### Objetivos Específicos

- 1) Establecer si existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento del cáncer oral respecto a otros cánceres mencionados.
- 2) Establecer si existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento de cáncer oral según rangos de edad.
- 3) Establecer si existen diferencias significativas en el conocimiento de cáncer oral entre hombres y mujeres de la población en estudio.
- 4) Determinar si existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento de cáncer oral según nivel de escolaridad de la población en estudio.
- 5) Determinar la relación entre conocimiento de la enfermedad y hábito tabáquico de la población en estudio.
- 6) Determinar la participación del profesional odontólogo en la educación de la población sobre 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 la población adulta chilena, en pacientes inscritos en los consultorios y CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL de la ciudad de Valparaíso, con un total de 219.242 personas inscritas. Cabe destacar que este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso (Ver ANEXO 4), siendo los pacientes encuestados una vez leído y firmado el consentimiento informado.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes registrados en los consultorios y CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL de la ciudad de Valparaíso.

Criterios de exclusión:

- Aquellos pacientes que no presentaron capacidades mentales óptimas y que no pudieron responder la encuesta.
- Pacientes que se negaron a firmar el consentimiento informado y responder la encuesta.

### 6.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó un error de muestreo del 3%, y se utilizó como prevalencia,  $p=35,7\%$  obtenido en un estudio similar realizado en la Universidad de Chile (Carrasco, 2009). El tamaño de la muestra fue calculado con la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot ee^2 + p \cdot (1-p)}$$

Para la selección de los pacientes encuestados, el diseño de muestreo utilizado es probabilístico estratificado, según la cantidad de pacientes inscritos en cada uno de los trece consultorios y CESFAM.

En cada consultorio se seleccionó a los pacientes mediante un muestreo pseudo aleatorio sistemático.

El tamaño de la muestra mínima fue de 261 personas.

Establecimiento	Inscritos	n
Barón	24365	29
Cordillera	9887	12
Esperanza	10910	13
Laguna verde	1705	2
Las cañas	9160	11
Los placeres	21515	26
Marcelo Mena	24067	28
Padre Damián	8600	10
Placilla	13362	16
Puertas Negras	11566	14
Quebrada Verde	40645	48
Reina Isabel II	27639	33
Rodelillo	15821	19
Total	219,242	261

Tabla II.- Número de muestra por establecimiento.

### 6.3 RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos fueron recopilados entre enero y abril del año 2011. 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. Consentimiento informado se encuentra en ANEXO 1.

La información fue obtenida mediante una encuesta aplicada en forma personal a cada individuo seleccionado en la muestra, posterior a la entrega del consentimiento informado.

La encuesta, anónima, fue estructurada con preguntas respecto al nivel de escolaridad, ingreso mensual de la familia, última visita al odontólogo, hábito tabáquico y preguntas en referencia al conocimiento o creencias respecto al cáncer oral. La distribución socioeconómica se realizó considerando la clasificación propuesta por la Asociación de Investigaciones de Mercado (AIM). Cuestionario se encuentra en ANEXO 2.

### 6.4 DEFINICIÓN DE VARIABLES

#### - Sexo

Definición conceptual: Constitución orgánica que distingue de hombre o mujer.

Definición operacional: Género al que corresponde el paciente en forma biológica. Femenino o Masculino.

#### - Edad:

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.

Definición operacional: Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento a la fecha que se realiza la entrevista del paciente, medida en años cumplidos.

#### - Nivel de escolaridad:

Definición conceptual: Años de estudio de una población.

Definición operacional: Último nivel que el paciente cursó en sus estudios en un centro de enseñanza. Clasificados en: básica incompleta, básica completa, media

incompleta, media completa, técnica o universitaria incompleta y técnica o universitaria completa.

- Nivel socioeconómico:

Definición conceptual: Es un atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Caracteriza la inserción económica del hogar en forma indirecta por el acceso potencial y la disponibilidad real de recursos económicos.

Definición operacional: 5 niveles según el ingreso familia y rangos de sueldo determinados, basados en la clasificación de la Asociación de Investigaciones de Mercado (AIM) conformándose por:

E: menos de 220.000

D: entre 221.000 y 395.000

C3: Entre 396.000 y 683.000

C2: Entre 684.000 y 1.799.000

ABC1: Entre 1.800.000 y más

- Última visita al odontólogo:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde que se atendió por última vez un paciente, con un profesional odontólogo.

Definición operacional: Tiempo transcurrido desde la última vez que fue a atenderse donde un profesional odontólogo, clasificado en: menos de 6 meses, entre 6 meses y 1 año y más de 1 año.

- Conocimiento de cáncer:

Definición conceptual: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En este caso, respecto a la existencia del cáncer oral.

Definición operacional: Si ha escuchado hablar antes de la existencia de cáncer oral. Si o no.

- Conocimiento mortalidad del cáncer:

Definición conceptual: Tasa de defunciones o el número de defunciones en un grupo determinado de personas en un período determinado, ocasionadas por padecer cáncer.

Definición operacional: Información que el entrevistado tiene respecto a la posibilidad de que el cáncer oral cause la muerte de las personas que la padecen. Si o no.

- Conocimiento factor de riesgo de cáncer:

Definición conceptual: Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. En este caso, que se relacionan con cáncer oral.

Definición operacional: información que tengan los encuestados de los factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo del cáncer oral. Consumo de bebidas alcohólicas, fumar tabaco, dieta poco saludable o si conoce otros.

- Conocimiento de signos y síntomas:

Definición conceptual: Síntomas: son la declaración del enfermo sobre lo que le sucede, de carácter subjetivo. Signos clínicos: Son los indicios provenientes del examen o exploración psicofísica del paciente, de carácter objetivo.

Definición operacional: Información que el paciente posea sobre signos y síntomas que pueden ser indicio de cáncer oral. Manchas blancas o rojas, úlceras que no cicatrizan, aumento de volumen o tumor o si conoce otras.

- Entrega de información de cáncer:

Definición conceptual: Conocimiento que recibe el paciente, por medio de la educación respecto al cáncer oral, por parte de los profesionales de la salud.

Definición operacional: Si algún profesional de la salud le ha entregado información respecto al cáncer oral. Si o no. Si la respuesta es sí, quién le ha dado esa información: médico general, odontólogo, u otro

- Profesional donde acudir por lesión sospechosa:

Definición conceptual: Profesional de la salud donde el paciente acude para una evaluación y diagnóstico cuando observa la alteración de su salud, en este caso por sospecha de cáncer oral.

Definición operacional: A quién acudiría en caso de sospechar de cáncer oral: Médico general, médico especialista, odontólogo, otro.

- Paciente Fumador:

Definición conceptual: Fumador, es una persona que consume tabaco, o simplemente fuma, habitualmente.

Definición operacional: Fumador, es un individuo que en el momento de la encuesta tenga el hábito de fumar, independiente del número de cigarrillos diarios.

No fumador: Individuos que no tengan en el momento hábito de fumar, o aquellas personas que, habiendo sido fumadores, no han consumido tabaco en los últimos 6 meses.

Las variables a estudiar se resumen en la siguiente tabla:

VARIABLES	TIPO/ESCALA	OPERACIONALIZACIÓN
<b>SEXO</b>	CUALITATIVA NOMINAL	1. FEMENINO 2. MASCULINO
<b>EDAD</b>	CUANTITATIVA CONTINUA	RESPUESTA ABIERTA
<b>NIVEL ESCOLARIDAD</b>	CUALITATIVA NOMINAL	1. BÁSICA INCOMPLETA 2. BÁSICA COMPLETA 3. MEDIA INCOMPLETA 4. MEDIA COMPLETA 5. TÉCNICA/UNIVERSITARIA INCOMPLETA 6. TÉCNICA/UNIVERSITARIA COMPLETA
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	CUALITATIVA ORDINAL	1. MENOS DE 220.000 2. ENTRE 221.000 Y 395.000 3. ENTRE 396.000 Y 683.000 4. ENTRE 684.000 Y 1.799.000 5. MÁS DE 1.800.000
<b>ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO</b>	CUALITATIVA ORDINAL	1. MENOS DE 6 MESES 2. ENTRE 6 MESES y 1 AÑO 3. MÁS DE 1 AÑO 4. NO SABE

<b>CONOCIMIENTO DE CÁNCER</b>	CUALITATIVA NOMINAL	0. NO 1. SI
<b>CONOCIMIENTO DE MORTALIDAD CÁNCER</b>	CUALITATIVA NOMINAL	0. NO 1. SI
<b>CONOCIMIENTO SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER</b>	CUALITATIVA NOMINAL	1. MANCHAS BLANCAS/ROJAS 2. ÚLCERAS QUE NO CICATRIZAN 3. AUMENTO DE VOLUMEN O TUMOR 4. OTRO
<b>ENTREGA DE INFORMACIÓN DE CÁNCER</b>	CUALITATIVA NOMINAL	0. NO 1. SI
<b>PROFESIONAL DONDE ACUDIR POR LESION SOSPECHOSA</b>	CUALITATIVA NOMINAL	1. MÉDICO GENERAL 2. MÉDICO ESPECIALISTA 3. ODONTÓLOGO 4. OTRO
<b>PACIENTE FUMADOR</b>	CUALITATIVA NOMINAL	0. NO 1. SI

Tabla III.- Tipo, escala y operacionalización de variables a estudiar.

## 6.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Antes de obtener los datos, se confeccionó una base de datos utilizando el programa Microsoft office Excel 2007, y se realizaron tablas para mejor comprensión.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa computacional Minitab 15.

Para establecer diferencias significativas entre los pacientes encuestados con y sin conocimiento de la existencia de cáncer oral según rango de edad, sexo, nivel de escolaridad y en relación al conocimiento de otros cánceres, se utilizó un estudio de proporciones. En cambio, para determinar la relación entre el conocimiento de la enfermedad y el hábito tabáquico de la población de estudio se utilizó el test Chi cuadrado ( $X^2$ ), con un intervalo de confianza de 95%.

## 7. RESULTADOS

### Características de la muestra:

El total de personas entrevistadas en el estudio, fue de 270, de las cuales el 82,6% son mujeres y 17,4% varones. La edad promedio de los entrevistados es de 43 años, la edad mínima fue de 18 y la máxima 86 años. De las mujeres encuestadas, la mayoría (23,3%) se encontró entre los 25 y 34 años (ver gráfico n°1), en cambio de los hombres consultados, en su mayoría (31,9%) se encuentran en el rango de 45 a 54 años. (ver gráfico n°2). En la tabla VIII (ver anexo 3) se describe las características de la muestra según edad y sexo.

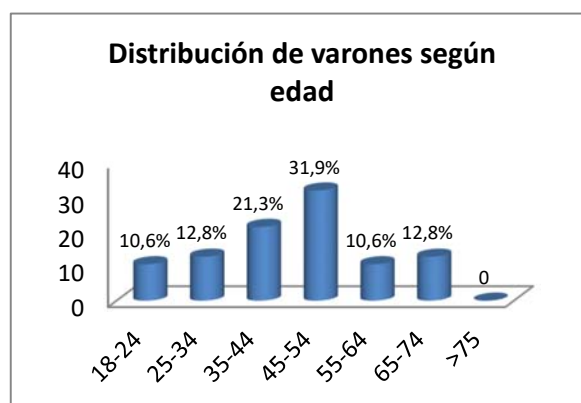
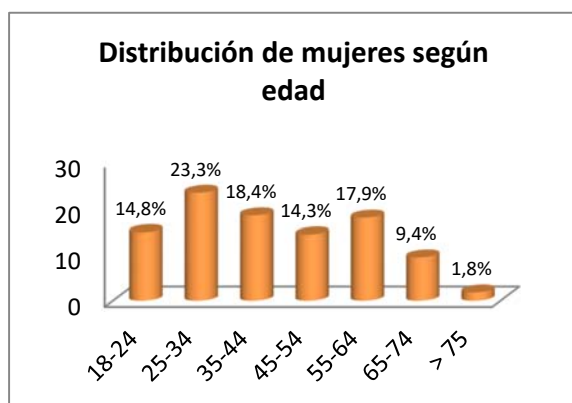


Gráfico n°1: Distribución de las mujeres según edad. Gráfico n°2: Distribución de varones según edad.

En la tabla número IV se puede observar la distribución de los pacientes encuestados según el nivel de escolaridad y nivel socioeconómico. La mayoría de los entrevistados, correspondiendo al 40%, tiene enseñanza media completa, el 39,1% de los encuestados no tiene enseñanza media completa y sólo un 11,9% tiene enseñanza superior, técnica o universitaria completa.

También podemos observar las características de la muestra en estudio según el ingreso mensual total de la familia y su correspondiente grupo socioeconómico. Se observa un predominio del nivel socioeconómico E, con un 57% del total de los entrevistados, con un ingreso menor a \$220.000 mensuales. Seguida del grupo D con un 25,9%. De los consultados, un 9,3% pertenece al grupo C3, también fue posible pesquisar a personas con ingresos superiores a \$684.000, pero en un porcentaje menor (1,9%). El 6% de los encuestados no sabe o no contesta a la pregunta.

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b><u>Nivel de escolaridad</u></b>		
Básica incompleta	16	5.9
Básica completa	42	15.5
Media incompleta	48	17.7
Media completa	108	40
Técnica/universitaria incompleta	23	8.5
Técnica/universitaria completa	32	11.9
No contesta	1	0.4
<b><u>Nivel socioeconómico</u></b>		
< 220.000 (E)	154	57
221.000 - 395.000 (D)	70	25.9
396.000 - 683.000 (C3)	25	9.3
>684.000 (C2-ABC1)	5	1.9
No contesta	16	6

Tabla IV: Distribución de los pacientes según nivel de escolaridad e ingreso mensual.

Del total de la muestra consultada, un 33,3% afirma ser fumador, y un 66,7% no lo es. (Ver gráfico n°3). Si lo observamos por sexo, un 33,7% de las mujeres y un 31,9% de los varones afirman ser fumadores (Ver tabla IX en anexo 3).

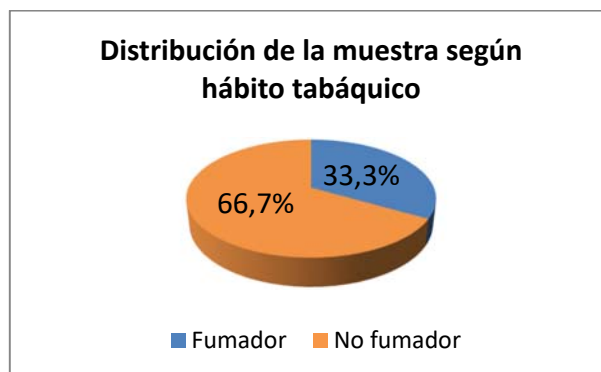


Gráfico n°3: Distribución de la muestra según hábito tabáquico.

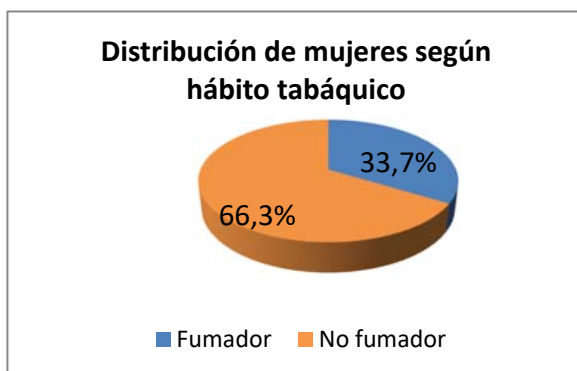


Gráfico n°4: Mujeres y hábito tabáquico.

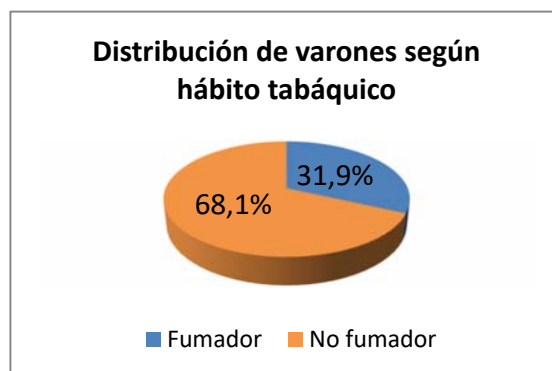


Gráfico n°5: Varones y hábito tabáquico.

#### Tratamiento dental y conocimiento del cáncer oral:

Con respecto a visitas al odontólogo (ver tabla V), el 50,4% de los encuestados relata haber visitado al dentista hace más de un año, un 31,9% dice haber visitado hace menos de 6 meses, sólo un 0,7% de los encuestados no sabe o no contesta. Según sexo, tanto para mujeres como hombres, en su mayoría relatan haber visitado al dentista hace más de 1 año.

Variable	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Última visita al dentista						
Menos de 6 meses	73	32.7	13	27.7	86	31.9
Entre 6 meses y un año	39	17.5	7	14.9	46	17.0
Más de 1 año	109	48.9	27	57.4	136	50.4
No sabe/no contesta	2	0.9	0	0	2	0.7
Total	223	100	47	100	270	100

Tabla V: Distribución de los pacientes, según sexo y visita al dentista.

Frente a la pregunta, ¿Ha escuchado hablar de los siguientes cánceres? (Ver tabla XII en anexo 3), se observa una franca diferencia entre el conocimiento de la existencia de cáncer oral en comparación a otros cánceres mencionados. Respecto al cáncer oral, un 40,7% relata haber escuchado al respecto, en comparación al 93,7%, 96,3% y 94,1% de los encuestados que afirman haber escuchado acerca de cáncer a la piel, al útero y de pulmón respectivamente (ver gráfico n°6). Al realizar el análisis estadístico Test Chi cuadrado, éste nos da: 386,858, con un grado de libertad (GL)= 3 y  $p= 0$ , por lo cual hay diferencias estadísticamente significativas entre el conocimiento de la existencia de cáncer oral en relación a otros cánceres.

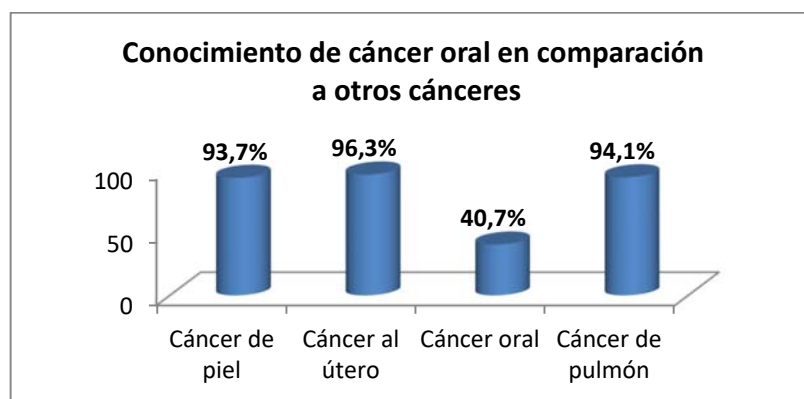


Gráfico n°6: Conocimiento cáncer oral en comparación a otros cánceres.

Cuando comparamos el nivel de conocimiento según rangos de edad, en el gráfico n°7 se puede observar mayores porcentajes de conocimiento en grupos de edades más avanzadas, en el grupo etario de 65-74 años un 55,6% ha escuchado hablar de cáncer oral en comparación al 27,6% del grupo entre 25 a 34 años. Al realizar el análisis estadístico Chi cuadrado éste fue de 7.954, con un grado de libertad 6 y  $p=0.242$ , por lo que no se observan diferencias significativas entre el nivel de conocimiento y la edad de los encuestados (Ver tabla X en anexo 3).

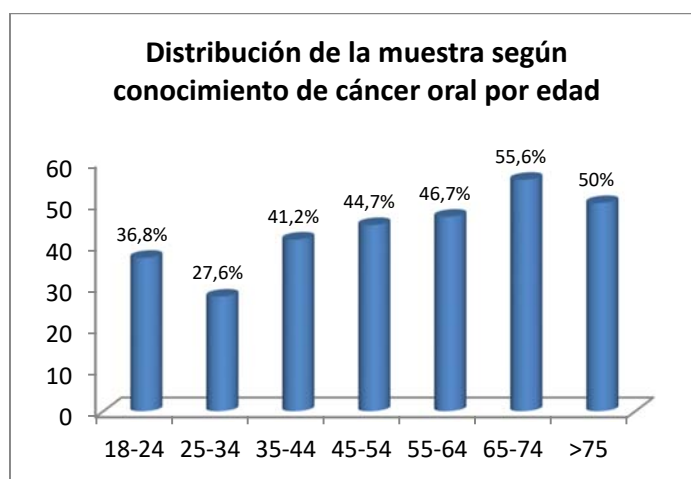


Gráfico n°7: Distribución de la muestra según conocimiento de cáncer oral por edad.

Si evaluamos el porcentaje de pacientes que ha escuchado hablar de cáncer oral en relación a su género, podemos observar en los gráficos 8 y 9 que un porcentaje levemente mayor para el sexo femenino (40,8%) en comparación al masculino (40,4%). Al aplicar el análisis estadístico, Chi cuadrado= 0.002, GL= 1,  $P=0.961$ . El valor de la prueba exacta de Fisher: Valor  $p=1$ . Por lo que no hay diferencias significativas (Ver tabla X en anexo 3).

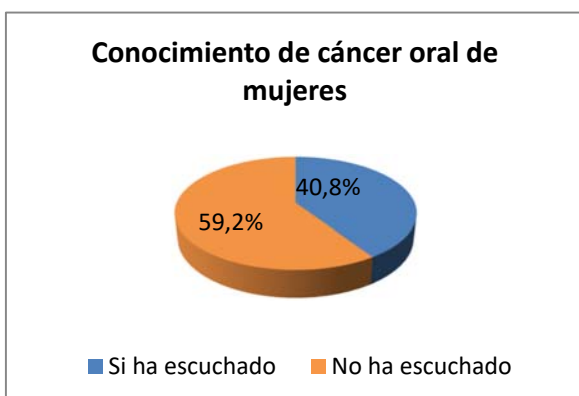


Gráfico n°8: Conocimiento de cáncer oral de mujeres.

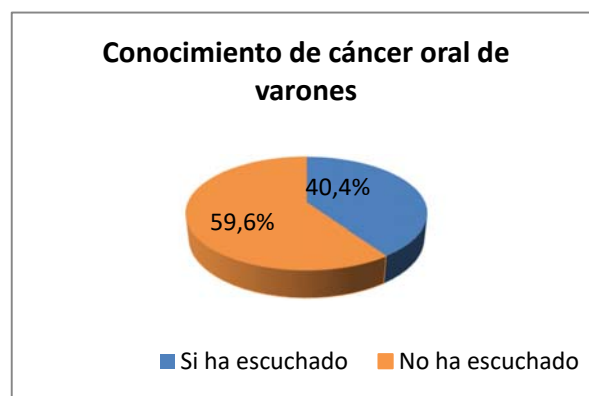


Gráfico n°9: Conocimiento de cáncer oral de varones.

Según el nivel de escolaridad de los pacientes encuestados, el conocimiento sobre cáncer oral es menor, en niveles más bajos (Ver gráfico n°10). De aquellos individuos que poseen educación básica incompleta, sólo un 31,3% ha escuchado hablar de cáncer oral, versus un 56,5% y un 50,0% de las personas que tienen enseñanza superior incompleta o enseñanza superior completa respectivamente. Aún así, al aplicar el análisis estadístico, Chi cuadrado es 4,998, GL= 5 y P= 0,416, lo que nos indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y escolaridad de nuestros encuestados.

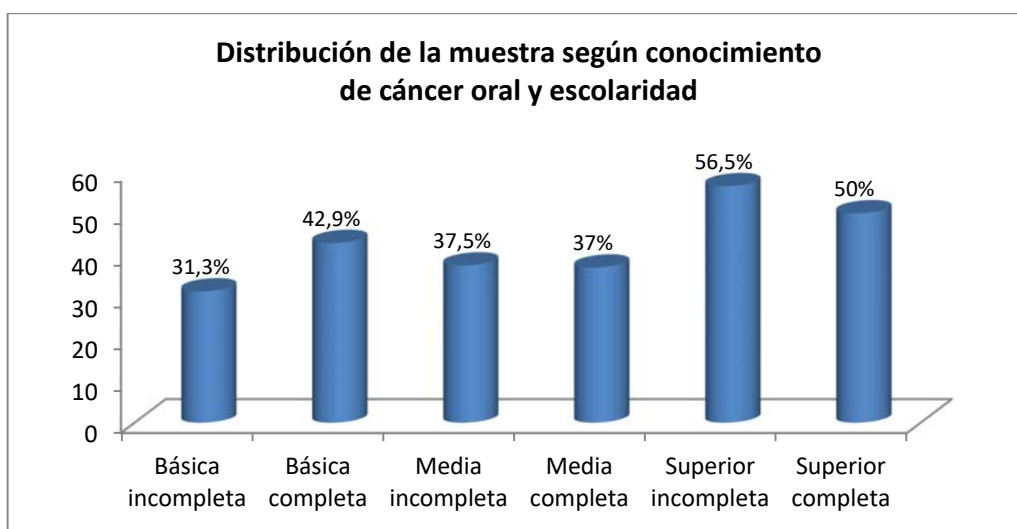


Gráfico n°10: Conocimiento de cáncer oral según escolaridad.

Al comparar el nivel de conocimiento de cáncer oral con el hábito tabáquico de los pacientes encuestados (Ver tabla XI en anexo 3), en el gráfico n°11 observamos que aquellos que si fuman, tienen un porcentaje levemente mayor (42,2%) respecto a aquellos pacientes que no fuman (40%). Chi cuadrado=0.123, GL=1, P=0,76 y con una prueba exacta de Fisher: Valor P= 0,792972. Lo cual indica que los resultados no son estadísticamente significativos.

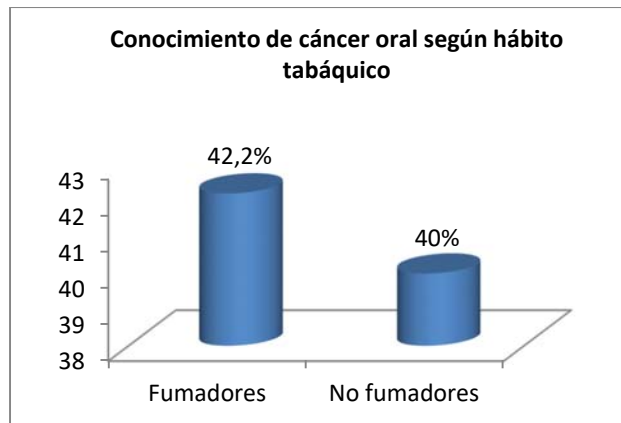


Gráfico n°11: Conocimiento de cáncer oral según hábito tabáquico.

Respecto a la mortalidad del cáncer oral, el 83% de los entrevistados consideró que el cáncer bucal puede ser mortal. Por sexo, un 87,2% y un 82,1% de los hombres y mujeres lo afirmó respectivamente (Ver tabla VI en anexo 3):

Variable	mujeres		hombres		Total	
Mortalidad del cáncer oral	N	%	N	%	N	%
SI	183	82.1	41	87.2	224	83.0
NO	40	17.9	6	12.8	46	17.0

Tabla VI: Distribución según sexo del conocimiento de mortalidad del cáncer oral.

En la tabla XIII (anexo 3), podemos observar que entre los factores de riesgo relacionados con cáncer oral, el 91,5% de los encuestados consideró que el tabaco es un factor de riesgo, un 64% relaciona la dieta con el cáncer oral y sólo un 37% asegura que el alcohol es factor de riesgo. Un 2,6% mencionó la mala higiene (Ver gráfico n°12).

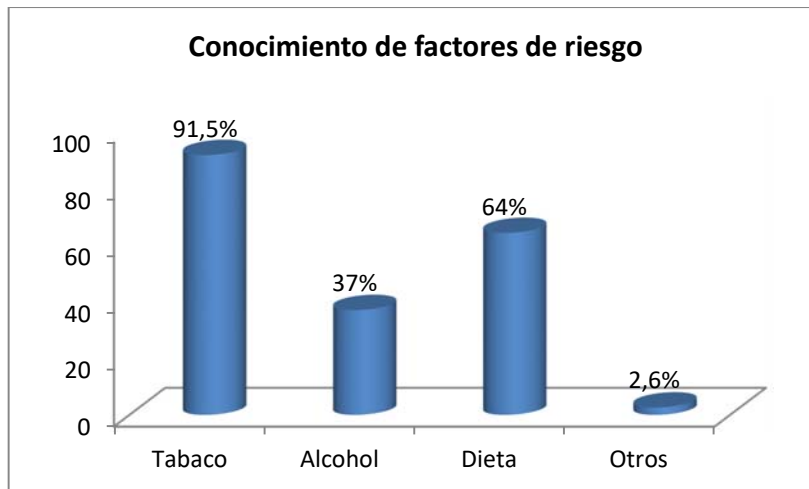


Gráfico n°12: Conocimiento de factores de riesgo.

Frente a la pregunta de conocimiento de signos y síntomas del cáncer oral (ver tabla XIII en anexo 3), un 79% de los entrevistados relacionaría el cáncer con un aumento de volumen, un 77,9% con úlceras que no cicatrizan, y un 41,6% podría pensar que las manchas blancas o rojas son presentaciones orales de cáncer oral. Sólo un 1,1% no respondió a la pregunta (Ver gráfico n°13).

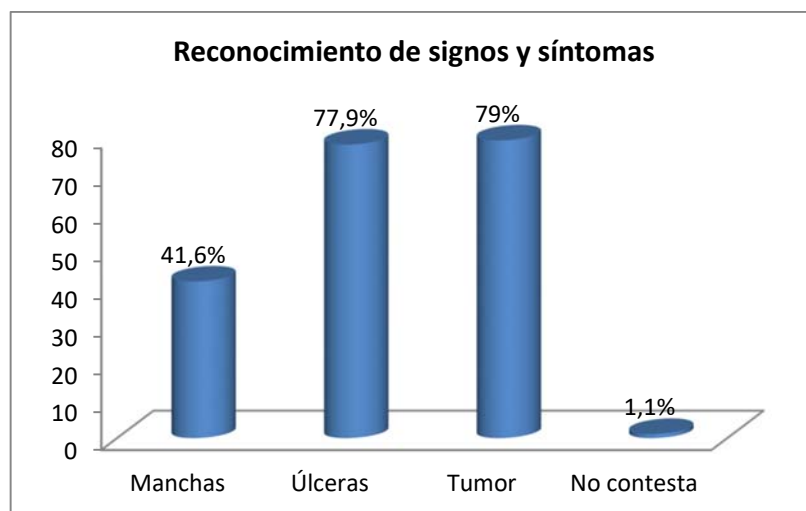


Gráfico n°13: Reconocimiento de signos y síntomas.

Como se observa en la tabla VII, un 92.9% de los pacientes encuestados relata no haber recibido información de cáncer oral. Del 7,8% de los pacientes que sí han recibido información, un 33,3% mencionan al médico general como informante, y sólo un 14,3% al dentista. Un 57,1% de los entrevistados, mencionó otros medios de transmisión de información, como afiches en consultorios, televisión, otros profesionales de la salud, información en el colegio y cajetillas de cigarro.

Variable		
Ha recibido información de C.O.	N	%
SI	21	7.8
Médicos	7	33.3
Dentista	3	14.3
Otros	12	57.1
NO	249	92.2

Tabla VII: Distribución de la muestra según la información recibida por profesionales, sobre cáncer oral.

Respecto a la pregunta, ¿A qué profesional acudiría si encuentra una lesión sospechosa en su boca?, la mayoría de los encuestados, con un 47,8% afirma que visitaría al dentista, le sigue un 19,6% que visitaría a un médico general y un 16,3% visitaría a un médico especialista. Sólo un 3% de los encuestados contestó que visitaría a cualquiera de los profesionales mencionados (Ver tabla XIV en anexo 3).

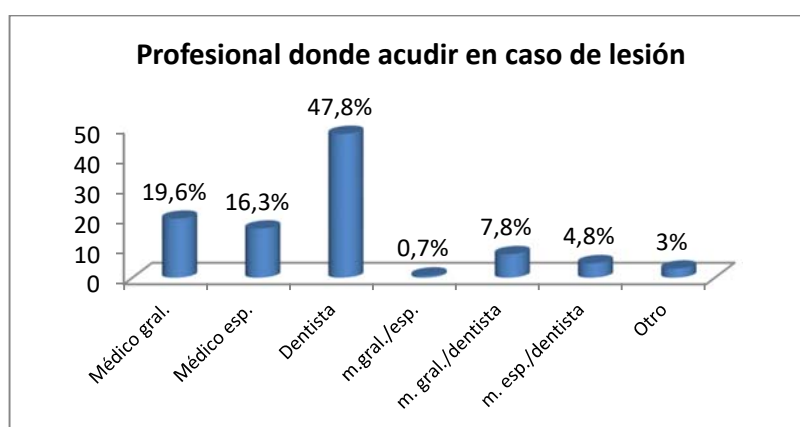


Gráfico n°14: Profesional donde acudir en caso de lesión sospechosa.

## 8.- DISCUSIÓN

Respecto al conocimiento de cáncer oral, la pregunta fue realizada intrínsecamente al mencionar si conocían el cáncer a la piel, cáncer al útero, cáncer oral y cáncer pulmonar, con el fin de evitar el fenómeno de deseabilidad social, concepto que hace referencia a la necesidad del encuestado de quedar bien con el examinador, y así evitar resultados alterados. Se observó una gran diferencia en los resultados, siendo el cáncer de útero el más escuchado por los encuestados, con un 96,3%, luego el cáncer de pulmón (94,1%), cáncer a la piel (93,7%) y finalmente el cáncer oral fue el menos reconocido por la población en estudio, donde sólo un 40,7% sabía de su existencia. Al comparar estos resultados con una pregunta similar del estudio de Warnakulasuriya y colaboradores (1999) realizado en Inglaterra, obtenemos resultados semejantes, donde el cáncer oral es el menos reconocido por el público con un 56%, mientras que un 96% había oído hablar de cáncer a la piel, 97% cáncer de pulmón y 86% cáncer al útero. Por otra parte, Lawoyin el 2009, observa que un 72% conocía el cáncer oral, pero esta cifra fue baja en comparación a otros cánceres del cuerpo (89,9%).

Creemos que las campañas realizadas por el gobierno chileno en años anteriores para educar acerca de cáncer pulmonar y cérvico uterino y los medios de comunicación que informan acerca del cáncer a la piel son los responsables de tan altos niveles de reconocimiento por parte de la gente.

Al comparar los resultados de conocimiento de cáncer oral con otros estudios, observamos que la población en estudio en Chile, fue menor a los observados en otros países: en EEUU, Cruz y colaboradores (2004), un 66% ha escuchado de cáncer oral. Oh y colaboradores (2008) encuentra que un 80,4% ha oído hablar de esta enfermedad. En Italia, un 70% (Petti & Sculli, 2007), Malasia (Saini et al., 2006) 89.9%, Nigeria (Lawoyin et al., 2003) un 72% tienen conciencia de la existencia del cáncer oral. En Córdoba, Argentina, un 41% de los entrevistados desconocía esta neoplasia. Elango y colaboradores en la India (2009) observaron que un 86% y en un mayor porcentaje, West y colaboradores (2006) observaron que un 95,6% de los encuestados había oído hablar de cáncer oral.

Nuestro resultado se asemeja a los encontrados en estudios como los realizados por Tomar y Logan (2005), donde un 40.3% ha escuchado algo de cáncer oral. Y un estudio en Turquía, un 39.3% conocía la existencia de esta neoplasia.

Al comparar los resultados con la investigación realizada por la Universidad de Chile, (Carrasco et al., 2009) nuestro resultado es levemente superior, ya que se observa

que un 35.1% relata que ha escuchado o tiene conciencia de la existencia de cáncer oral.

Respecto a la relación entre el conocimiento del cáncer oral y la edad de los entrevistados, se observa que a mayor edad existe más información, lo que concuerda con estudios como el de Robb y cols. (2009), pero aún así los resultados no son estadísticamente significativos, al igual que estudios realizados por Howard y Castillo (2004). En la investigación de Carrasco y cols., observaron que el grupo de 65 a 74 años poseían un mayor conocimiento del tema, reconociendo la existencia de esta enfermedad, pero los resultados tampoco fueron estadísticamente significativos.

De un total de 270 personas encuestadas, se observó que el grupo de mayor participación fue el sexo femenino. Esta diferencia podría deberse a que en general son las mujeres las que utilizan más los servicios de salud. En Chile, las mujeres tienden a estar en el sistema público en mayor proporción que los hombres (80,1% versus 75,6%). Además, para 2006 el 80% de las mujeres del país estaba afiliado al sistema público de salud (MIDEPLAN, 2008). Esto también coincide con autores como Ro y colaboradores (2004) que en Estados Unidos concluyeron que un 65% de los hombres en comparación al 78% de las mujeres son propensos a realizar una visita al médico. Los hombres, por lo general, son menos propensos a utilizar los sistemas de salud, menos aún por prevención (Rich & Ro, 2002; Banks, 2004; Galdas et al., 2005). Proponemos realizar una estratificación de la muestra por sexo en un futuro estudio.

Howard & Castillo (2004) encontraron que el porcentaje de conocimiento promedio es mayor para las mujeres que para los hombres con una diferencia altamente significativa ( $p < 0.05$ ). Al igual que en estudios de Cruz (2002), Choi y colaboradores (2008) y Robb y colaboradores (2009) donde se observa mayor manejo del tema por parte de las mujeres.

En el estudio de Carrasco y cols. (2009) las mujeres demuestran mayor nivel de conocimientos del cáncer oral (37%) comparado con los hombres (33.9%), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa ( $p = 0.2$ ).

En este estudio, las mujeres que conocían la existencia del cáncer oral fue de 40,8% en comparación al 40,4% de los hombres que tenían conciencia de su existencia, lo cual es una diferencia mínima y no significativa ( $p = 0,961$ ), semejante a los resultados de la investigación realizada el 2010 por Peker & Alkurt.

A diferencia de los estudios anteriores, Petti & Scully (2007) concluyen que el conocimiento en hombres es mayor que en mujeres (54,4% contra 45,6%).

Respecto al nivel de escolaridad de los encuestados, se observa que la mayoría de la población de este estudio no accedió a la educación superior, un 40% tiene educación media completa, pero un 39,1% no finalizó los 12 años de educación escolar, esto se relaciona con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas que para el año 2002 arrojó que 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 (INE, 2002).

Respecto a las personas que han finalizado su educación superior, corresponde al 11,9% de la muestra, dato cercano al promedio del país, donde sólo un 13% de la población entre 25 y 64 años ha completado estudios de educación superior (incluyendo carreras universitarias, centros de formación técnica e institutos profesionales)(INE, 2002).

Respecto al nivel educacional de los entrevistados, la literatura es unánime en que a medida que aumenta el nivel educativo hay más conocimiento o conciencia de la existencia de cáncer oral (Cruz et al., 2002; Howard & castillo, 2004; Patton et al., 2004; Saini et al.,2006; Elango et al.,2009; García & Miranda, 2009; Lawoyn, 2009).

En Chile, Carrasco y colaboradores, también concluyen que a medida aumenta el nivel de educación, es mayor el número de personas que dice haber escuchado o leído sobre cáncer oral. La diferencia entre grupos sí es estadísticamente significativa ( $p=0.03$ ).

En nuestro estudio, también se observa que el nivel de conocimiento es proporcional al nivel educativo de los participantes, ya que de las personas con educación básica incompleta, solo un 31,3% reconoció la existencia de cáncer oral en comparación al 50,0% de las personas con enseñanza superior completa. Pero los resultados no fueron estadísticamente significativos ( $p=0,416$ ).

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, lo que contribuye un factor de riesgo (Proia et al., 2006).

Considerando el hábito tabáquico de los encuestados, encontramos que el 33,3% es fumador de tabaco y un 66,7% no presenta este mal hábito, resultado similar al encontrado en un estudio de conocimiento de cáncer oral realizado por Carrasco y colaboradores (2009) en nuestro país, donde un 63,9% de los consultados no es fumador. Por sexo, las mujeres de la muestra fumarían más que los varones (33,7% versus 31,9%) datos que difieren con la estadística nacional, donde según la

encuesta nacional de salud (2010) el consumo de tabaco es en total de 40,6%, siendo en hombres un 44,2% y menor en mujeres, con un 37.1%.

Al analizar la cantidad de pacientes que tiene hábito tabáquico, se podría esperar que estas personas, por estar dentro del grupo de riesgo de cáncer, conocieran esta enfermedad u otras consecuencias de su mal hábito, aún así, en este estudio sólo un 42,2% de los encuestados que son fumadores tienen conciencia de la existencia del cáncer oral, siendo este porcentaje levemente superior que en los pacientes no fumadores y que reconocen la existencia de esta enfermedad (40%), pero aún así, los resultados no fueron estadísticamente significativos ( $p=0,76$ ).

En el estudio de Carrasco y colaboradores (2009), se observa que un 36,2% de las personas que no fuma dice haber escuchado o leído sobre cáncer oral, porcentaje levemente superior que en los que fuman 34,9%. Pero tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.6$ ).

En la literatura, también hay estudios que demuestran lo contrario, que el conocimiento de cáncer oral es inversamente proporcional a la prevalencia de hábitos que son factores de riesgo, o sea las personas con mayor consumo de tabaco y alcohol tienen menos conocimientos del cáncer oral y menos probabilidades de conocer los primeros síntomas de esta enfermedad (West et al.,2006; Elango et al.,2009) lo cual nos indica la importancia de la necesidad de informar a la población sobre esta patología, más aún en los grupos de riesgo.

Respecto a la pregunta, ¿Ha recibido información sobre cáncer oral?, sólo un 7,8% de los entrevistados de nuestro estudio respondió afirmativamente. De éstos, sólo un 14,3% fueron informados por dentistas (1,1% del total de los encuestados). En estudios similares un 12% de las personas entrevistadas reconoce que un miembro del personal de salud le ha brindado información sobre cáncer oral. De éstos, el odontólogo ha sido quien se ha referido a dicha enfermedad con más frecuencia (Howard y Castillo, 2004) Según Lawoyin (2003), de las personas que recibieron información de cáncer oral un 20,1% fue informado a través de profesionales, y un 50% gracias a medios de comunicación. Observamos que el odontólogo, que en este caso es el profesional más competente para educar, no juega un rol importante a la hora de informar a la población sobre esta enfermedad.

Es importante señalar que 12 personas de la muestra mencionaron otros medios de comunicación: otros profesionales de la salud, televisión, colegio, cajetillas de cigarro y afiches en los consultorios. En cuatro de los trece consultorios pertenecientes a la CORMUVAL tenían afiches de prevención de cáncer oral que fueron realizados por la Universidad de Chile, por lo que en aquellos consultorios esperábamos que los pacientes estuviesen más informados, pero nos pudimos percatar que la gente que

observa esos afiches o bien, que los lee y recuerda es mínima, no siendo un método de información eficiente en este caso.

Respecto a las características socioeconómicas de la muestra, la clasificación se realizó en los grupos ABC1-C2-C3-D-E. El grupo E con un ingreso mensual menor a \$220.000, corresponde al 57% de la muestra, y un 25,9% corresponde al grupo D con un sueldo entre \$221.000 y \$395.000, esto corresponde a que las encuestas fueron realizadas en consultorios de sistema público donde acceden las personas con menos ingresos. De acuerdo a la Encuesta Casen 2006, el 76,9% de la población se atiende en el sistema público, porcentaje que ha ido creciendo progresivamente en el tiempo. Asimismo, son los sectores de menores ingresos los que más usan el sistema público, el 73,7% de la población de menores ingresos (que es el 60% de la población) son beneficiarios del sistema público de salud. Por el contrario, más de la mitad de los afiliados a Isapre pertenecen a los sectores de mayores ingresos del país (20% de la población), mientras que sólo el 9,3% de los beneficiarios del sistema público pertenece a este grupo (MIDEPLAN, 2008).

Respecto a la pregunta, ¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al odontólogo?, la mayoría de los pacientes, con un 50,4% dice haberlo realizado hace más de un año y un 31,9% en menos de 6 meses, esto es inferior a otros estudios revisados, por ejemplo según Howard y Castillo (2004) en Costa Rica el 43% de los encuestados había visitado al odontólogo los últimos 6 meses.

Es importante recordar que en el sistema de salud los pacientes tienen cobertura dental, además el plan Auge incluye salud oral integral en niños de 6 años, pacientes embarazadas y adultos de 60 años, también incluye las urgencias odontológicas ambulatorias, por lo que se podría pensar que es frecuente encontrar en consultorios pacientes dentales con tratamientos en curso.

Si observamos visitas al odontólogo según sexo, son las mujeres las que presentaron mayor cantidad de visitas hace menos tiempo, en comparación a los varones. Un 32,7% de las mujeres ha visitado al dentista en menos de 6 meses en comparación al 27,7% de los varones. Si consideramos visitas entre 6 meses y 1 año, un 17,5% de mujeres versus un 14,9% de los varones las realizaron. En cambio, un 57,4% de los varones ha visitado al dentista hace más de un año, en comparación al 48,9% de las mujeres. Lo que concuerda con el hecho de que las mujeres son más preocupadas por su salud (Alt, 2002; Ro et al., 2004).

Al preguntar por la posibilidad de que el cáncer oral pueda causar la muerte en las personas que la padecen, en nuestro estudio un 83% de los entrevistados considera que efectivamente el cáncer puede ser mortal, cifra muy superior a otro estudio

realizado en América latina, donde en Costa Rica, el 60% de los entrevistados consideró que el cáncer oral puede ser mortal (Howard & Castillo, 2004).

Al analizar los conocimientos referentes a los factores de riesgo de esta enfermedad, observamos que el 91,5% de los encuestados consideró al tabaco como factor de riesgo, cifra bastante mayor a las registradas anteriormente en la literatura, por ejemplo, Shetty y Johnson (1999), un 82% de los encuestados reconoce el tabaco como factor de riesgo principal de cáncer oral. Y en un estudio realizado en Argentina (2008) sólo el 60% de los que conocían el cáncer oral conocían un factor de riesgo, siendo el tabaco el más asociado.

Aún así, el porcentaje que relaciona el tabaquismo con el cáncer oral, es por lo general una cifra muy superior a las personas que consideran que el consumo de alcohol podría causar esta enfermedad. En nuestro estudio sólo un 37% de la muestra asegura que el alcohol puede estar asociado al cáncer oral. En la literatura se puede observar como esta diferencia de asociación entre el tabaco y alcohol se repiten en variados estudios. En la investigación de Howard & Castillo (2004), el 57% de los entrevistados manifestó que el fumar puede causar cáncer oral, en cambio, sólo un 33% de los encuestados consideró que la ingestión de alcohol puede ser un factor de riesgo.

Saini y Ghani (2010), también se observa que los pacientes reconocen al tabaco como principal factor de riesgo, con un 93,5%, en cambio el alcohol fue asociado sólo en un 68,5%.

En la investigación de Warnakulasuriya, el 76% de los encuestados tenía conciencia de la relación de tabaco y el cáncer oral, pero sólo un 19% era consciente de la relación entre el abuso de alcohol y esta neoplasia.

West y cols., 2006 observa que la gran mayoría de las personas asocia que fumar tabaco es factor de riesgo de cáncer oral (84,7%), pero sólo un 19,4% ve al alcohol como factor de riesgo.

El estudio de Ariyawardana y Vithanaarachchi (2005) indica que un 47% y 17% relacionaron el tabaco y alcohol respectivamente con el cáncer oral.

Finalmente, en India, Elango y colaboradores (2009), concluyeron que un 77% y 64% asociaron el cáncer oral con tabaco y alcohol respectivamente.

Estos resultados también son importantes, si observamos que en nuestro país el porcentaje de bebedores es de un 55,58%, siendo en mayoría hombres con un 62,15% y mujeres 43,56%. De éstos, las personas que se exceden en el consumo de alcohol presentando riesgo de daño crónico y agudo, son el 37,2% de los

hombres y 21,6% de las mujeres, y los porcentajes de personas que tienen riesgo de daño crónico son 39,1% hombres y 25,2% mujeres (MINSAL, 2010).

Por lo tanto, queda de manifiesto que es importante educar a las personas en relación a los factores de riesgo de esta enfermedad sobre todo considerando que las personas están expuestas a estos factores.

Respecto a los signos y síntomas de la enfermedad, Carrasco y cols., (2009) observaron que la úlcera que no cicatriza es el signo más reconocido o asociado con cáncer oral. En nuestro estudio, también fue uno de los signos más asociados estando en segundo lugar con un 77,9%. Pero el signo que más relacionarían con cáncer sería un aumento de volumen en la cavidad oral.

Estudio de West y colaboradores (2006) sólo un 33,8% reconoció las manchas blancas como una señal, en nuestro estudio, sólo un 41,6% las asociaría con cáncer oral, siendo el signo menos reconocido.

En nuestro estudio, un 47,8% de las personas acudirían al odontólogo en caso de observar una lesión sospechosa en su boca, esto nos indica que a pesar de ser cáncer, las personas piensan que si está en la boca deben dirigirse al odontólogo, y un 36,6% acudiría a un médico (general o especialista), datos similares a los de Howard y Castillo (2004) donde el 51% de la población acudiría al odontólogo y 46% al médico. El 3% visitaría a otro personal de la salud o no sabría qué hacer.

## 9.- CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento de la existencia de cáncer oral de los pacientes atendidos en los consultorios y centros de salud familiar de la CORMUVAL es de un 40,7 %, valor inferior a la mayoría de los porcentajes obtenidos en otros estudios similares.
- Al establecer el nivel de conocimiento del cáncer oral en relación a otros cánceres mencionados, se observa que el cáncer oral es el menos reconocido por la población en estudio y esta diferencia es estadísticamente significativa.
- Al relacionar el nivel de conocimiento de cáncer oral según rangos de edad, existe un mayor conocimiento en rangos etarios superiores, pero no existen diferencias estadísticamente significativas.
- Al relacionar el nivel de conocimiento de cáncer oral según sexo, es levemente superior en mujeres, pero no existen diferencias significativas.
- Al determinar la existencia de diferencias entre el conocimiento de cáncer oral en relación al nivel de escolaridad de la población, se observa más conocimiento en niveles de educación más avanzados, pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos.
- Al relacionar el nivel de conocimiento de la enfermedad y el hábito tabáquico, se observa una leve mayoría en aquellos que si fuman, pero no es una diferencia significativa.
- Se concluye que la participación del profesional odontólogo en la educación de cáncer oral es bajo (1,1% del total de la muestra y 14,3% de las personas que sí han recibido información de cáncer oral).

## 10.- SUGERENCIAS

En este trabajo se evidencia la necesidad de informar a la población acerca de la existencia del cáncer oral, sus formas de prevención, factores de riesgo y manifestaciones bucales, sobre todo en los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, que además son un grupo de riesgo de cáncer oral y también a los grupos de riesgo, es decir, personas mayores de 40 años, fumadores y bebedores.

Consideramos que se podrían realizar campañas de salud pública a través de medios de comunicación masivos enfocadas a la prevención y educación, ya que nos parecen más efectivas para aumentar los conocimientos de los ciudadanos, donde los profesionales educadores 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 indiscutiblemente el pronóstico de los pacientes afectados.

Sugerimos continuar con esta línea de investigación, esta vez pesquisando el nivel de conocimiento de los odontólogos y otros profesionales de la salud en cáncer oral y el rol que los odontólogos tienen a la hora de prevenir esta enfermedad en nuestro país.

## 11.- RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento de cáncer oral en pacientes inscritos en Consultorios y Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Corporación Municipal de Valparaíso, Chile, entre enero y abril de 2011. Se realizó un muestreo probabilístico estratificado en todos los establecimientos. Luego de seleccionar pacientes, se aplicó una encuesta, cara a cara, en relación a, nivel educacional, hábito tabáquico, conocimientos de cáncer oral, entre otros. Se realizó estadística descriptiva y para establecer diferencias en relación a conocimientos de cáncer oral y otras variables, se realizó un estudio de proporciones y test Chi cuadrado con IC de 95%. Se obtuvo que de un total de 270 entrevistados, 82,6% fueron mujeres y 17,4% varones. La edad promedio fue 43 años, y un 33,3% son fumadores. Un 40,7% reconoce la existencia de cáncer oral, sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre conocimiento de cáncer oral y edad, sexo, nivel de escolaridad y hábito tabáquico. Respecto a factores de riesgo un 91,5% consideraría al tabaco y 37% al alcohol. En cuanto a signos y síntomas, un 79% lo relaciona con un aumento de volumen, 77,9% con úlceras y 41,6% con manchas. Sólo 3 pacientes (1,1%) recibió información de cáncer oral por parte del odontólogo. Se concluye que 40,7% de los entrevistados reconoce la existencia del cáncer oral, siendo el menos reconocido entre otros cánceres, por lo que sería necesario implementar un programa educativo para promover la existencia de esta enfermedad, factores de riesgo y prevención.

## 12.- REFERENCIAS

- 1.- Alt R. (2002): Where the Boys Are Not: A Brief Overview of Male Preventative Health. Wisconsin Medical Journal. 101(4), 22-27.
- 2.- Applebaum E., Ruhlen T., Kronenberg F., Hayes C., Peters E. (2009): Oral cancer knowledge, attitudes and practices: a survey of dentists and primary care physicians in Massachusetts. J Am Dent Assoc. 140(4):461-7.
- 3.- Ariyawardana A., Vithanaarachchi N. (2005): Awareness of oral cancer and precancer among patients attending a hospital in Sri Lanka. Asian Pac J Cancer Prev. 6(1):58-61.
- 4.- Axéll T., Pindborg J., Smith C., Van der Waal I. (1996): Oral white lesions with special reference to precancerous and tobacco-related lesions: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21 1996. International Collaborative Group on Oral White Lesions. J Oral Pathol Med. 25:49-54.
- 5.- Banks I. (2004): New Models for Providing Men with Health Care. JMHG. 1(2-3): 155-158.
- 6.-Bascones A. y cols. (2003): Cáncer y Precáncer Oral. 1ª Edición. Ediciones Avances. Madrid
- 7.- Barouki R., Morel Y. (2001): Repression of cytochrome P450 1A1 gene expression by oxidative stress: mechanisms and biological implications. Biochem Pharmacol. 61: 511–516.
- 8.- Borgeat M., Diaz M., Galvez R. (2007): Distribución y frecuencia de neoplasias malignas de labio, cavidad bucal, oro faringe, huesos maxilares y glándulas salivales mayores en la región de Valparaíso. Trabajo de investigación para grado de cirujano dentista Universidad de Valparaíso.
- 9.- Cabrera A. (2005): Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal. Publicaciones científicas. <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZyAAulyFDIGYJucg.php> (Buscado el 5 de septiembre, 2010).
- 10.- Canova C., Richiardi L., Merletti F., Pentenero M., Gervasio C., Tanturri G. y cols. (2010): Alcohol, tobacco and genetic susceptibility in relation to cancers of the upper aerodigestive tract in northern Italy. Tumori. Jan-Feb;96(1):1-10.
- 11.- Caribé F., Chimenos E., López J., Finstres F., Guix B. (2003): Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. Med Oral. 8: 178-871.

- 12.- Carrasco S. (2009): Conocimiento de cáncer oral en la población adulta de 35-44 años y 65-74 años en Chile. Santiago de Chile. Trabajo de investigación para grado de cirujano dentista, Universidad de Chile.
- 13.- Clovis J., Horowitz A., Poel D. (2002): Oral and pharyngeal cancer: knowledge and opinions of dentists in British Columbia and Nova Scotia. *J Can Dent Assoc.* 68(7):415-20.
- 14.- Conill C., Verguer E., Marruecos J., Vargas M., Biete A. (2007): Low dose rate brachytherapy in lip carcinoma. *Clin Transl oncol*, 9(4): 251-254.
- 15.- Conway D., Macpherson L., Gibson J., Binnie V. (2002): *Oral cancer: prevention and detection in primary dental healthcare*. *Primary Dental Care*, 9 (4): 119 -123.
- 16.- Conway D., Petticrew M., Marlborough H., Berthiller J., Hashibe M., Macpherson L. (2008): Significant oral cancer risk associated with low socioeconomic status. *Int J Cancer*; 122: 2811–2819.
- 17.- Cordero K., Espinoza I., Caceres D., Roco A., Miranda C., Squicciarini V. y cols. (2010): Oral cancer susceptibility associated with the CYP1A1 and GSTM1 genotypes in Chilean individuals. *Oncology letters*.1(3):549-553.
- 18.- Cruz G., Le Geros R., Ostroff J., Hay J., Kenigsberg H., Franklin M. (2002): Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc.* 133(8): 1064–1094.
- 19.- Cha I., Park J., Chung W., Choi M., Kim H., Park K. (2007): Polymorphisms of CYP1A1 and GSTM1 Genes and Susceptibility to Oral Cancer, *Yonsei Med J.* 48(2):233-239.
- 20.- Choi Y., Dodd V., Watson J., Tomar SL., Logan H., Edwards H. (2008): Perspectives of African Americans and dentists concerning dentist-patient communication on oral cancer screening. *Patient Educ Couns.* 71(1):41-51.
- 21.- Deleyannis F., Thomas D. B., Vaughan T. L., Davis S. (1996): Alcoholism: Independent Predictor of Survival in Patients with Head and Neck Cancer. *Journal of the Nacional Cancer Institute.* (8): 542-549.
- 22.- D'Souza G., Kreimer A., Viscidi R., Pawlita M., Fakhry C., Koch W., Westra W., Gillison M. (2007): Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med.* 356(19):1944-56.
- 23.- De Vita V. (1993): *Cancer Principles and Practice of Oncology*, 5th Edition. Lippincott: Raven. 735-740; 771-793.

- 24.- Elango J., Sundaram K., Gangadharan P., Subhas P., Peter S., Pulayath C., Kuriakose M. (2009): Factors affecting oral cancer awareness in a high-risk population in India. *Asian Pac J Cancer Prev.* 10(4):627-630.
- 25.- Gajendra S., Cruz G., Kumar J. (2006): Oral Cancer Prevention and Early Detection: Knowledge, Practices, and Opinions of Oral Health Care Providers in New York State. *J Cancer Educ.* 21(3): 157–162.
- 26.- Galdas P., Cheater F., Marshall P. (2005): Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623.
- 27.- García J. (1999): Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). *Rev Cubana Oncol.* 15(3):170-175.
- 28.- García G., Miranda J. (2009): Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol.* 46(4): 90-101.
- 29.- Garewall H. (1995): Antioxidants in oral cancer prevention. *Am J Clin Nutr*; 62: 1410-1416.
- 30.- Gattás G., de Carvalho M., Siraque M., Curioni A., Kohler P., Eluf-Neto J., Wünsch-Filho V. (2006): Genetic polymorphisms of CYP1A1, CYP2E1, GSTM1, and GSTT1 associated with head and neck cancer, *Head and Neck.* 28(9):819-26.
- 31.- Gonzales-Moles M. (2001): Precancer y cáncer oral. Ediciones Avances, 13-26.
- 32.- González-Moles M., Galindo P., Gutierrez J., Rodriguez-Archilla A., Ruiz-Avilla I., Sanchez-Fernandez E. (2000): Expression of the p53 protein in oral squamous cell carcinomas associated with Epstein-Barr virus. *Microbios.* 102(403):147-54.
- 33.- Hecht S. (2003): Tobacco carcinogens, their biomarkers and tobacco-induced cancer. *Nat. Rev. Cancer.* 3:733–744.
- 34.- Horowitz A., Goodman H., Yellowitz J., Nourjah P. (1996): The need for health promotion in oral cancer prevention and early detection. *J Public Health Dent.* 56(6):319-330.
- 35.- Howard M., Castillo J. (2004): Cáncer bucal: Conocimiento básico de la población en Costa Rica. *Odontos.* 6:94-102.
- 36.- Humphris G., Duncaif M., Holt D., Field E. (1999): The experimental evaluation of an oral cancer information leaflet. *Oral Oncol.* 35(6):575-582.
- 37.- Humphris G., Field E. (2004): An oral cancer information leaflet for smokers in primary care: results from two randomised controlled trials. *Community Dent Oral Epidemiol.* 32(2):143-149.

- 38.- Instituto Nacional de Estadística (2002): Encuesta nacional de empleo, promedio de cuatro trimestres 2002.
- 39.- Joseph BK. (2002): Oral cancer: prevention and detection. *Med Princ Pract*, 11 (1): 32-5.
- 40.- Kasum C., Jacobs D., Nicodemus K., Folsom A. (2002): Dietary Risk Factors For Upper Aerodigestive Tract Cancers. *Int. J. Cancer*. 99, 267–272.
- 41.- Kirschbaum A., Vincent M., Kohen M. (2004): Tendencia de la mortalidad por cáncer bucofaríngeo en Chile sexenio 1980-1985, *Rev Fac Odont Univ de Chile*. 6: 16-19.
- 42.- Kornevs E., Skagers A., Tars J., Bigestans A., Lauskis G., Libermanis O. (2005): 5 years experience with lower lip cancer. *Stomatologia*, 7(3): 95-98.
- 43.- Koten J., Neijit J., Zonnenberg B., Den Otter W. (1993): The difference between benign and malignant tumours explained with the 4- mutation paradigm for carcinogenesis. *Anticancer Res*, 13(4): 1179-1182.
- 44.- Kreimer A., Clifford G., Boyle P., Franceschi S. (2005): Human papillomavirus types in head and neck squamous cell carcinomas worldwide: a systematic review. *Biomarcadores del Cáncer Anterior Epidemiol*. 14 (2):467-475.
- 45.- La Vecchia C., Negri E., D' Avanzo B., Franceschi S. (1991): Dietary Indicators of Oral and Pharyngeal Cancer. *Int J Epidemiol*. 20: 39-44.
- 46.- Laco J., Vosmikova H., Novakova V., Celakovsky P., Dolezalova H., Tucek L. y cols (2011): The role of high-risk human papillomavirus infection in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma in non-smoking and non-drinking patients: a clinicopathological and molecular study of 46 cases. *Virchows Arch*. 458(2):179-187.
- 47.- Lajer C., Von Buchwald C. (2010): The role of human papillomavirus in head and neck cancer. *APMIS*. 118(6-7):510-519.
- 48.- Lawoyin J., Aderinokun G., Kolude B., Adekoya S., Ogundipe B. (2009) : Oral cancer awareness and prevalence of risk behaviours among dental patients in South-western Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 38(2):207.
- 49.- Levi F., Pasche C., La Vecchia C., Lucchini F., Franceschi S., Monnier P. (1998): Food Groups and Risk of Oral and Pharyngeal Cancer. *Int J Cancer*. 77: 705-709.
- 50.- Licitra L., Bernier J., Grandi C., Merlano M., Bruzzi P., Lefebvre J. (2002): Cancer of the oropharynx. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 41 (1):107–122.
- 51.- Logan H., Ettinger R., McLean H., Casco R. (1991): Common misconceptions about oral health in the older adult. *Nursing practices. Spec Care Dent*. 11:243-247.

- 52.- Llewellyn C., Johnson N., Warnakulasuriya K. (2001): Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people – a comprehensive literature review. *Oral Oncol.* 37:401–418.
- 53.- Marklund L., Hammarstedt L. (2011): Impact of HPV in Oropharyngeal Cancer, *Journal of Oncology*, vol. 2011, Article ID 509036, 6 pages.
- 54.- Marshall J., Boyle P. (1996): Nutrition and Oral Cancer. *Cancer Causes Control*; 7: 101-11.
- 55.- Marshall J., Graham S., Haughey B., et al. (1992): Smoking, alcohol, dentition and diet in the epidemiology of oral cancer. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 28: 9-15.
- 56.- Marur S., D'Souza G., Westra W., Forastiere A. (2010): HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol.* 11(8):781-789.
- 57.- Meskin L.(1999): One more time. *J Am Dent Assoc.* 130:910-916.
- 58.- Ministerio de planificación y cooperación (2008): Casen 2006: Encuesta de caracterización socioeconómica nacional, Metodología de valorización de los subsidios en salud, educación y monetarios. Búsqueda 13 de octubre de 2010, disponible en [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/publicaciones/2006/Imp\\_Distrib.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/publicaciones/2006/Imp_Distrib.pdf)
- 59.- Ministerio de Salud de Chile (2004): Consumo de cigarrillos en Chile. Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile 1994-2004. Búsqueda 12 de Noviembre 2010 en [http://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/centrodoc/Consumo\\_cigarrillos\\_CONACE\\_2006.pdf](http://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/centrodoc/Consumo_cigarrillos_CONACE_2006.pdf)
- 60.- Ministerio de Salud de Chile (2010): Encuesta nacional de salud. ENS 2009-2010. Santiago: Minsal, 2010. Búsqueda 12 de Noviembre 2010 en [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl).
- 61.- Ministerio de Salud Chile (2008): Estadísticas en Salud, Departamento de estadística e información de salud.
- 62.- Milián A., González M. (1995): Tumores malignos de la mucosa oral. En: Bagán (Ed.), *Medicina Oral*. Barcelona-España, editorial Masson, 187-199.
- 63.- Moghaddam., Huxley., Hing Lam., Woodward. (2009): Risk of Upper Aerodigestive Tract Cancer Associated with Smoking with and without Concurrent Alcohol Consumption. *Mount Sinai Journal of Medicine.* 76:392–403.
- 64.- Mora M., Montenegro I., Pérez T., Rodríguez A. (2001) : Programa de pesquiasaje del cáncer bucal: Su impacto en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 17 (3): 240-243.

- 65.- Morales D., Rodríguez L., García M. (2009): Importancia del Programa de detección temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev haban cienc méd [online]. 8(4). (Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2009000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400012&lng=es)) Búsqueda 13 de Octubre del 2010.
- 66.- Moreno L., Esparza G., González A., et al. (2000): Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. Oral Oncol; 36: 170-174.
- 67.- Muir C, Weiland L. (1995): Upper aerodigestive tract cancers. Cancer; 75:147-153.
- 68.- National Cancer Institute (2004): Realidades del cáncer bucal.
- 69.- Neville B., Damm D., Allen C., et al. (2009): Oral & maxillofacial pathology. 3ª ed. 337-369, Saunders/Elsevier. Missouri.
- 70.- Neville B., Day T. (2002): Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin. 52(4):195-215.
- 71.- Nieto A., Ramos M. (2002): Rising trends in oral cancer mortality in Spain, 1975-94. Oral Pathol Med. 31(3): 147-52.
- 72.- Notani P., Jayant K. (1987): Role of Diet in Upper Aerodigestive Tract Cancers. Nutr Cancer; 10: 103-13.
- 73.- Oh J., Kumar J., Cruz G. (2008): Racial and ethnic disparity in oral cancer awareness and examination: 2003 New York state BRFSS. J Public Health Dent. 68(1):30-38.
- 74.- OMS (2008): Temas de Salud: Tabaquismo, 2008. en [www.who.int](http://www.who.int). Búsqueda 13 de Octubre 2010.
- 75.- OMS (2004): The world health report 2004: changing history. Geneva. WHO 2004:1-157. [www.who.int](http://www.who.int). Búsqueda 13 de octubre 2010.
- 76.- Patton L., Agans R., Elter J., Southerland J., Strauss R., Kalsbeek W. (2004): Oral cancer knowledge and examination experiences among North Carolina adults. J Public Health Dent. 64(3):173-180.
- 77.- Patton L., Elter J., Southerland J., Strauss R., (2005): Knowledge of oral cancer risk factors and diagnostic concepts among North Carolina dentists. Implications for diagnosis and referral. J Am Dent Assoc. 136 (5): 602-610.
- 78.- Peker I., Alkurt M. (2010): Public Awareness Level of Oral Cancer in a Group of Dental Patients. J Contemp Dent Pract. 11(2):049-056.

- 79.- Petridou E., Zavras A., Lefatzis D., Dessypris N., Laskaris G., Dokianakis G., Segas J., Douglas C., Diehl S., Trichopoulos D. (2002): The Role of Diet and Specific Micronutrients in the Etiology of Oral Carcinoma. *Cancer*. 94 (11): 2981-2988.
- 80.- Petti S., Scully C. (2007): Oral cancer knowledge and awareness: Primary and secondary effects of an information leaflet. *Oncol oral*. 43(4): 408-415.
- 81.- Proia N., Paszkiewicz G., Nasca M., Franke G., Pauly J. (2006): Smoking and smokeless tobacco-associated human buccal cell mutations and their association with oral cancer—a review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 15(6):1061-1077.
- 82.- Quiñones L., Lucas D., Godoy J., Cáceres D., Berthou F., Varela N. (2001): CYP1A1, CYP2E1 and GSTM1 genetic polymorphisms. The effect of single and combined genotypes on lung cancer susceptibility in Chilean people. *Cancer Lett*. 174(1):35-44.
- 83.- Ramseier C., Warnakulasuriya S., Aguja I., Gallager J., Lahtinen A. (2010): Consensus report: 2nd european workshop on tobacco use prevention and cessation for oral health professionals. *International Dental Journal*. 60:3-6.
- 84.- Reibel J. (2003): Prognosis of oral pre-malignant lesions: significance of clinical, histopathological, and molecular biological characteristics. *Crit Rev Oral Biol Med*. 14(1):47-62.
- 85.- Rich J., Ro M. (2002): A Poor Man's Plight: Uncovering the Disparity in Men's Health: WK Kellogg Foundation. Búsqueda el 9 de Junio de 2011 en [http://www.communityvoices.org/Uploads/coo2vwbbgpaulnjtmq2ksu55\\_20020826104857.pdf](http://www.communityvoices.org/Uploads/coo2vwbbgpaulnjtmq2ksu55_20020826104857.pdf).
- 86.- Riera P., Martínez B. (2005): Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Med Chile*. 133 (5): 555-563.
- 87.- Ro M., Casares C., Treadwell H., Thomas S. (2004): A Man's Dilemma: Healthcare of Men Across America - A Disparities Report. Búsqueda el 9 de Junio de 2011 en [http://www.communityvoices.org/Uploads/Mans\\_Dilemma\\_00108\\_00085.pdf](http://www.communityvoices.org/Uploads/Mans_Dilemma_00108_00085.pdf).
- 88.- Robb K., Stubbings S., Ramirez A., Macleod U., Austoker J., Waller J., Hiom S., Wardle J.(2009): Public awareness of cancer in Britain: a population-based survey of adults *British Journal of Cancer*. 101, S18–S23.
- 89.- Robbins S., Cotran R., et al. (2005): *Patología Estructural y Funcional*. 7<sup>nd</sup> ed. Elsevier. Capítulo 7: Neoplasia. 276- 285.
- 90.- Robledo G. (2008): Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Claves odontol*. 15(61):23-30.

- 91.- Rodríguez J. (2010): Estudio de los reguladores del ciclo celular asociados al desarrollo de cáncer oral en una muestra de la provincia de Álava. Trabajo de investigación para el grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid.
- 92.- Saini R., Ghani Z., Rahman N. (2006): The awareness of oral cancer in adult patients attending School of Dental Sciences, Universiti Sains Malaysia: a preliminary study. *Singapore Dent J.* 28 (1):34-39.
- 93.- Sagué G.(1999): Evaluación de la calidad del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal. *MEDISAM.* 3(3):25-33.
- 94.- Samet J. (2002): Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. *Salud pública de México.* 44 (1): 144-158.
- 95.- Sandoval M. (2003): Papel pronóstico de los factores clínicos y epidemiológicos en una cohorte de pacientes con cáncer de la cavidad oral y orofaringe. Barcelona. Proyecto para tesis doctoral para la especialidad de Otorrinolaringología. Facultad de medicina, Universidad de Barcelona.
- 96.- Sapp P. (2005): Trastornos epiteliales. *Patología oral y maxilofacial contemporánea.* 2<sup>da</sup>. Edición, Elsevier. Madrid. España. Pags.180-184.
- 97.- Seoane J. y cols. (1997): Assessment of dental students ability to recognize precancerous lesions and conditions. *Eur J Dent Educ.* 1:172-175.
- 98.- Sciubba J. (2001): Oral Cancer: The Importance of Early Diagnosis and Treatment. *American Journal of Clinical Dermatology.* 2(4): 239-251.
- 99.- Shetty K., Brown J. (2009): Oral cancer risk factors among Mexican American Hispanic adolescents in South Texas. *J Dent Child.* 76(2):142-148.
- 100.- Shugars D., Patton L. (1997): Detecting, diagnosing, and preventing oral cancer. *Nurse Pract.* 22(6):105, 109-110, 113-115.
- 101.- Silverman S. (2001): Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers, the outcomes, the trends, the challenge, *JADA.* 13(2): 7-11.
- 102.- Silverman S.(1998): *Epidemiology. Oral cancer.* 4<sup>th</sup> ed. Hamilton, Ontario, Canada, Págs.1-6.
- 103.- Steinhoff C., Franke K., Golka K., Thier R., Romer H., Rotzel C. (2000): Glutathione transferase isozyme genotypes in patients with prostate and bladder carcinoma, *Arch Toxicol.* 74: 521-6.
- 104.- Swango P. (1996): Cancers of the oral cavity and pharynx in the United States: An epidemiologic overview. *J Public Health Dent.* 56:309-318.

- 105.- Tomar S., Logan H. (2005): Florida adults' oral cancer knowledge and examination experiences. *J Public Health Dent.* 65(4):221-230.
- 106.- Vukadinovic M., Jezdic Z., Petrovic M., Medenica L., Lens M. (2007): Surgical management of squamous cell carcinoma of the lip: analysis of a 10-year experience in 223 patients. *J Oral Maxillofac Surg.* 65(4):675-679.
- 107.- Waldron C., Shafer W. (1975): Leukoplakia revisited: A clinicopathologic study of 3256 oral leukoplakias. *Cancer* 36:1386-1392.
- 108.- Warnakulasuriya K., Harris C., Scarrott D., Watt R., Gelbier S., Peters T., Johnson N. (1999): An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *Br Dent J.* 187(6):319-322.
- 109.-Warnakulasuriya S. (2009): Significant oral cancer risk associated with low socioeconomic status. *Evid Based Dent.* 10 (1): 4-5.
- 110.- Warnakulasuriya S. (2009): Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology.* 45 (4): 309-316.
- 111.- West R., Alkhatib M., McNeill A., Bedi, R. (2006). Awareness of mouth cancer in Great Britain. *British Dental Journal.* 200 (3):167-169.

## ANEXO 1:

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante el presente consentimiento informado declaro estar en conocimiento de los siguientes puntos:

1. Que he sido seleccionado(a) para participar en la Investigación titulada “Cáncer Oral: nivel de conocimiento de pacientes atendidos en consultorios y CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL, Valparaíso.”, como parte de un proyecto de tesis para la obtención del título de cirujano dentista, dirigida por académicos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.
2. Comprendo que el objetivo es determinar el nivel de conocimiento de cáncer oral en pacientes atendidos en los consultorios y CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL de Valparaíso. .
3. Para participar en dicha investigación autorizo al profesional responsable a entrevistarme y, posteriormente, a ingresar mis datos a una base de datos, la cual incluye una breve encuesta acerca de nivel de conocimiento de cáncer. Estos datos serán confidenciales, mi nombre no aparecerá en los informes finales y solo se utilizarán para esta investigación.
4. Comprendo que mi participación es voluntaria, que no recibiré un beneficio económico y que podré acceder a una charla educativa sobre el tema con posterioridad.
5. Comprendo que me puedo retirar en cualquier momento de la investigación, sin que ello traiga perjuicios en relación a la atención que recibo en el Consultorio o Centro de Salud Familiar.
6. En caso de tener consultas respecto a la metodología de la encuesta podré efectuar preguntas. En cuanto a dudas respecto a los temas encuestados serán contestadas una vez terminada la encuesta.

7. En caso de cualquier consulta, también puede comunicarse con la Dra. Karina Cordero, docente guía de la tesis, perteneciente a la Cátedra de Patología Oral de la Universidad de Valparaíso al 2508528.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Investigadores:

\_\_\_\_\_

Dra. Karina Cordero Torres.

\_\_\_\_\_

Camila Concha Gómez

ANEXO 2:

**Encuesta “Nivel de conocimiento de cáncer oral”**

1.- Edad:

2.- Sexo:

Femenino

Masculino

3.- Nivel de escolaridad

Básica incompleta

Básica completa

Media incompleta

Media completa

Técnica/universitaria incompleta

Técnica/universitaria completa

4.-¿Cual es el ingreso mensual total de su familia?

Menos de 220.000

Entre 221.000 y 395.000

Entre 396.000 y 683.000

Entre 684.000 y 1.799.000

Más de 1.800.000

5.- ¿Hace cuanto tiempo fue su última visita al odontólogo?

Menos de 6 meses

Entre 6 mese y 1 año

Más de 1 año

No sabe

6.- ¿Ha oído hablar de los siguientes canceres?

Cáncer a la piel Si  No

Cáncer al útero Si  No

Cáncer oral o de boca Si  No

Cáncer de pulmón Si  No

7.- ¿Cree que el cáncer oral puede ser mortal?

Si

No

8.- ¿Cuál de estos factores puede producir cáncer oral?

Consumo de bebidas alcohólicas Si  No

Fumar tabaco Si  No

Dieta poco saludable Si  No

Otro \_\_\_\_\_

9.- Conocimientos sobre signos y síntomas de cáncer oral. Si ha escuchado del cáncer oral, ¿Cuáles cree usted podrían ser las formas de presentarse?

Manchas blancas/rojas Si  No

Ulceras que no cicatrizan Si  No

Aumento de volumen o tumor Si  No

Otro \_\_\_\_\_

10.- ¿Ha recibido información sobre cáncer oral?

Si  ¿De quién? Médico  Dentista  Otros: \_\_\_\_\_

No

11.- ¿A quién acudiría si encuentra una lesión sospechosa en su boca?

Médico general Si  No

Médico especialista Si  No

Dentista Si  No

Otro \_\_\_\_\_

12.- ¿Usted fuma?

Si  ¿Cuántos cigarrillos diarios? \_\_\_\_\_

No

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 3:

**TABLAS**

Variable	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Edades (años)						
18-24	33	14.8	5	10.6	38	14.1
25-34	52	23.3	6	12.8	58	21.5
35-44	41	18.4	10	21.3	51	18.9
45-54	32	14.3	15	31.9	47	17.4
55-64	40	17.9	5	10.6	45	16.7
65-74	21	9.4	6	12.8	27	10
> 75	4	1.8	0	0	4	1.48
Total	223	100	47	100	270	100

Tabla VIII.- Distribución de los pacientes según rangos de edad y sexo.

Paciente fumador	SI		NO	
	N	%	N	%
Sexo/hábito tabáquico				
Mujer	75	33.7	148	66.3
Hombre	15	31.9	32	68.1
Total	90	33.3	180	66.7

Tabla IX: Distribución de la muestra según habito tabáquico y sexo.

<b>Variable</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
<u><b>Edad/Conocimiento</b></u>	N	%	N	%
18 – 24	14	36.8	24	63.2
25 – 34	16	27.6	42	72.4
35 – 44	21	41.2	30	58.8
45 – 54	21	44.7	26	55.3
55 – 64	21	46.7	24	53.3
65 – 74	15	55.6	12	44.4
>75	2	50.0	2	50.0
<u><b>Sexo</b></u>				
Hombre	19	40.4	28	59.6
Mujer	91	40.8	132	59.2
<u><b>Nivel de escolaridad</b></u>				
Básica incompleta	5	31.3	11	68.7
Básica completa	18	42.9	24	57.1
Media incompleta	18	37.5	30	62.5
Media completa	40	37.0	68	63.0
Técnica/universitaria incompleta	13	56.5	10	43.5
Técnica/universitaria completa	16	50.0	16	50.0

Tabla X: Distribución de frecuencia de la respuesta a la pregunta: ¿Ha escuchado hablar sobre cáncer oral? Según rangos de edad, sexo y nivel de escolaridad.

Variable	SI		NO	
	N	%	N	%
<b>Hábito tabáquico</b>				
Si	38	42.2	52	57.8
No	72	40	108	60

Tabla XI.- Distribución de frecuencia de la respuesta a la pregunta: ¿Ha escuchado hablar sobre cáncer oral? Según hábito tabáquico.

Variable	NO		SI	
	N	%	N	%
Conocimiento de cáncer				
Cáncer a la piel	17	6.3	253	93.7
Cáncer útero	10	3.7	260	96.3
Cáncer oral	160	59.3	110	40.7
Cáncer pulmón	16	5.9	254	94.1

Tabla XII: Distribución de la muestra según conocimiento de cáncer oral en relación a cáncer de piel, útero y pulmón.


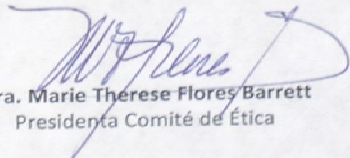
<b>Variable</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
<b><u>Factores de riesgo</u></b>	N	%	N	%
Tabaco	247	91.5	23	8.5
Alcohol	100	37	170	63
Dieta	173	64	97	36
otros	7	2.6		
<b><u>Signos y síntomas</u></b>				
Manchas	111	41.6	156	58.4
Úlceras	208	77.9	59	22.1
Tumor/aumento de volumen	211	79	56	21
No contesta	3	1.1		

Tabla XIII: Distribución de la muestra según el conocimiento de factores de riesgo y signos y síntomas de cáncer oral.

Variable	SI	
	N	%
Profesional a quien acudir		
Médico general	53	19.6
Médico especialista	44	16.3
Dentista	129	47.8
Médico general o especialista	2	0.7
Médico general o dentista	21	7.8
Médico especialista o dentista	13	4.8
Médico general, especialista o dentista	8	3
Otro	0	0
Total	270	100

Tabla XIV: Distribución de la muestra según profesional de elección en caso de observar una lesión sospechosa en boca.

## ANEXO 4:

	<b>Informe de Evaluación</b> Comité de Ética de la Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso
Valparaíso, 15 de noviembre de 2010	Número de Proyecto en Evaluación: 2010-10N01
<p>Es misión del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso salvaguardar el cuidado por el respeto, la integridad y la libertad de las personas que sean invitadas o involucradas a participar en el proyecto de investigación. Para el Comité de Ética es fundamental reconocer tanto los aspectos metodológicos del diseño de la investigación, la información que se le hará llegar al eventual participante, así como también, de los compromisos en beneficio del cuidado del paciente y/o sus antecedentes que el equipo de investigación adquiera con la o las instituciones que estén participando. Esta acta busca informar acerca de la aprobación, sugerencias y/o necesidad de re-evaluar el proyecto de investigación a este comité presentado, toda indicación inspirada en buscar contribuir a mejorar, estimular y promover el espíritu de la investigación en el marco de los criterios bioéticos actualmente vigentes.</p>	
<hr/>	
1. TÍTULO:	Cáncer Oral: Nivel de conocimiento de pacientes atendidos en consultorios y CESFAM pertenecientes a la CORMUVAL, Valparaíso.
2. PROFESOR TUTOR O GUIA:	Dra. Karina Cordero
3. AUTOR(ES):	1. Camila Concha Gómez 2. Milisette Neira Giddings
4. Resultado de Evaluación	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> APROBADO con indicaciones <input type="checkbox"/> RE-EVALUAR
<b>COMENTARIO:</b> El proyecto corresponde a un estudio observacional el cual emplea un cuestionario para la pesquisa del comportamiento de las variables en estudio. El consentimiento informado cumple con los requerimientos de información y libertad de participación para el entrevistado. Los objetivos, la metodología y el cuestionario no parecen vulnerar la integridad del grupo en estudio. <b>OBSERVACIONES MENORES – Aspectos Metodológicos:</b> La pregunta 8 puede contribuir a dirigir el tipo de respuesta de parte del entrevistado, situación que también podría darse con las preguntas 9 y 11. Se sugiere dicotomizar las opciones de respuestas en SI o NO para cada una de las posibilidades dadas.	
<hr/>	
Las observaciones éticas presentadas han buscado respetar y estar en coherencia con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la Ley n° 20.120 del año 2006 que regula la Investigación Científica en Seres Humanos, y la Norma MINSAL n°57 del año 2001.	
 Dra. Marie Therese Flores Barrett Presidenta Comité de Ética	
MTF,JP,RF/rf,mtf	

