

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ"
MORÓN

Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila.

Referrals characterization of the early detection program of oral cancer to the second level of care in the North area in Ciego de Ávila.

Niorgy Rodríguez Rodríguez (1), Yaneisy Álvarez Blanco (2), Eneisy Cárdenas Pérez (3), Madelaine de C. Cruz Betancourt (3), Mara Isabel Morales Pardo (3), Francisco Cepero Franco (3).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Departamento de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Docente de Morón, entre los meses de enero de 2009 a marzo de 2011, con el objetivo de caracterizar las remisiones del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. El universo estuvo constituido por los 53 pacientes remitidos del Programa, en el período mencionado, que acudieron a consulta, donde se trabajó con las personas que reunieron los criterios de inclusión, y los doctores que remitieron. Los datos fueron obtenidos mediante las boletas de remisión, realización de entrevista y examen físico, procesados y presentados en tablas. Aproximadamente dos tercios de los pacientes correspondían al grupo de 35-59 años y al sexo masculino. La leucoplasia fue la única condición premaligna encontrada y la patología más diagnosticada. La mayoría de los pacientes no poseían conocimientos sobre el cáncer bucal ni realizaban el autoexamen de su cavidad oral. Todos los pacientes presentaron factores de riesgo, siendo el tabaquismo el más frecuente. Casi la mitad de los médicos y estomatólogos fueron evaluados de mal según su desempeño respecto al control del método de autoexamen bucal.

Palabras clave: CÁNCER, CAVIDAD BUCAL.

1. Especialista de 1er Grado en Cirugía Máxilo Facial. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Instructor.
2. Licenciada en Atención Estomatológica. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.

INTRODUCCIÓN

Debido a los cambios demográficos actuales, el número de individuos que en el mundo rebasan la barrera de los 60 años, aumentó de 400 millones de personas en la década de los 50 a 700 millones de personas en la década de los 90 del pasado siglo, se pronosticó que alrededor de 1200 millones de ancianos existirán en el año 2025. Otro problema lo constituirá el crecimiento del grupo de los muy viejos, o sea, los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años alcanzará el 30% de los ancianos en los países desarrollados y el 12% en los llamados subdesarrollados (1-3). Cuba no escapa a este fenómeno, y actualmente presenta más del 13% de la población con edad de 60 años y más, donde forma parte de la IV etapa de transición epidemiológica en el estado de vejez demográfica (4). Cuba es un ejemplo de país en desarrollo con un envejecimiento importante de su población, con una expectativa de vida al nacer que supera los 78 años (4) y para el 2025 se espera que uno de cada cuatro cubanos sea mayor de 60 años (5), lo que explica el incremento en las tasas de incidencia del cáncer bucal, ya que los factores de riesgos actúan por más tiempo sobre los tejidos bucales provocando la aparición de esta enfermedad (6).

La detección temprana produce una reducción significativa de la mortalidad al detectar lesiones pre-malignas cuyo tratamiento oportuno evitaría la aparición del cáncer e incrementa la curación,

supervivencia y la calidad de vida (7) Además el tratamiento será indicado con intención curativa. Si la población se educa para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, entonces la atención médica será más efectiva.

En Cuba desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) y se oficializa mediante resolución ministerial en enero de 1986; es único en el mundo por su cobertura nacional fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acuden a la consulta estomatológica o que sean vistos en pesquisaje activo por el estomatólogo o el médico de familia; su objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal (6).

Con el objetivo de caracterizar el funcionamiento de este programa en el área norte de la provincia se realizó esta investigación con los objetivos de caracterizar las remisiones del PDCB al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila desde enero de 2009 a marzo de 2011; distribuir los pacientes en estudio de acuerdo a: edad, sexo, frecuencia de aparición de condiciones premalignas-patologías diagnosticadas y localización de las lesiones; determinar en los pacientes remitidos: conocimiento general de cáncer bucal, conocimiento y realización del método de autoexamen bucal y presencia de factores de riesgo del cáncer bucal; evaluar el desempeño del médico y el estomatólogo que remite con respecto al control del método de autoexamen bucal.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Departamento de Cirugía Máximo Facial del Hospital Morón, entre los meses de enero de 2009 a marzo de 2011, con el objetivo de caracterizar las remisiones del PDCB al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila.

El universo estuvo constituido por los 53 pacientes remitidos del PDCB en el período mencionado que acudieron a consulta de Cirugía Máximo Facial, se trabajó con las personas que reunieron los criterios de inclusión, y los doctores que remitieron. Criterios de inclusión y exclusión: Se escogieron como referencia a los pacientes que fueron remitidos en el período mencionado y de ellos se excluyeron los pacientes con los siguientes criterios: No pertenecer al área de salud mencionada, presentar trastornos cognoscitivos. Médicos: Los doctores en Medicina o Estomatología que llenaron los modelos de remisión.

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes, se les explicó que no representaría riesgo para su salud y que sería muy positiva su participación en el estudio para mejor desarrollo del programa. A estas personas se les aplicó una entrevista que consta de:

Sección 1 (Datos generales) Objetivo: Obtener datos del paciente y relación con equipo de salud.

Sección 2 (Preguntas 1-5) Objetivo: Diagnosticar necesidades de aprendizaje e información sobre temas generales relacionados con el cáncer bucal.

Para evaluar la entrevista y procesar la información se tuvo en consideración la clave de respuestas que lo identificó con la calificación de Bien, Regular y Mal. Sección 3 (Preguntas 6 y 7) Objetivo: Determinar si la población conoce y/o realiza el autoexamen bucal, para confrontar las categorías saber y hacer. Esta sección tiene dos preguntas precisas y cerradas sobre el tema.

Sección 4 (Pregunta 8) Objetivo: Identificar la presencia de factores de riesgo. Para ello el investigador interrogó a la persona sobre la práctica o presencia de factores de riesgo del cáncer bucal. Se tuvo en consideración los factores de riesgo descritos en Programa Nacional de Estomatología. Sección 5 Objetivo: Identificar condiciones premalignas del complejo bucal. Para ello se examinó a cada paciente y se anotó condición premaligna y localización anatómica.

Operacionalización de las variables: 1. Grupos de edades: se agruparon los pacientes en: 15-34 años, 35-59 años y 60 y más años, según Programa de Atención Estomatológica a la Población. 2.

Sexo: según sexo biológico: Masculino y Femenino. 3. Condiciones premalignas: fueron diagnosticadas al examen clínico y con posterior confirmación histológica: Leucoplasia, Eritroplasia, Paladar del fumador invertido, Líquen plano erosivo, Síndrome de Plummer Vinson, Lupus eritematoso, Papilomatosis Florida, Atrofia por avitaminosis, Nevus displásicos. 4. La localización de estas lesiones que se tuvo en cuenta fue la descrita por el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en Cuba según sitios anatómicos: labio: superior, inferior y comisura; suelo de boca; lengua móvil: cara dorsal, cara ventral, bordes y base; reborde alveolar: superior e

inferior; paladar: duro, blando; mucosa bucal: labio, carrillo, área retromolar, surco vestibular, glándula salival. 5. Para evaluar el cuestionario se le otorgó un punto a cada respuesta que suman 13 puntos, lo que posibilitó determinar el nivel de conocimientos de los pacientes sobre cáncer bucal. 6. En lo relacionado al autoexamen bucal se preguntó al paciente si se le orientaba y si se lo realizaba o no. 7. Los factores de riesgo que se tuvieron en consideración son los descritos en el Programa Nacional de Estomatología: hábitos: tabaco, alcohol, mordedura de carrillos; dieta: deficiente, irritantes; trauma crónico: prótesis desajustadas, bordes dentarios filosos; higiene bucal deficiente; condiciones premalignas; deficiencias inmunológicas; sepsis bucal. 8. Médico y estomatólogo: Se aplicó el método de observación y encuesta, con el objetivo de evaluar el desempeño referente a la prevención y control del cáncer bucal, con énfasis en el método del autoexamen bucal. El investigador preguntó al remitido todo lo que se indicó y realizó por el remitente. Finalmente se evaluaron de: Bien (si su trabajo es correcto en los aspectos medidos); Regular (si dos aspectos son correctos) y Mal (si no tiene ningún aspecto correcto) 9. Variable dependiente: el conocimiento del paciente sobre cáncer bucal.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El sexo más representado fue el masculino, con el 60.4% de la muestra (32 pacientes), esto se corresponde con estudios realizados por Santana (6); predominio del sexo masculino (56.8%), se demostró que los hombres predominan entre los pacientes con lesiones premalignas o malignas del complejo bucal. Si las personas de 60 años en lo adelante en nuestro país cada vez son más numerosas y con la edad aumentan las lesiones bucales como resultado de mayor tiempo expuesto a irritantes, era de esperar un mayor número de pacientes remitidos en este rango de edad, sin embargo, se observa que las personas de 35-59 años son los más remitidos. Estas cifras concuerdan con López (8) quien encontró que el mayor por ciento de pacientes afectados por lesiones en la boca pertenecía al grupo de 35-59 años. Estudios como los de León Martínez (9) y Royak (10), coinciden que el grupo de 60 y más tiene la más alta prevalencia del cáncer a nivel mundial, trabajos como el de Peña González (11) arroja igual resultado. En la provincia Ciego de Ávila, el estudio realizado por Hermida (12) muestra resultado similar al de esta investigación.

En el modelo de remisión del PDCB al segundo nivel de atención, no existe correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo, pues solo se recogen de forma general en: neoplasias benignas y malignas, leucoplasias, otra lesiones premalignas y otra lesión, sin que se especifique un diagnóstico por el facultativo que remite, lo que hace difícil la comparación diagnóstica inicial con el diagnóstico definitivo. En la Tabla No.1 aparece la frecuencia de patologías diagnosticadas en los pacientes del estudio, se trabajó solo con 47 pacientes porque 6 no presentaron afecciones al momento del examen en el segundo nivel de atención. La leucoplasia ocupó el 1er lugar, además resultó la única lesión premaligna encontrada, este diagnóstico concuerda con Quintana (13) y Miranda-Rodríguez (14). El resto de los diagnósticos no tuvieron predominio marcado.

Los sitios anatómicos más afectados fueron la mucosa del carillo y la encía, como se observa en la Tabla No. 2, resultado que no se corresponde con Santana Garay (15) que en 2004 en un estudio de todo el país señaló al labio, por ser la región anterior la más expuesta a traumatismos e irritaciones de todo tipo. Sin embargo, el sitio anatómico de mucosa del carillo es el más frecuente en un estudio realizado por la Dra. Miranda Tarragó en la Facultad de Estomatología de La Habana, en el año 2010, en los pacientes remitidos por el PDCB, en esa unidad docente asistencial (16).

En relación con el nivel de conocimientos sobre cáncer bucal se observa que aun este es muy bajo, pues se evaluó de bien al 13.2% de los pacientes en estudio (Tabla No. 3). Resultado similar encontró Morales (17) y Rodríguez (18) al coincidir que la mayoría de la población estaba desinformada en temas relacionados con el cáncer bucal. Pero no se corresponden con los objetivos y esfuerzos trazados por el MINSAP, ni con las actividades y estrategias de intervenciones educativas ejecutadas por los profesionales de la salud como parte del programa de maestrías, por lo que aún no es suficiente el esfuerzo y es evidente la necesidad de soluciones rápidas que mejoren esta problemática, como pueden ser mayor rigor en el proceso docente y la impartición de cursos de actualización a profesionales ya graduados.

Se encontró que sólo el 35.8% (19 personas) conocían el PDCB (Tabla No. 4). Al analizar la realización del autoexamen sólo 4 personas realizaban este ejercicio. Estos resultados demuestran

la escasa labor de promoción por parte del profesional relacionado con el autoexamen como método para prevenir el cáncer bucal. Estudios similares realizados, como el de López-Placeres, evaluaron el conocimiento del método y se constató que la mayoría de los pacientes desconocían el proceder (19). Como medida de urgencia se impone elevar la conciencia preventiva clara y precisa para modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco, alcohol, prótesis desajustadas, dieta baja en antioxidantes. Se les debe explicar muy bien acerca del método de ejecución del autoexamen bucal y el conocimiento de los signos de alerta del cáncer bucal (20).

En la Tabla No. 5 se relacionan los factores de riesgo del cáncer bucal, donde el tabaquismo y las prótesis desajustadas son los más frecuentes en las personas estudiadas (54.7% y 32.1% respectivamente). Muchos autores en sus trabajos reconocen al tabaquismo y la prótesis desajustada como etiología del cáncer bucal (21). Resultados similares reportan autores como Mosqueda en México (22) y Conceicao en Brasil (23), donde plantean que el consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo más comprobados en la posible aparición del cáncer bucal generalmente en mayores de 45 años. Es importante identificar los pacientes con más factores de riesgo para brindarles atención diferenciada. Deben ser advertidos del daño que esto produce pues en ocasiones llegan a consulta cuando el mismo es irreparable, de ahí lo trascendental de la visita periódica al estomatólogo y la realización del autoexamen bucal. Se necesita poner en práctica mecanismos que estén a nuestro alcance para prevenir y/o detectar a tiempo cualquier lesión del complejo bucal que traiga aparejado predisposición a contraer el cáncer bucal (22).

Se ha observado en los estudios revisados una baja percepción de riesgo de enfermar de la población y escasa colaboración en este tipo de programas. Es evidente la necesidad de aumentar el nivel de información acerca de prevención de cáncer bucal a la población para que paulatinamente se desarrolle la percepción en estos pacientes, aspecto importante en la eliminación de factores de riesgo y prevención en general, ya que una adecuada percepción es necesaria para el éxito de cualquier actividad, a través de ellas se forma la imagen de la realidad, se corrige y comprueba; es el eslabón inicial del conocimiento y del procesamiento de la información (20). En Cuba, el sentido de percepción de riesgo del individuo es bajo, con una confianza extrema en el sector de la salud, no se comprende que en la solución de un problema es imprescindible la participación conjunta de él como individuo y de la sociedad. Existe una insuficiente información sobre la enfermedad en la población, reflejo de una pobre labor educativa, limitante para la participación comunitaria en su forma más genuina, la del compromiso en la solución de este problema (24).

Al evaluar el desempeño del equipo de salud (Tabla No. 6), se analiza el accionar de los médicos y estomatólogos con relación al autoexamen bucal. Se detectó que solo el 28.3% de los estomatólogos fue evaluado de bien, a pesar que este Programa de Detección del Cáncer Bucal está institucionalizado por el MINSAP desde 1986; el 39.6% fue evaluado de mal pues, a pesar de remitir a los pacientes, no les indicaban la necesidad de realización del método de autoexamen bucal ni existía propaganda gráfica visible en los locales de consulta. Estos datos se corresponden con los obtenidos por Morales Moreira (17) en su tesis de maestría en 2007.

Estos resultados son preocupantes, porque debían ser los estomatólogos los abanderados en la prevención y promoción. En este caso es más lamentable aún si no se motivan para entrenar en el autoexamen a una persona que ya tiene latente alguna lesión por benigna que pueda resultar. Resultados similares se han obtenido en estudios anteriores (17-18).

Solo el 10.8% de los médicos fueron evaluados de bien, pero realmente el 100% debió evaluarse de mal, pues aunque indicaron autoexamen, su conducta a seguir era remitir a atención primaria de Estomatología y no directamente al Cirujano Máximo Facial al segundo nivel de atención médica. En relación con la remisión se atendieron 62 pacientes, de ellos 25 por estomatólogos, sin modelos oficiales de remisión, lo que constituye una alarma por el mal proceder, al violar las normas institucionalizadas, lo que crea un subregistro. En sentido general, estos pacientes superaron a los que sí fueron remitidos correctamente.

El médico general básico o médico general integral, pilar en que se sustenta la calidad de la Atención Primaria de Salud, debe ser un profesional bien entrenado, que trabaje como miembro de equipos de salud en la comunidad, para lo cual requiere habilidades en la comunicación y en la coordinación grupal. El perfeccionamiento del proceso de enseñanza aprendizaje conlleva la necesidad de crear condiciones pedagógicas que favorezcan, en un clima de confianza,

receptividad y reflexión, un proceso de interacción y comunicación educativa. Las transformaciones realizadas en el Sistema Nacional de Salud y las necesidades de continuar su perfeccionamiento han generado cambios en la atención primaria de salud y han dado origen a un nuevo modelo de atención integral donde el médico de familia es el eslabón prioritario por su relación directa con la comunidad. Se impone la necesidad de encontrar respuestas rápidas y científicas que generan la implementación y evaluación de intervenciones para lograr acciones de prevención y control eficientes (24-25).

CONCLUSIONES

1. Aproximadamente dos tercios de los pacientes remitidos correspondieron al grupo de 35-59 años y al sexo masculino.
2. La leucoplasia fue la única condición premaligna encontrada y la patología más frecuente.
3. Más de la mitad de las patologías diagnosticadas afectaban la mucosa del carrillo.
4. La mayoría de los pacientes no poseían conocimientos sobre cáncer bucal ni realizaban el autoexamen de su cavidad oral.
5. Todos los pacientes presentaron factores de riesgo y el tabaquismo fue el más frecuente.
6. Casi la mitad de los médicos y estomatólogos fueron evaluados de mal según su desempeño respecto al control del Método de Autoexamen Bucal.

ABSTRACT

A transversal, descriptive and observational study was conducted in the surgery Maxillo Facial Department in the Provincial General Teaching Hospital of Morón, between January 2009 and March 2011, with the aim of characterizing referrals of the early detection program of oral cancer to the second level of care in the north area of Ciego de Ávila. The universe was form by 53 referred patients of the program, that attended consultation, working with people that met the inclusion criteria and the doctors who referred. Data were obtained by remission ballots, carrying out of interview and physical examination, processed and presented in tables. Approximately two-thirds of patients were aged 35-59 years and male. Leukoplakia was the only found premalignant condition and the most diagnosed pathology. Most of the patients did not have knowledge on oral cancer nor carrying out self-examination of their oral cavity. All patients presented risk factors, smoking being the most frequent. Almost half of doctors and stomatologists had bad evaluations according to its performance to control of oral self-examination method.

Key words: CANCER, ORAL CAVITY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Díaz Román TM, Faxas García ME, Arango Prado MC. Factores etiopatogénicos y moleculares en la génesis del cáncer. Rev Cubana Oncol [internet]. 2006 [citado 5 ene 2010]; 14(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_1_98/onc09198.htm
- 2- Ramadas K, Sankaranayanan R, Jacob BJ, Thomas G. Interim result from a cluster randomized controlled oral cancer screening trial in Kerala Indian. Oral Oncol. 2007; 39(6):580-8.
- 3- Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. Oral Oncol. 2008; 38(8): 737-46.
- 4- Camaño I, Pimiento I, Camaño V, Pérez Y, Martínez A. Conocimientos del PDCB en médicos de familia del Policlínico Turcios Lima. Rev 16 Abr [Internet]. 2007 [citado 5 ene 2010] [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.16deabril.sld.cu/rev/217/articulo1.html>.
- 5- Díaz Martínez JR, Santana Garay JC, Cuevas Pérez I. Cáncer bucofaríngeo en menores de 30 años. Rev Cubana Oncol. 2002; 11(3-4): 71-72.
- 6- Santana Garay JC. Prevención y Diagnóstico del Cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004 p. 38-45, 59.
- 7- Menéndez OR, Cordón Portillo JA. Agenda 21 ¿Qué debe esperarse y buscarse para la estomatología del futuro? Rev Bras Odontol Saudé Colectiva. 2009; 1(2): 30-44.
- 8- López Cruz E, Marrero Fuente A, Castells Zayas Bazán S. Evaluación del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2006 [citado 10 feb 2011]; 7(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://shin.cmw.sld.cu/amc/v7.sup/1/770.htm>

- 9- León Martínez E, Romero Sánchez M del C, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 [citado 10 feb 2011]; 13(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- 10- Royak Simpsom K, Lancaster J. Cambios psicosociales en el adulto mayor. Rev Panam Adult May [Internet] 2007 [Citado 10 feb 2011] [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm>
- 11- Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de la cavidad oral. Rev Cubana Estomatolo.2006; 43(1):12-16.
- 12- Hermida Rojas M, Santana Garay JC, Díaz Hernández MJ, Rodríguez Moreno E, Borroto Alcorta DC, Gutiérrez García EM. El estilo de vida en pacientes con cáncer bucal. MediCiego [Internet]. 2005 [citado 10 feb 2011]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol11_supl2_05/casos/c1_v12_0106.html.
- 13- Quintana Díaz JC, Fernández Fregio M, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 [citado 10 feb 2011]: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciartte>
- 14- Miranda JD, Rodríguez I. El Programa de Detección de Cáncer Bucal en la Facultad de Estomatología de La Habana de 1999 a 2005. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. La Habana: MINSAP; 2006.
- 15- Santana Garay JC, Sánchez M, Gutiérrez A. Análisis de los resultados del Programa de Detección del Cáncer Bucal en el año 2004. Congreso Internacional Estomatología 2005. CD Memorias del Congreso.
- 16- Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia GL, Rodríguez Pérez I, Trujillo Miranda E. Pacientes remitidos por el programa de Detección de Cáncer Bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 10 feb 2011]; 47(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/104552841/ABSTRACT?CRETRY=1&SRETRY=0>
- 17- Morales Moreira E. Autoexamen Bucal: una técnica saludable. Propuesta de intervención educativa [tesis]. Morón: Facultad de Ciencias Médicas José Asseff Yara; 2007.
- 18- Rodríguez Rodríguez N. Autoexamen Bucal en el adulto mayor: Estrategia de intervención educativa [tesis]. Morón: Facultad de Ciencias Médicas José Asseff Yara; 2009.
- 19- Martín J, Medina LD, Márquez E, Concepción JJ, Pérez MM, Rodríguez Z. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la clínica estomatológica "Celia Sánchez Manduley" [Internet]. 2009 [citado 25 feb 2011] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/JMP/JMP01/jmp01.html>
- 20- López E, Placeres M, Alfonso P. Comportamiento del programa de detección precoz del cáncer bucal en la clínica estomatológica docente provincial. Revista Electrónica "Archivo Médico de Camagüey" [Internet]. 2007; 5(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2001/v5n2/406.htm>
- 21- Mora MC, Montenegro I, Pérez T, Rodríguez AL. Programa de pesquisaje del cáncer bucal en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007; 17(3):240-3.
- 22- Mosqueda AA, Ibañez N, Díaz MA, Irigoyen ME, Sida E. Frecuencia de neoplasias malignas de la región bucal y maxilofacial en dos servicios de patología bucal de la ciudad de México. Rev Cienc Clín [Internet]. 2008 [citado 25 feb 2011]; 1(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>
- 23- Conceição M, Tostes D, Landman G, Kowalski LP. Histologic Subtypes of Oral Squamous Cell Carcinoma: Prognostic Relevant. JCDA. [Serie en Internet] 2007 [Citado 25 feb 2011]; 73(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-4/339.html>
- 24- Bernardo Fuentes MG, García Galán EV, Pomares Bory E. El vínculo ecuación comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. Educ Med Sup [internet]. 2006 [citado 25 feb 2011]; 18 (4): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems03404.htm
- 25- Nair Tardó M. Efectos de las intervenciones educativas a partir del rol docente. Universidad de La Plata. Argentina [Internet]. 2007 [citado 25 febrero 2011]: [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm>

ANEXOS

TABLA No. 1. Frecuencia de patologías diagnosticadas.

Condición	No. de pacientes	%
Leucoplasia	22	46.8
Épulis	4	8.51
Carcinoma Epidermoide	3	6.38
Hemangioma	3	6.38
Queratosis	1	2.13
Quelitis	1	2.13
Mancha melánica	1	2.13
Papila lingual Hipertrófica	2	4.26
Fibroma	5	10.6
Papiloma	2	4.26
Ránula	1	2.13
Quiste periodontal	1	2.13
Quiste dentígero	1	2.13
Total	47	100

Fuente: Boleta de remisión.

Tabla No. 2. Localización de patologías diagnosticadas según sitios anatómicos. n=47

Sitio	No.	%
Mucosa del carrillo	25	53.2
Suelo de boca	2	4.26
Labio inferior	3	5.66
Lengua	3	5.66
Labio superior	3	5.66
Paladar	4	7.55
Encía	7	16.3

Fuente: Boleta de remisión.

Tabla No. 3. Evaluación del nivel de conocimiento sobre Cáncer Bucal según sexo. n=53

Ítems	Bien		Regular		Mal	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	3	42.9	4	30.8	14	42.9
Masculino	4	57.1	9	69.2	19	57.6
Total	7	13.2	13	24.5	33	62.3

Fuente: Entrevista.

TABLA No 4. Caracterización del conocimiento y la realización del autoexamen bucal según sexo. n=53

Autoexamen Bucal	Conoce		Realiza	
	No.	%	No.	%
Femenino	8	42.1	3	75.00
Masculino	11	57.9	1	25.00
Total	19	35.8	4	7.55

Fuente: Entrevista.

TABLA No. 5. Distribución de pacientes según factores de riesgo del Cáncer Bucal y sexo. n=53

Factores de Riesgo	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.		No.	%
Tabaquismo	11	37.9	18	62.2	29	54.7
Borde Filoso	4	57.1	3	42.9	7	13.2
Prótesis Desajustada	10	58.8	7	41.2	17	32.1
Dieta	6	75.0	2	25.0	8	15.1
Alcoholismo	—	—	11	100	11	20.8
Exposición Solar	1	25.0	3	75.0	4	7.55
Mordedura de carrillo	1	8.33	11	91.7	21	22.6
Higiene bucal deficiente	3	42.9	4	57.1	7	13.2

Fuente: Entrevista.

Tabla No. 6. Evaluación del desempeño del equipo de salud.

Profesional	Evaluación							
	Bien		Regular		Mal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Médico	4	10.8	11	29.7	22	59.5	37	41.1
Estomatólogo	15	28.3	17	32.1	21	39.6	53	58.9
Total	19	21.1	28	31.1	43	47.8	90	100

Fuente: Entrevista.

Entrevista estructurada.

Sección 1.

Nombre y Apellidos _____

No de orden _____ Edad _____ Sexo _____ Raza _____ CMF _____

Ocupación _____ Nivel escolar _____

Sección 2.

1- ¿Cada qué tiempo debe acudir a la consulta de estomatología para que le realicen el autoexamen para la detección precoz del cáncer bucal?

1.1 _____ Cada 6 meses.

1.2 _____ Cada año.

1.3 _____ Cada año y medio.

1.4 _____ Cada dos años.

1.5 _____ No se.

2- ¿Considera que el cáncer bucal se puede evitar?

2.1 _____ Si.

2.2 _____ No.

2.3 _____ No se.

3- ¿Cuales de los factores de riesgo siguientes puede provocar cáncer bucal?

3.1 _____ Dientes con bordes filosos.

3.2 _____ Prótesis desajustadas.

3.3 _____ Dieta rica en azúcar.

3.4 _____ Ingerir alimentos muy calientes.

3.5 _____ No se.

4- ¿Cuál de los siguientes hábitos puede provocar cáncer bucal?

4.1 _____ Morderse los labios.

4.2 _____ Morderse los carrillos.

4.3 _____ Comerse las uñas.

4.4 _____ Ingerir bebidas alcohólicas.

4.5 _____ Fumar.

4.6 _____ No se.

5- ¿Cuál de los siguientes signos considera usted un signo de alarma del cáncer bucal?

5.1 _____ Úlcera que no cicatriza.

5.2 _____ Lesión roja o blanca persistente.

5.3 _____ Encía inflamada.

5.4 _____ Lesión que sangra fácilmente.

5.5 _____ No se.

Sección 3.

6- ¿Conoce el autoexamen bucal como método preventivo para el cáncer bucal?

6.1 _____ Si.

7- ¿Lo realiza?

6.2 _____ No

7.1 _____ Si

7.2 _____ No

Sección 4.

8- ¿Practica o presenta los factores de riesgo que a continuación se relacionan?

8.1 _____ Hábito de fumar.

8.2 _____ Ingestión de bebidas alcohólicas.

8.3 _____ Morderse los labios.

8.4 _____ Morderse los carrillos.

8.5 _____ Dientes fracturados con bordes filosos.

8.6 _____ Prótesis mal ajustadas.

8.7 _____ Hábito de café

8.7 _____ Otros _____

Sección 5.

9.1_Condición premaligna. Si _____ No _____

9.2_ Localización: _____