



Universidad de Ciencias Médicas de Holguín
Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”
Holguín

Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en pacientes alcohólicos.
Rafael Freyre 2021-2022

Autor(a): Dra. Marianela Ferrera Ramírez

Tutor(a): Dra. Ana Maité Bruzón Díaz

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General
Integral

2022

“Año 64 de la Revolución”



Universidad de Ciencias Médicas de Holguín
Facultad de Ciencias Médicas: "Mariana Grajales Coello"
Holguín

Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en pacientes alcohólicos.
Rafael Freyre 2021-2022

Autor(a):

Dra. Marianela Ferrera Ramírez

Doctora en Estomatología. Residente de 2do año de Estomatología General Integral

Tutor(a):

Dra. Ana Maité Bruzón Díaz

Doctora en Estomatología. Especialista de 2do Grado en Estomatología General Integral. Máster en urgencias estomatológicas. Profesor asistente. Investigador agregado

Tesis para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral

2022

"Año 64 de la Revolución"

Pensamiento

Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado, un esfuerzo total es una victoria completa.

Mahatma Gandhi

Agradecimientos

A Dios por su presencia en mi vida siempre.

A mis profesores, que participaron en mi formación profesional.

A mi tutora la Dra. Ana Maité Bruzón Díaz por su excelente profesionalidad.

A todos los profesores, licenciados, técnicos y colegas que contribuyeron a la realización de este trabajo.

A mi familia y amigos por su infinito apoyo.

A todos ¡Muchas Gracias!

Resumen

Se realizó un estudio cuasiexperimental de tipo intervención para determinar la efectividad de la intervención educativa en la prevención del cáncer bucal de los pacientes alcohólicos, pertenecientes al Policlínico con Servicio de Hospitalización Mario Muñoz Monroy, en el municipio Rafael Freyre en el período comprendido de julio de 2021 a marzo de 2022; mediante la generalización del programa educativo "A luchar contra el alcoholismo y el cáncer bucal". El universo estuvo constituido por 80 pacientes alcohólicos que pertenecen al consultorio No 25 del área de salud antes mencionada. Para darle salida a los objetivos se estudiaron las variables edad, sexo, nivel educacional, categoría laboral, consumo de alcohol y nivel de conocimientos antes y después de la labor educativa. Al distribuir los pacientes según edad y sexo se pudo comprobar que los masculinos fueron los más representativos sobre todo en el grupo de edad de 35 a 59 años. El técnico medio es el nivel educacional más predominante en la población estudiada. La mayor parte de la población es obrera y bebedores moderados. Al evaluar el impacto educativo comparando los resultados con la aplicación de una segunda encuesta la investigación arrojó que el 68.8% de los pacientes presentaba antes de la intervención un deficiente nivel de conocimiento y luego de la aplicación del programa educativo se detectó un 67.5% con un elevado nivel de conocimiento.

Palabras Claves: Cáncer Bucal, alcoholismo, lesiones premalignas.

Summary

Quasi-experimental of type accomplished a study itself intervention to determine the effectiveness of the educational intervention in the prevention of the buccal cancer of the alcoholic patients, belonging to the Poly-Clinician with hospitalization service Mario Muñoz Monroy, at the municipality Rafael Freyre in the period understood of July 2021 to March 2022; By means of the generalization of the educational program To fight alcoholism and the buccal cancer. The universe was constituted for 80 alcoholic patients that 25 of the area of above-mentioned health belong to the doctor's office Not. In order to give vent to the objectives studied him variables age, sex, educational level, labor category, consumption of alcohol and level of knowledge before and after the educational work. It could be verified that when the patients according to age and sex to distribute the masculine were the most representative most of all in the age bracket of 35 to 59 years. The half a technician is the educational level more prevailing in the studied population. The greater part of the population is worker and moderate drinkers. You threw away when the investigation evaluated the educational impact comparing the results to the application of a second opinion poll than 68,8 % of patients you presented before intervention a deficient level of knowledge and right after the application of the educational program a 67,5 % with an elevated level of knowledge was detected.

Key words: Buccal cancer, alcoholism, pre-malignant injuries.

Índice

Introducción.....	1
Objetivos.....	7
Marco teórico.....	8
Diseño Metodológico.....	22
Análisis y discusión de los resultados.....	28
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Referencias bibliográficas.....	37
Anexos	

Introducción

El cáncer es un trastorno que se caracteriza por la alteración del equilibrio entre los mecanismos de proliferación, crecimiento y muerte celular; conduce al desarrollo de una clona con capacidad de invadir y destruir tejidos adyacentes, diseminarse a sitios distantes y producir metástasis. Es un crecimiento anormal de las células de la mucosa oral y puede asentarse en los labios, la lengua, el piso de la boca, las glándulas salivales, el revestimiento interior de las mejillas (mucosa yugal), las encías o el paladar.¹

En la actualidad la enfermedad representa un grave problema de salud pública a nivel mundial, debido al incremento de su incidencia, mortalidad y morbilidad.² La Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), a través de Globocan, estimó que en el año 2012, se produjeron alrededor de 14.1 millones de casos nuevos y 8.2 millones de muertes nivel mundial.³

Estableciendo que la carga de la patología viene en aumento como resultado del crecimiento demográfico, envejecimiento poblacional, adopción de estilos de vida no saludables, exposición ambiental y factores conductuales. Previendo que para el año 2025, la carga mundial superará los 20 millones de casos nuevos.⁴

En Cuba el cáncer se ha ubicado como primera causa de muerte desde el año 2012, ha desplazado a las enfermedades cardiovasculares y nos ha sometido al desafío de cambiar este panorama.⁵ Holguín se encuentra entre las 8 provincias, donde es superior el riesgo de morir por cáncer que por otras causas, con una tasa de 111,4 por 100 000 habitantes.⁶

El cáncer bucal es una neoplasia maligna de comportamiento agresivo, y se ha convertido en un problema grave de salud a nivel mundial, debido al aumento de su incidencia en los últimos años. El cáncer oral representa aproximadamente el 8% de todos los tumores malignos y los hombres se ven afectados dos veces más que las mujeres, en particular aquellos mayores de 40 años de edad.⁷

Se considera factor de riesgo, cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad, que puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social.⁸ Los factores relacionados con los modos y estilos de vida son considerados factores de riesgo en la aparición clínica de las enfermedades bucodentales o pueden modificar el curso de estas.⁹

Entre los factores que hacen que el paciente tenga un riesgo mayor de desarrollar un cáncer, pueden mencionarse algunos como el envejecimiento, hábito de fumar, el alcohol, algún tipo de anemia, sepsis bucal, alteraciones del medio ambiente, estados de inmunosupresión,¹⁰ dientes con bordes filosos, prótesis desajustadas, exposición a la radiación solar de forma excesiva, dieta escasa en frutas y vegetales, virus, hongos, oncogenes y factores generales predisponentes.¹¹

Hay un fuerte consenso científico de que el consumo de alcohol puede causar varios tipos de cáncer. En su Informe sobre Carcinógenos, el Programa Nacional de Toxicología del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos incluye en la lista el consumo de bebidas alcohólicas como un conocido carcinógeno humano.¹²

La comprobación de la investigación indica que en cuanto más alcohol bebe una persona, en especial, en cuanto más alcohol bebe una persona regularmente con el tiempo, mayor será su riesgo de presentar un cáncer asociado con el alcohol. Aún los bebedores ligeros (aquellos que no toman más de una bebida al día) y bebedores excesivos tienen un riesgo ligeramente mayor de algunos cánceres.¹³

El consumo moderado a excesivo de alcohol está asociado con mayores riesgos de ciertos cánceres de cabeza y cuello. Los bebedores moderados tienen 1,8 veces más riesgos mayores de cánceres de cavidad oral y de faringe y 1,4 veces riesgos mayores de cánceres de laringe que quienes no beben, y quienes consumen alcohol en exceso tienen 5 veces más riesgos mayores de cánceres de cavidad oral y de faringe y 2,6 veces más riesgo mayor de cánceres de laringe.¹⁴

Los investigadores han formulado muchas hipótesis sobre la forma como el alcohol pueda aumentar el riesgo de cáncer, como:

- Al metabolizar (descomponer) el etanol en las bebidas alcohólicas a acetaldehído, el cual es un producto químico tóxico y un probable carcinógeno humano; el acetaldehído puede dañar tanto el ADN (el material genético que compone los genes) como las proteínas.
- Al generar especies reactivas de oxígeno (moléculas químicamente reactivas que contienen oxígeno), las cuales pueden dañar al ADN, las proteínas y lípidos (grasas) en el cuerpo por un proceso que se llama oxidación.
- Al deteriorar la capacidad del cuerpo para descomponer y absorber una variedad de nutrientes que pueden estar asociados con el riesgo de cáncer, incluyendo

la vitamina A; nutrientes en el complejo de vitamina B, como el folato; vitamina C; vitamina D; vitamina E; y carotenoides.

Las bebidas alcohólicas pueden también contener una variedad de contaminantes cancerígenos que se introducen durante la fermentación y la producción, como son las nitrosaminas, las fibras de asbesto, los fenoles e hidrocarburos. El consumo de alcohol presente en los pacientes alcohólicos y en el resto de la población adulta, con la excepción de los abstemios y los verdaderos bebedores sociales, determina cada año a nivel mundial: 3,2 % de todos los fallecimientos, 12 años de reducción promedio de la esperanza de vida y 4 % del total de años productivos perdidos por discapacidades o muertes precoces.¹³

Fumar multiplica en cinco veces la posibilidad de desarrollar cáncer bucal, y como el alcoholismo lo hace en tres veces, la suma de ambos malos hábitos determina que se eleve en un rango de 15 la posibilidad de adquirir esa enfermedad, explicó el Doctor en Ciencias Julio César Santana Garay, presidente de la Comisión Nacional del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB).¹⁵

Con la implementación del PDCB en Cuba, se puso en marcha el primer programa de esta naturaleza en el mundo para disminuir la incidencia de estas lesiones. En sus inicios, este programa utilizó a los estomatólogos para realizar el examen bucal y propuso que todos los sujetos recibieran anualmente un estudio de la boca y el cuello en el momento de acudir a la consulta estomatológica. Al cumplimiento de estas acciones se adicionó posteriormente la atención del Médico de la Familia en su consultorio, así como en las visitas de terreno que deben realizar anualmente estos médicos y la Licenciada en Atención Estomatológica destinada a examinar a todo sujeto.¹⁶

Este programa, constituye un paradigma en el estudio y control de esta enfermedad para el mejoramiento de la calidad de vida de la población, pero necesita potenciar las acciones que dan salida a sus objetivos específicos, desde el nivel de atención primaria hasta el nivel nacional, para de esa forma poder lograr disminuir la incidencia de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal así como un mejor control y utilización de los factores predisponentes y protectores, respectivamente.¹⁷

Todos los tipos de cánceres causados por el tabaco y el consumo excesivo de alcohol podrían prevenirse por completo. Esta prevención pasa por la deshabituación tabáquica y el consumo moderado de alcohol. El problema es que el consumo de alcohol, tiene en

nuestra sociedad un profundo arraigo cultural y que el concepto de consumo moderado varía sustancialmente de un individuo a otro.

Entre el consumo de dos - tres vasos de vino al día que puede ser beneficioso desde el punto de vista cardiovascular y el consumo excesivo que va a provocar complicaciones hepáticas, neurológicas y psiquiátricas, existen toda una gama de niveles de consumo que todavía no tienen "mala fama" desde el punto de vista social, y que por el contrario suponen un aumento importante del riesgo de cáncer. Es en esta dirección a la que deben dirigirse los esfuerzos de prevención y educación sanitaria.¹⁸

La promoción de salud desempeña un papel muy importante para contrarrestar la fase inespecífica de la enfermedad, es decir, anteponerse al desarrollo de los factores de riesgo que favorecen su aparición, y se debe precisar sobre los conocimientos de cómo utilizar al máximo la epidemiología del riesgo, para mejorar la eficiencia de la promoción y la prevención de padecer de lesiones premalignas y malignas del complejo bucal.

Es por eso fundamental realizar el diagnóstico de conocimientos de la población sobre Salud bucal, ya que según los problemas detectados se realiza el enfoque educativo y se aplicarán las técnicas educativas y de salud, según se vayan a ejecutar de forma masiva, grupal en las familias o de persona a persona en consultorios. Para de esta forma transmitir conocimientos a la comunidad con el propósito de que la misma adquiera conciencia de sus propios problemas y encuentren la solución adecuada y ayuden a resolverla.¹⁹

La lucha por reducir la morbi-mortalidad por cáncer oral se puede hacer en tres niveles diferentes: la prevención primaria; la prevención secundaria, el cribaje (screening) y la detección temprana; mejor tratamiento. Esta forma de cáncer comparte muchos rasgos comunes con los de otros tejidos, por ejemplo: el de mama y el de cuello uterino.¹³

El pronóstico y la supervivencia del paciente cambian radicalmente ante un diagnóstico precoz. De este modo, un examen sistemático de la mucosa oral, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital, deben formar parte de todo examen dental rutinario.¹⁰

El cáncer oral se puede decir que es curable siempre que se haga el diagnóstico precoz, como lo afirma el doctor Edmond Chediak en su libro cáncer de cavidad oral, puesto que se conocen ampliamente los factores de riesgo asociados y

además es de fácil detección, siendo después de la piel la boca el órgano más accesible a la inspección y al examen.

De modo que el papel fundamental del médico y especialmente del odontólogo que es el profesional más consultado y comprometido por estos desórdenes es de gran importancia; por consiguiente debe estar debidamente entrenado para la detección del estado inicial de la enfermedad por su carácter asintomático y por tornarse confuso el diagnóstico diferencial dada la variedad de manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas semejantes.²⁰

La comunidad odontológica tiene la responsabilidad en la educación, detección precoz, el diagnóstico y la remisión al especialista de pacientes con cáncer oral. El cumplimiento de esta responsabilidad por parte del odontólogo proporcionará una tasa de supervivencia mayor para nuestros pacientes y una marcada reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad mundial.^{8,9}

La prevención y educación sanitaria de los pacientes adquiere cada vez mayor importancia en el campo de la odontología. Si bien la prevención de la caries, enfermedad periodontal y maloclusiones, es de un gran interés desde el punto de vista odontológico, la prevención del cáncer oral, aún siendo una enfermedad relativamente poco frecuente en relación con las anteriores, multiplica su importancia debido a que pone en juego la vida del paciente.

Existe un método sencillo y práctico que permite conocer cualquier cambio que acontece en la boca por parte del paciente, este método puede ser la autoexploración o autoexamen para el cáncer bucal. El autoexamen bucal es la exploración por las personas de su boca y cuello, mediante la inspección y palpación con el propósito de identificar cualquier alteración, la cual debe de ser consultada con su odontólogo o médico de familia.¹⁰

El Estomatólogo General Integral, debe incluir la educación para la salud en su quehacer diario, para propiciar la auto-responsabilidad y colaboración conjunta en la disminución de esta enfermedad en la población, con énfasis en los adultos mayores. Debe difundir y concientizar a la población en la importancia del examen bucal periódico, el cual permite detectar por simple observación, los cambios que se producen a nivel de la cavidad bucal, y en especial de la mucosa en forma precoz, y así evitar la aparición de lesiones precancerosas¹⁵.

Debido al incremento del número de casos de cáncer bucal en diversas regiones del

mundo, y nuestra población al no estar libre de padecerla, se hace necesaria la creación y aplicación de programas de salud pública que informen a la población general sobre la importancia de la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer bucal. Para lograr ello es necesario identificar las debilidades y fortalezas de nuestra población respecto al conocimiento del cáncer bucal, sus principales factores de riesgo, signos y síntomas, repercusiones y prevención.

La cavidad bucal es una región del cuerpo accesible para el diagnóstico oportuno de lesiones potencialmente malignas y cáncer bucal, para lograr este objetivo es necesario que la población sea consciente de la existencia de este tipo de cáncer, además de que conozca los principales signos y síntomas precoces de la enfermedad. El odontólogo debe participar activamente en la creación y aplicación de estrategias, y programas de salud contra el cáncer bucal a fin de beneficiar a la población¹⁶.

Con esta investigación se pretende realizar la prevención, detección oportuna y evitar el avance a la malignización del cáncer bucal en los pacientes alcohólicos y determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en un sector de la población de Rafael Freyre, Holguín. Además, los resultados obtenidos podrán servir como precedentes para futuras investigaciones.

Por lo antes expuesto se formula el siguiente problema científico: ¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en pacientes alcohólicos, en el Policlínico con Servicio de Hospitalización Mario Muñoz Monroy, en el municipio Rafael Freyre, durante el período de julio 2021- marzo 2022?

Por ser un estudio experimental se formula la siguiente hipótesis: Al aplicar la intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en los pacientes alcohólicos, en el Policlínico con Servicio de Hospitalización Mario Muñoz Monroy, en el municipio Rafael Freyre, se modificará el conocimiento de ellos y por tanto se disminuirá el riesgo de que los mismos padezcan esta enfermedad en cualquier etapa de su vida.

Objetivo General

- 1- Determinar la efectividad de la intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en los pacientes alcohólicos, pertenecientes al Policlínico con Servicio de Hospitalización Mario Muñoz Monroy, en el municipio Rafael Freyre.

Objetivos específicos

- 1- Distribuir a la población según edad y sexo.
- 2- Caracterizar a la población según nivel educacional y categoría laboral.
- 3- Determinar la frecuencia del consumo de alcohol de estos pacientes.
- 4- Evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes antes y después de la intervención educativa.

Marco Teórico

En Cuba se prioriza la atención a la salud bucal, la que está determinada por diferentes factores, entre los que prevalece la incidencia del cáncer bucal. La Organización Mundial de la Salud define a la salud bucodental como: la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, pérdida dentaria, así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial de las personas.¹⁷

La salud bucal es parte integral de la salud de los seres humanos, a pesar de su importancia existen diversas enfermedades bucales que presentan estadísticas desfavorables a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer bucal se ubica entre las patologías bucales más frecuentes en la población.^{3,10}

Es más frecuente en el sexo masculino, en personas mayores de 45 años, con antecedentes de consumo crónico de tabaco y alcohol, con menor nivel educativo y escasos recursos económicos. Estudios realizados a nivel internacional reportan que los grupos poblacionales en su mayoría desconocen la existencia de la enfermedad, sus factores de riesgo, signos y síntomas, repercusiones y medidas de prevención.

Este desconocimiento influye negativamente en el diagnóstico y tratamiento precoz; sumado al limitado acceso a los servicios de atención oncológica y las implicancias socioeconómicas, generan índices elevados de morbimortalidad particularmente en países en vías de desarrollo.²¹

La palabra cáncer se emplea para referirse a un grupo de más de 100 enfermedades distintas con más de 1,000 variedades histopatológicas que comparten como característica común una proliferación anormal y descontrolada de células que invaden tejidos y órganos próximos y distantes y que, si no son tratadas a tiempo, ocasionan la muerte de los individuos en cuyo seno se desarrollan.

El primero en hablar de cáncer fue Hipócrates y probablemente dicho término deriva del latín cangrejo, ya que el tumor se adhiere a todo lo que agarra con la misma obstinación que un cangrejo. Se habla de neoplasia cuando se produce una proliferación incontrolada de células somáticas producto de un cambio irreversible en las mismas.

El exceso de tejido persiste aunque cese el estímulo. Las neoplasias pueden ser benignas, si son localizadas y no invaden los tejidos adyacentes ni se diseminan por el resto del cuerpo, o malignas, si invaden y destruyen tejidos y son capaces de diseminarse. El cáncer bucal es un factor importante de la carga mundial de morbilidad, y lo será cada vez más en los decenios venideros.²

La frecuencia relativa del cáncer bucal, que lo sitúa prácticamente entre las primeras 10 localizaciones en el hombre en todos los países del mundo, su diagnóstico tardío en más de la mitad de los pacientes, su intervalo libre de enfermedad, la posible efectividad de la prevención y accesibilidad de la exploración de su zona de desarrollo por un facultativo previamente formado, son razones suficientes para justificar programas permanentes de prevención y diagnóstico temprano de la enfermedad.⁹

El cáncer bucal es la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres, más de 500 000 casos nuevos anuales se diagnostican en todo el mundo, en África de cada 100 diagnósticos de cáncer en diferentes localizaciones, 40 corresponden a la cavidad bucal. En Los Estados Unidos, tres de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre tres y cinco de cada 100 personas padecen de neoplasias bucales.⁴

En Cuba, según datos del Registro Nacional de Cáncer (RNC), el cáncer bucal se ha encontrado entre las diez primeras causas de incidencia de cáncer en los hombres durante años. En la provincia Holguín, Verdecia y colaboradores,¹² refieren que en el quinquenio 2014- 2019 en 10 municipios se incrementaron las tasas de mortalidad por cáncer bucal en un 18.7% con respecto al quinquenio anterior.

La OMS postula que la prevención del cáncer consiste en reducir al mínimo o eliminar la exposición a los carcinógenos.⁹ En 1962 en Cuba, se precisó la necesidad de incorporar profesionales a la lucha contra el cáncer de la boca. Para esto se incorporó la preparación del tema en el programa docente y se comenzó el adiestramiento a todos los estomatólogos.

En 1975, con la publicación de la monografía el Estomatólogo en la Detección del Cáncer Bucal, se considera que comienza paulatinamente el establecimiento nacional del PDCB. En 1982, con el apoyo de la Dirección Nacional de Estadística del MINSAP, que confecciona un sistema de información

estadística automatizado, la Dirección Nacional de Estomatología puso en ejecución nacional el PDCB e informó sus resultados en 1983.¹⁰

Para ejecutar las medidas de prevención, en sus distintas etapas, no solo es imprescindible la preparación del estomatólogo en los aspectos clínicos–epidemiológicos del cáncer bucal, sino también, en la interiorización de los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos dirigidos a la comunidad, para obtener la participación activa de esta en el enfrentamiento al problema del cáncer bucal.⁹

Con el fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención de salud en la atención primaria, se puede lograr una asistencia sanitaria integral a las personas con esta afección, toda vez que este nivel acerca la atención donde el individuo vive y se desarrolla, pues, es precisamente allí donde este promueve salud, enferma y se rehabilita.²²

El cáncer bucal es un problema de salud que afecta un grupo significativo de personas en todo el mundo, capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro.¹⁶

Numerosos estudios han demostrado que la cancerización es un fenómeno relativamente complejo en el que actúan o participan varios factores y donde probablemente ninguno de ellos por sí solo sea capaz de originar una neoplasia. Esto justifica el criterio universal de que el cáncer es una enfermedad de causa multifactorial, que depende de la acción simultánea de factores sociales o conductuales, hereditarios y ambientales.

El cáncer que aparece en la cavidad bucal puede tener diversas variedades histológicas: teratoma, adenocarcinoma derivado de una de las glándulas salivales, linfoma de las amígdalas o de algún otro tejido linfático o melanoma de células pigmentadas de la mucosa oral. La forma más común de cáncer en la boca es el carcinoma de células escamosas, originado en los tejidos que delimitan la boca y los labios.

El cáncer de boca por lo general está localizado en el tejido de los labios o de la lengua, aunque puede aparecer en el piso de la boca, el revestimiento de las mejillas, las encías o el paladar o techo de la boca. Bajo un microscopio, la mayoría de los cánceres que se desarrollan en la boca, tienen características similares y

son llamadas conjuntamente como carcinoma de células escamosas.

Son de naturaleza maligna y tienden a esparcirse con gran rapidez. La variedad histológica del complejo bucal permite que en él se desarrollen diversos tipos de neoplasias benignas y malignas, pero se ha demostrado que más del 95% de los tumores malignos de la cavidad bucal son de origen epitelial.

Esto justifica que el carcinoma epidermoide o espinocelular bucal (CEB) sea la neoplasia maligna más frecuente del sistema estomatológico y hacia sus orígenes han estado encaminados todos los estudios etiológicos y analíticos de perfil epidemiológico.

Estas investigaciones han establecido que el complejo bucal tiene dos regiones anatómicas bien definidas y delimitadas, con capacidad de padecer el mismo tipo de cáncer, pero sometidas a la acción de factores de riesgo muy diferentes; estas localizaciones son: los labios y la cavidad bucal.²³

Epidemiología del cáncer bucal.

El cáncer de cabeza y cuello es el 6º cáncer humano más frecuente. El 3% de todos los cánceres se localizan en la cavidad oral. No obstante existe una variabilidad geográfica con una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste asiático y sobretudo en la India, en la cual el cáncer oral representa el 40% de todos los tumores malignos. Cada año se diagnostican en el mundo más de 575.000 casos nuevos de cáncer oral.

En cuanto a la edad, el 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano.^{9,10}

Las principales localizaciones son lengua y suelo de boca en Europa y el norte de América y la mucosa yugal en la India. En referencia a la histología el 90% de los carcinomas orales son del tipo carcinoma oral de células escamosas. La supervivencia a los 5 años es del 40-56% aunque varía según el tipo de cáncer:

- 70% Cáncer labial
- 30% Otras localizaciones orales.⁹

Causas del cáncer bucal.

Las células cancerosas son células normales cuyo ADN y los genes son alteradas para hacer que se multiplican y crecen anormalmente. El ADN dentro de la célula

proporciona un conjunto básico de instrucciones, como por ejemplo al crecer y reproducirse. Cuando esto cambia a causa de una mutación, el crecimiento descontrolado de las células conduce a la formación de una masa de tejido llamada un tumor.²⁴

Partes del cuerpo afecta el cáncer bucal

Cáncer oral afecta el interior de la boca, lengua, encías y labios. Puede extenderse a tejidos cercanos, como alrededor de la piel o en la parte posterior de la mandíbula o puede extenderse a través del sistema linfático o los vasos sanguíneos lejos a órganos como el hígado, pulmones y cerebro. Esta es una etapa avanzada del cáncer y es generalmente difícil de tratar.²⁵

Etiología del cáncer oral y factores de riesgo

La etiología del cáncer oral es desconocida, sin embargo, existe una serie de factores de riesgo que podrían actuar como agentes carcinogénicos favoreciendo el desarrollo de la enfermedad. Entre estos destacamos:

Tabaco: Es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones premalignas y del cáncer oral, en especial del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE). 8 de cada 10 pacientes con cáncer oral son fumadores de tabaco en sus diversas formas. Hay multitud de estudios transversales en los que se ha visto la asociación entre el tabaco y la aparición del cáncer oral, no obstante, los estudios más valiosos son los que examinan longitudinalmente el efecto de tabaco.

Alcohol: El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco. Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran: desprendimiento del epitelio, ulceraciones en la mucosa, gingivitis, petequias, lesiones blancas.²⁶

Factores dentales: Una mala o nula higiene dental, factores que erosionen la mucosa como dientes rotos, mal posicionados o prótesis mal ajustadas, son también factores que favorecen la formación de lesiones que se pueden malignizar. Mantener la boca en buen estado es fundamental para prevenir el cáncer bucal.

Algunos nutrientes y hábitos alimenticios están asociados al desarrollo de muchas enfermedades como el cáncer oral. El consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes favorece el desarrollo del cáncer oral, ya que desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas. Las frutas y verduras son ricas en micronutrientes y tienen un efecto antioxidante y protector frente al cáncer oral.²⁷

Inmunosupresión: El aumento del cáncer oral en jóvenes podría explicarse por el problema de la inmunosupresión crónica asociada al VIH.

Radiaciones: Las personas con poca pigmentación en la piel que estén sometidas a una exposición solar ocupacional y prolongada presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide de labio. El labio pasa por una serie de cambios preneoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula y cuando se va envejeciendo. A estos cambios se les denomina queilitis actínica. Si continuara la exposición se podría acabar desarrollando un carcinoma epidermoide.²⁸

Por otro lado, se ha visto relación entre las radiaciones ionizantes y un aumento del riesgo de neoplasias de glándulas salivares.⁷

Factores socioeconómicos: Se ha podido constatar una prevalencia del cáncer oral en trabajadores de la rama textil, comerciantes de alcohol, trabajadores de imprentas, manipuladores de material fosforescente para la fabricación de las esferas de los relojes y también en las clases sociales más desfavorecidas y en sujetos divorciados debido a problemas de malnutrición.

Genética: Se observa una predisposición asociada en caso de:

- Síndromes (mutaciones).
- Aumento de mutaciones del ADN.
- Dificultad en metabolizar carcinógenos.
- Dificultad de reparar el ADN.²⁸

Diagnóstico del cáncer oral. Importancia de la detección temprana.

Existen medios diagnósticos clínicos e histopatológicos muy efectivos que muchos autores recomiendan y que los odontólogos generales y especialistas no conocen y/o aplican. El primer paso en el examen clínico consiste en la anamnesis: en la que es fundamental consignar toda la información concerniente a factores de riesgo tales como: hábitos alimenticios, ingestión de

alcohol, uso de cigarrillo, marihuana u otra modalidad (intensidad y tiempo), también es importante recoger información sobre antecedentes familiares y personales.²⁹

El segundo paso tiene que ver con el examen clínico, en el que es fundamental observar asimetrías o malformaciones faciales que pueden hacer sospechar sobre algún crecimiento sospechoso, igualmente cuando el paciente saca la lengua es importante observar si existe alguna desviación, lo que puede hacer pensar en un signo de tumor en la base de la lengua, que esté infiltrando los músculos o nervios glossofaríngeo o hipogloso.

El tercer paso es la palpación, la cual se considera el paso más importante, puesto que con frecuencia se presentan pequeños carcinomas infiltrantes ocultos en una lengua saburral o que no se pudieran previamente observar en piso de boca por la segregación excesiva de saliva, pero que sí se pueden detectar al palpar una induración o cambio de textura en la mucosa. Las anteriores son las razones de peso para que la palpación se haga bidigital en labios, carrillos, paladar, piso de boca y lengua; de igual manera debe hacerse en cuello en búsqueda de ganglios duros o fijos, no dolorosos.³⁰

El otro método diagnóstico que coadyuva al examen clínico es la citología exfoliativa, cuyas principales ventajas clínicas se deben a que es una técnica rápida, no agresiva y relativamente indolora, muy bien aceptada por los pacientes, lo que permite que sea practicada repetidamente en programas preventivos de screening, en lesiones sospechosas ya identificadas o en el seguimiento de lesiones malignas postratamiento.³¹

Por consiguiente, el diagnóstico precoz debe tener en cuenta que existen condiciones de premalignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal dadas las características del cáncer en cavidad oral. A nivel clínico estas lesiones se presentan de la siguiente manera como:

- Leucoplasia que es un término clínico que el odontólogo no confirma y que puede ser el reservorio de carcinoma in situ. El término fue acuñado por la OMS en 1978 para denominar las manchas blancas en mucosa oral. Existe una discusión alrededor de este tipo de lesión, las cuales se ha demostrado son benignas en su mayoría, a pesar de no dejar de ser precursoras del cáncer oral.
- Según el Centro de Precáncer y Cáncer Oral del Reino Unido existen las leucoeritoplasias o lesiones que presentan la combinación de placas blancas y rojas

de alto riesgo y cuyo diagnóstico las considere carcinoma in situ.

- También puede presentarse como eritroplasia que es un término clínico que el odontólogo no confirma y que puede ser el reservorio de un carcinoma in situ. Esta se diferencia de las demás lesiones porque se observan como lesiones rojas, pequeñas, ligeramente elevadas y de apariencia granular. Existe alto riesgo de carcinoma in situ cuando se encuentran ulceradas.³²

Signos y síntomas

Los signos y los síntomas son ambas señales de lesión, enfermedad o dolencia: señales de que algo no está bien en el cuerpo.

Las señales y síntomas posibles de estos tipos de cáncer pueden incluir:

- Una llaga en la boca que no se cura (es el síntoma más común).
- Dolor en la boca que no desaparece (también es muy común).
- Un bulto o engrosamiento en la mejilla.
- Un área blanca o roja sobre las encías, lengua, amígdalas o el revestimiento de la boca.
- Un dolor de garganta o la sensación de que hay algo atascado en la garganta que no desaparece.
- Dificultad para masticar o tragar.
- Dificultad para mover la mandíbula o la lengua.
- Entumecimiento de la lengua u otra área de la boca.
- Hinchazón de la mandíbula que hace que las dentaduras postizas no se adapten como es debido o se sientan incómodas.
- Aflojamiento de los dientes o dolor alrededor de los dientes o en la mandíbula.
- Cambios en la voz.
- Un bulto o masa en el cuello.
- Pérdida de peso.
- Mal aliento constante.

Para facilitar el seguimiento clínico y terapéutico de los pacientes se emplea la clasificación TNM: T (Tamaño del tumor primario); N (Presencia de ganglios linfáticos); M (Metástasis a distancia). El factor más importante en la supervivencia es la etapa de la enfermedad en que se diagnostica.³³

El tratamiento del paciente oncológico es multidisciplinar, siendo más agresivo y menos conservador cuanto más tarde se diagnostique la enfermedad.

Habitualmente se necesita realizar una cirugía y, luego, se aplica una terapia de rayos y quimioterapia.³⁴

Metodología del examen del complejo bucal.

Interrogatorio: Puede ser de un paciente asintomático que acude a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En todos los casos se debe valorar la edad del paciente, hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, ocupación, padecimientos, enfermedades crónicas y antecedentes familiares.

Examen físico: Odontólogos y clínicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes. El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos. Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones de la mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.

El examen se ha simplificado en siete pasos aprovechando al máximo la habilidad del examinador. En estos pasos se dirige el examen a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica. En el primer paso, después de realizar una inspección general de la cara del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, posteriormente se procede a examinar las diferentes estructuras del complejo bucal en el orden establecido.¹⁵

1. Labio: Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y el altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina. La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía y el labio.

2. Mucosa del carrillo: Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial. Deben recordarse las estructuras normales

como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

3. Paladar: En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.

4. Lengua móvil: Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones. Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.

5. Suelo de la boca: Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro. Para la palpación bidigital del piso de la boca el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.

6. Raíz o base de la lengua y bucofaringe: Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe, auxiliándose del espejo bucal o laríngeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas.

7. Examen del cuello: La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos.

Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular internas, cervicales transversas y espinal accesoria y los grupos submentonianos, parotídeos. La tarea más difícil consiste en motivar al paciente para que lo realice. Las técnicas de motivación son las mismas que las que se emplean para que un paciente realice los procedimientos de higiene bucodental en su casa. En este caso el beneficio puede ser la vida del paciente.³⁵

Desde los años noventa ha existido un consenso mundial por la generación de políticas públicas que conduzcan a la prolongación de la esperanza de vida y una nueva perspectiva de la salud, orientándose el control del cáncer hacia su relación con factores de riesgo, por tal razón se ha concluido actualmente que la problemática del cáncer no es cuestión de intervenir la enfermedad, sino más bien, de controlar la forma como la sociedad se está desarrollando.³⁶

Alcohol

La región de las Américas es la zona del mundo en la que el consumo de alcohol contribuye con la mayor proporción relativa de mortalidad y años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad. Si bien existe un porcentaje razonable de abstemios, los bebedores presentan patrones de consumo perjudiciales para su propia salud así como para otras personas.

El alcohol es el primer factor de riesgo en lo que respecta a enfermedad y muerte prematura, siendo más importante aunque otros factores como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, el sobrepeso, la desnutrición y los problemas de saneamiento. Aparte de ser una droga que provoca dependencia y es el origen de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, el alcohol es responsable de causar serios problemas sociales, mentales y emocionales, como criminalidad y violencia familiar, con elevados costos para la sociedad. El alcohol no solo perjudica al consumidor, sino también a quienes lo rodean, al feto en mujeres embarazadas, a niños y niñas, a

otros miembros de la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes por conducir en estado de ebriedad.³⁷

Los trabajadores de atención primaria de la salud son los responsables de identificar e intervenir cuando se presentan pacientes cuyo consumo de alcohol es peligroso o perjudicial para su salud. La identificación e intervención breve ante el consumo de alcohol en ámbitos de atención primaria brinda la oportunidad de asesorar a los pacientes sobre el consumo de riesgo y el consumo perjudicial de alcohol.

Toda información acerca de cantidad y frecuencia de consumo ayuda a diagnosticar la condición actual del paciente y alerta a los clínicos en cuanto a la necesidad de brindar consejo a aquellos pacientes cuyo consumo de alcohol podría afectar de forma negativa el uso de medicamentos y otros aspectos de su tratamiento.

En los programas de identificación e intervención breve es de importancia crucial saber que con esfuerzo y asistencia apropiada, resulta mucho más fácil a las personas que no son dependientes del alcohol disminuir e incluso suspender el consumo del mismo.

Sin embargo, los trabajadores de atención primaria de la salud encuentran muchas veces difícil identificar y orientar a los pacientes en lo que respecta al uso de alcohol. Entre las razones más frecuentemente citadas están la falta de tiempo, la formación inadecuada, el temor a generar resistencia por parte del paciente, la incompatibilidad percibida entre las intervenciones breves en alcohol y la atención primaria y la creencia de que los dependientes del alcohol no responden a este tipo de intervenciones.

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. En Europa una bebida estándar contiene 10 gramos de alcohol. Aunque no en todos los países de la Región existe una definición de bebida estándar, en Estados Unidos y Canadá, una bebida estándar contiene entre 12 y 14 gramos de alcohol.

El consumo de riesgo es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para la salud si el hábito del consumo persiste. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones.³⁸

El consumo excesivo episódico o circunstancial (también llamado binge drinking),

que puede resultar particularmente dañino para ciertos problemas de salud, implica el consumo, por parte de un adulto, de por lo menos 60g de alcohol en una sola ocasión. El consumo de alcohol incrementa el riesgo de provocar una amplia variedad de problemas sociales de una manera dosis dependiente, sin que existan evidencias de un efecto umbral.

Para el bebedor, cuanto mayor sea la cantidad de alcohol consumido, mayor es el riesgo. Los daños causados por el consumo de alcohol a terceras personas abarcan desde molestias sociales menores, como permanecer despierto durante la noche, hasta consecuencias más severas, como deterioro de las relaciones matrimoniales, abuso de menores, violencia, delitos e incluso homicidios.

En general, cuanto más grave resulte el delito o la lesión, tanto más probable que el consumo de alcohol haya sido el causante. La probabilidad de ocasionar daño a terceros es una razón poderosa para intervenir en los casos en que se advierta consumo de alcohol tanto perjudicial como de riesgo.

El alcohol es causa de diversos tipos de lesiones, trastornos mentales y de la conducta, problemas gastrointestinales, cáncer, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos, enfermedades óseas, trastornos reproductivos y daños congénitos. El alcohol incrementa el riesgo de estas enfermedades y lesiones de forma dosis dependiente, sin que existan evidencias que sugieran un efecto umbral. Cuanto mayor es el consumo, mayores son los riesgos.³⁹

El consumo de alcohol aumenta su riesgo de presentar seis tipos de cáncer:

- Boca y garganta.
- Laringe.
- Esófago.
- Colon y recto.
- Hígado.
- Mama (en las mujeres).⁴⁰

¿Cuáles son las pautas para el consumo de alcohol?

Las Guías Alimentarias para los Estadounidenses, 2015–2020, recomiendan que si bebe alcohol, que lo haga con moderación no más de un trago al día para las mujeres, y no más de dos tragos al día para los hombres. Si no bebe alcohol, no empiece a hacerlo debido a algún posible beneficio para la salud.

No tome nada de alcohol si:

- no tiene la edad mínima legal para beber.
- está embarazada o podría estarlo.
- tiene problemas de salud que podrían empeorarse al beber alcohol.
- está haciendo algo, como manejar, que podría ser peligroso con alcohol.^{39,40}

Si está tomando algún medicamento, que incluye el tratamiento del cáncer, lo más indicado es que no beba alcohol. Si está tomando medicamentos recetados, antes beber alcohol pregúntele a su médico si es seguro hacerlo. Cuando se bebe alcohol, el cuerpo lo convierte en una sustancia química llamada acetaldehído.

El acetaldehído daña el ADN y no le permite al cuerpo reparar el daño. El ADN es el “manual de instrucciones” de las células que controla el crecimiento y funcionamiento normal de ellas. Cuando se daña el ADN, una célula puede comenzar a crecer sin control y formar un tumor canceroso.⁴¹

El aumento incesante y generalizado del consumo de alcohol representa un problema importante para todos los países. Además, esta conducta de riesgo se ha convertido en una gran preocupación para la salud pública y es un problema social que no solo afecta a la población adulta, sino que es un fenómeno que cada vez más se está extendiendo en la población adolescente.⁸

Por otro lado, las revisiones sistemáticas existentes sobre la eficacia de las intervenciones educativas en la prevención del consumo de alcohol no son recientes ni aportan resultados concluyentes. La importancia básica de la educación para la salud bucal es que los individuos obtengan y conserven hábitos de vida saludable.⁴² Para alcanzar este objetivo es fundamental un método de enseñanza que aplique técnicas afectivas y participativas, facilitando el aprendizaje en el tema de salud bucodental, donde el coordinador del programa en conjunto con los pacientes alcohólicos utilice herramientas como los juegos didácticos y la creatividad para que el aprendizaje sea de forma lúdica e interesante, permitiendo motivar y generar cambios de actitud en ellos hacia la prevención del cáncer bucal.⁴³

Diseño metodológico

Se realizó un estudio de intervención con medición antes y después para determinar la efectividad de la intervención educativa en la prevención del cáncer bucal de los pacientes alcohólicos, pertenecientes al CMF 25 del Policlínico con Servicio de Hospitalización Mario Muñoz Monroy, en el municipio Rafael Freyre en el período de julio 2021 a marzo 2022.

El universo de estudio coincidió con la muestra, el cual estuvo constituido por 80 pacientes alcohólicos pertenecientes al CMF 25 del municipio Rafael Freyre, que cumplieron los criterios de inclusión establecidos para la investigación. Seleccionados por el método probabilístico estratificado.

Criterios de inclusión:

Pacientes alcohólicos con edades comprendidas de 20 años a 80 y más que dieron su consentimiento para participar en el estudio y que al menos un familiar, responsable o acompañante estuvo dispuesto a participar en la intervención educativa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cooperaron con la investigación
- Pacientes con discapacidad o afectación mental y/o psicológica.
- Pacientes que no pertenecían al área de salud objeto de estudio.

Criterios de salida:

- Pacientes que abandonaron la investigación

Operacionalización de las variables:

Variable	Clasificación	Operacionalización		Indicador
		Definición	Escala	
Grupos de edad	Cuantitativa discreta por intervalos	Según edad cumplida en años en el momento del estudio. Se distribuyó en grupos de edad según criterio del autor.	20-34 35-59 60 y más	Número y por ciento
Sexo	Cualitativa Dicotómica nominal	Según Género	Masculino Femenino	Número y por ciento
Nivel educacional	Cualitativa Politómica nominal	Según estudios terminados	Primaria Secundaria Técnico Medio Pre-Universitario Universitario Ninguna	Número y por ciento
Categoría Laboral	Cualitativa Politómica nominal	Según categoría laboral	Ama de casa Obrero Cuenta propista Jubilado Desvinculado	Número y por ciento

			Estudiante	
Frecuencia del consumo de alcohol	Cualitativa Politómica nominal	Según cantidad de alcohol que ingiere en el día (según Verdecia Jimenez y col. ¹²) -Hasta dos unidades de alcohol al día. -Hasta 4 unidades de alcohol al día. -Más de 4 unidades de alcohol al día.	- Bebedores leves. -Bebedores moderados. - Gran bebedor.	Número y por ciento
Nivel de conocimiento	Cualitativa ordinal	Según escala para evaluar dichos conocimientos (según criterio de Odelsy Pérez y col. ⁴⁴) -Repuesta correcta mayor de 6 preguntas -Repuesta incorrecta menor de 6 preguntas:	-Adecuado -Inadecuado	Número y por ciento

Consideraciones éticas:

La presente investigación se rigió por los principios generales establecidos en los documentos adoptados por la Comunidad Internacional en relación con las investigaciones biomédicas en sujetos humanos, establecidos en la Declaración de Helsinki con actualización de Edimburgo, Escocia, octubre 2000 y Tokio 2004. Antes de incluir a cada paciente en el estudio se le explicó detalladamente los objetivos de la investigación, así como la importancia científica de su participación en la misma, solicitando de ellos su autorización. Se le aclaró su derecho de no participar en el

estudio si así lo deseaba y desde el punto de vista bioético se le garantizó la confidencialidad de la información obtenida. Se recogió por escrito la aprobación de cada paciente para formar parte de la investigación (Anexo I).

Como en toda investigación de salud desempeñan un papel fundamental los métodos teóricos, empíricos y estadísticos. En la presente investigación los mismos fueron aplicados como a continuación se exponen:

Métodos Teóricos:

Los mismos permitieron la construcción y desarrollo de la teoría científica y el enfoque general para abordar el problema científico. Los métodos teóricos de la ciencia utilizados fueron, el histórico – lógico, el analítico - sintético, el inductivo - deductivo, el método de tránsito de lo abstracto a lo concreto, el histórico – lógico y el método del enfoque sistémico, estos métodos permitieron trazar el camino para alcanzar los resultados y fueron aplicados los siguientes:

-Histórico-Lógico: Se empleó para estudiar la trayectoria real del fenómeno y acontecimientos al decursar el tiempo. En el método lógico estudiamos las leyes generales del funcionamiento y desarrollo del fenómeno, encaminado al análisis de los antecedentes teóricos de la investigación y su desarrollo.

-Análisis y síntesis: Permitió interiorizar en las causas del padecimiento del cáncer bucal, y arribar a conclusiones en este sentido.

-Inducción-deducción: Sirvió para llegar a una orientación mejor del problema y permitió además argumentos teóricos que facilitaron una mejor comprensión del mismo, arribando a conclusiones certeras y buscando soluciones adecuadas para disminuir su frecuencia.

-Método del tránsito de lo abstracto a lo concreto: El único camino que puede seguir el conocimiento humano para reproducir de manera teóricamente adecuada al objeto es partiendo de lo abstracto. En la investigación los elementos parciales, individuales relacionados entre sí, de lo abstracto a lo concreto. Enfoque en sistema. Este enfoque estuvo a lo largo de la investigación, siendo su esencia fundamental la relación lógica y armónica de todos los elementos considerados en el desarrollo de la investigación.

Métodos Empíricos:

-Revisión de documentos: Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica y documental acerca del tema de estudio y otros afines, se utilizó para ellos las

Nuevas Tecnologías de la Información Científica (NTIC) al alcance y auxiliándose de las revisiones bibliográficas existentes en los Centros de Información Científica así como de la consulta de bibliografías y textos básicos haciéndose énfasis en las existentes en los CD de la Especialidad de Estomatología General Integral y entre ellos las Guías Prácticas de Estomatología que norman el trabajo en la estomatología cubana.

-Observación: Se realizó examen clínico intra y extra bucal, según las normas establecidas a los pacientes seleccionados, realizado por el propio autor del estudio, para garantizar la homogeneidad y calidad del dato primario, haciendo énfasis en las variables seleccionadas, los datos fueron recogidos en la Historia Clínica Individual de Estomatología, modelo 4702-4 del Ministerio de Salud Pública

Método Estadístico:

La estadística descriptiva permitió organizar y clasificar los indicadores cuantitativos y cualitativos obtenidos mediante tablas de distribución de frecuencias.

Todos estos métodos en el proceso de realización de la investigación se complementaron entre sí.

La investigación se dividió en tres etapas:

- ✓ Etapa diagnóstica
- ✓ Etapa de intervención propiamente dicha
- ✓ Etapa de evaluación

Técnicas y procedimientos

A- Etapa diagnóstica:

Durante la etapa diagnóstica se aplicó un cuestionario (Anexo 2) que permitió determinar el nivel de conocimiento de los pacientes alcohólicos sobre prevención de los factores de riesgo del cáncer bucal antes de la intervención. Luego se realizó un examen bucal para observar el nivel de incidencia del cáncer bucal que se recogió en un modelo de encuesta o formularios confeccionados con los datos generales y las variables objeto de estudios.

B- Etapa de intervención propiamente dicha:

En la etapa de intervención propiamente dicha los datos obtenidos fueron procesados utilizando Microsoft Word, Microsoft Excel y Microsoft Access. Se emplearon medidas de estadística descriptiva para el resumen de la información, las cuales fueron número absoluto y porcentaje. Los resultados se recogieron en tablas y un gráfico. Se creó una base de datos en una hoja de cálculo Excel, otorgándole un total de 100 puntos, calificando según la clave (Anexo 3). Se utilizó una escala valorativa donde los resultados oscilaron entre bueno, regulares y malos. Se consideró bueno a aquellos que obtuvieron de 100 a 80 puntos, regular de 79 a 60 y malo menos de 60 puntos. Poniéndose en práctica el Programa de Intervención Educativa: "A luchar contra el alcoholismo y el cáncer bucal" (Anexo 4), el cual consta de 5 sesiones y fue confeccionado por la autora y validado en una investigación anterior.⁸³

Las reuniones se realizaron con una frecuencia semanal durante un mes y con una duración variable según el contenido a tratar. Predominó el uso de técnicas afectivo participativas, y también fue realizada una charla (Anexos 5 y 6) con una duración de 30 minutos. Luego de la aplicación del programa se realizó nuevamente la encuesta para determinar el nivel de conocimiento de los pacientes después de la intervención, evaluando así el cumplimiento de los objetivos trazados. Como medida resumen se utilizó el porcentaje. El análisis se realizó mediante el test-estadístico. La presentación de los resultados se realizó mediante tablas.

C- Etapa de evaluación:

En la etapa de evaluación teniendo en cuenta los objetivos planteados se analizaron y discutieron los resultados obtenidos para lograr integrar y sintetizar los aspectos abordados, de tal manera que se pudo elaborar las conclusiones de la investigación que se realizó.

Análisis y discusión de los resultados.

Tabla 1. Distribución de pacientes alcohólicos estudiados según grupo de edad y sexo. Perteneciente al CMF 25 del Policlínico Mario Muñoz Monroy. Julio -2021 y marzo -2022.

Grupos de edad (años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-34	8	10	2	2.5	10	12.5
35-59	33	41.25	7	8.75	40	50
60-79	20	25	2	2.5	22	27.5
80-100	7	8.75	1	1.25	8	10
Total	68	85	12	15	80	100

Como podemos observar la tabla 1 refleja la distribución de la población estudiada según grupo de edad y sexo, la muestra de estudio estuvo constituida por 80 pacientes, de ellos, 68 masculino representando un 85% y 12 femenino para un 15%. Estos resultados coinciden con un trabajo realizado por el Dr Rabelo López ⁴⁵ y colaboradores, en Mantua, Pinar de Río, donde el grupo de edad más representado fue el de 35-59 para un 51%.

En nuestro país la investigación realizada por el Dr González Ramos² en La Habana, el sexo más significativo corresponde al masculino, con un 78%, resultado similar al nuestro, también concuerda con nuestro estudio, la distribución según la edad en la cual predomina el de 35-59.

Estudios realizados en Holguín por la Dra. Gutiérrez Segura⁴⁶ muestran predominio del sexo femenino con un 52,1%, resultado diferentes al nuestro.

La edad en sí no está del todo claro que sea en factor de riesgo a lesiones pre malignas y malignas, pues se han reportado casos de pacientes con edades

inferiores a los 35 años y que padecen cáncer bucal; en estos casos se insiste que la herencia es el factor que determina.

Al ser los masculinos los más representativos en este estudio resultó un poco más difícil al realizar las labores educativas pues estos eran más despreocupados e inasistentes a las actividades educativas.

Tabla 2: Distribución de la población según el nivel educacional.CMF#25.Policlínico Mario Muñoz Monroy. Julio -2021 y marzo -2022.

Nivel educacional	Cantidad de personas	%
Primaria Terminada	6	7.5
Secundaria Terminada	8	10
Técnico Medio	43	53.75
Pre-Universitario	14	17.5
Universitario	9	11.25

En la tabla 2 se muestra la distribución de la población según nivel educacional. Se observa que predominó el nivel Técnico medio con 43 personas para un 53,7% seguido por los pre-universitarios y los universitarios con un 17, 5 % y un 11,2 % respectivamente.

Estos resultados difieren de un estudio realizado por el Dr. Valentín González ⁴⁷ en una Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal en Cárdenas, en la Universidad de Ciencias Médicas Matanzas donde el nivel educacional más predominante con un 52.5 % fueron los preuniversitarios,2018.

Estudios realizados en Chile por el Dr. Araya Batista K ²⁵ coinciden con el nivel educacional más predominante fueron los Técnico Medio con un 48.6 %.

Un estudio realizado por la Dra. Robledo Sánchez M ³³ en la ciudad de Córdoba, Argentina mostró que el 41% de las personas entrevistadas tenían nivel educacional de secundaria terminada, planteamiento que difiere al realizado por la autora.

Estos resultados evidencian la labor educativa y ética que debemos emplear para comunicarnos con cada paciente evidenciando los logros de la Revolución que en los últimos años ha garantizado la universalización de la enseñanza y con ello ha elevado el nivel escolar.

Tabla 3: Distribución de la población según categoría laboral CMF#25.Policlínico Mario Muñoz Monroy. Julio -2021 y marzo -2022.

Categoría Laboral	Cantidad de personas	%
Ama de casa	5	6.25
Obrero	38	47.5
Cuenta propista	13	16.25
Jubilado	15	18.75
Desvinculado	6	7.5
Estudiante	3	3.75
Total	80	100

En la tabla # 3 se observa que la categoría de obrero es la de más cantidad, representada por 38 personas para un 47.5%.

Estos resultados coinciden con un estudio realizado por un colectivo de autores Carralero Alarcón LM, Crespo Cuenca L, Moreno Almaguer M.⁴⁸ Intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal. Holguín 2020, donde se obtuvo que la categoría laboral más representada es el obrero con un 45%.

Resultados similares a estos, obtuvo la Dra. Quirós Alujía ²² al encontrar que el 50% de la población que investigó en Camagüey, predominaba la categoría laboral de obrero.

El estudio del Dr. González ² coincide con esta investigación pues obtuvo que el 48% de los pacientes con factores de riesgo del cáncer bucal predominaban los obreros.

Esta variable sociodemográfica es importante ya que influye en el proceso de comprensión de las medidas de prevención y control de la salud. Mientras más alto sea la categoría laboral mayor serán los logros obtenidos, alcanzándose resultados positivos en la población en cuanto a cambios de actitudes, motivación, nivel de conocimiento en lo referente a las enfermedades bucales y conciencia del riesgo.

Tabla 4: Distribución de la población según cantidad de alcohol que ingiere en el día
CMF#25.Policlínico Mario Muñoz Monroy. Julio -2021 y marzo -2022.

Consumo de alcohol	Cantidad de personas	%
Bebedores leves	19	23.75
Bebedores moderados	54	67.5
Gran bebedor	7	8.75
Total	80	100

En la tabla 4 se muestra la distribución de la población según cantidad de alcohol que ingiere en el día prevaleciendo los bebedores moderados con 54 pacientes lo que representa el 67.5 %.

Este resultado coincide con un estudio realizado por el Dr. Cabrera de Para A.⁴⁹ en una intervención educativa donde había mayor prevalencia de los bebedores moderados con riesgo del cáncer bucal en Venezuela, representando un 60%, donde resultaron el tabaquismo y el alcoholismo los principales factores desencadenantes de lesiones malignas.

Algunas investigaciones que coinciden con los resultados planteados en este estudio después de la intervención son el de los Dr. Heredia García GL, Miranda Tarragó J.⁵⁰ en Santiago de Cuba en la cual el 63% de los pacientes eran bebedores moderados. El Dr. Borges Ferreira y colaboradores,⁵¹ en Brasil alcanzaron resultados diferentes en sus estudios donde predominaban los grandes bebedores representando el 54%.

La cantidad de alcohol que consume va a estar en relación con su riesgo de enfermar cáncer. Es necesario comprender que la modificación de estilos de vida desempeña una función importante en la prevención del cáncer bucal; por tanto cuanto menos alcohol consume, menor será su riesgo de cáncer.

Tabla 5 Distribución de la población según grupo de edades y nivel de conocimiento adquirido antes y después de la labor educativa.

Grupo de Edades	Antes				Después			
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
20 – 34	3	3.8	7	8.7	6	7.5	4	5
35 – 59	12	15	28	35	24	30	16	20
60 – 79	8	10	14	17.5	18	22.5	4	5
80 y +	2	2.5	6	7.5	6	7.5	2	2.5
Total	25	31.3	55	68.7	54	67.5	26	32.5

En la tabla # 5, se muestra un incremento favorable del nivel de conocimiento de educación para la salud de la población en sentido general donde se observa un aumento de los pacientes con un adecuado nivel de conocimiento, con respecto al estudio inicial, elevándose de un 31.3% a un 67.5%. Aun así, un aumento en el nivel de conocimiento sobre salud bucodental, no supone necesariamente cambios en los estilos de vida y patrones de conducta de las personas lo cual se evidenció en la persistencia de hábitos inadecuados para lo cual es necesaria una labor educativa más extensa, dirigidas a incrementar los conocimientos sobre las enfermedades bucales, sus factores de riesgo, incentivar la práctica de hábitos higiénicos correctos y estilos de vida favorables para la salud. Este resultado difiere de un estudio realizado por el Dr. Valentín González F.⁵² Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del registro antes el cáncer bucal, en Ciego de Ávila, donde el 62.6% de los pacientes presentan nivel inadecuado y solo se pudo incrementar a nivel adecuado un 6 %, esta diferencia puede deberse a la puesta en práctica durante muchos años de nuestros programas de atención integral a la familia y la comunidad.

La Dra. Rodríguez González A ⁵³ con su estudio en Pinar Del Río, se opone a lo planteado en mi investigación, ella logró elevar el nivel de conocimiento en más del 80%. El nuestro es solo de 67.5%.

Estos resultados coinciden con estudios realizados en Rafael Freyre por la Dra. Proenza Hernández ⁵⁴ donde se elevó el nivel de conocimiento respectivamente.

Conclusiones:

- ✓ Predominó el sexo masculino con mayor incidencia y el grupo etario de 35-59 años.
- ✓ El técnico medio fue el nivel educacional más predominante en la población estudiada.
- ✓ La mayor parte de la población era obrera y bebedores moderados.
- ✓ La intervención "A luchar contra el alcoholismo y el cáncer bucal" demostró ser eficaz, al obtener con una participación consciente de los individuos, resultados satisfactorios en cuanto a la modificación de los conocimientos.

Recomendación

Incrementar las actividades educativas dirigidas a aumentar el nivel de conocimiento de la población sobre prevención del cáncer bucal.

Referencias Bibliográficas

1. Hidalgo Hidalgo S, Ramos Díaz MJ, Fernández Franch N. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. Revista "Archivo Médico de Camagüey" 2005 9(6): ISSN 1025-0255.
2. González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2018 Sep. [citado 1 Oct 2021]; 50(3): 284-291. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=es.
3. MINSAP. Anuario estadístico de salud 2018 [Internet]. 2018 [consulta 13 feb 2022]; Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>.
4. Mendoza Fernández M, Ordaz González AM, Abreu Noroña AC, Romero Pérez O, García Mena M. Importancia de la familia en la salud bucal. Rev. Ciencias Médicas. Julio-agosto 2019; 17(4):24-32.
5. Doncel Pérez C, Méndez Calunga M, Betancourt Dieste H, Castillo Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2020 Mar [citado 23 Ene 2022]; 43(1): 52-60. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007&lng=es.
6. 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. Facultad de Estomatología de La Habana 1999-2006. Rev Cubana Estomatol. 2010; 47(4): 381-91.
7. Morales Navarro D, Rodríguez Lay L, García Jordán M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev. Haban cienc méd. 2018 Nov; 8(4).

8. Silencio BJL. Investigación clínica con respecto a nutrición y cáncer. Rev. MexPediatr2019; 76(4): 181-186.
9. Nuria Pérez Delgado, Eduardo Urgellés Rodríguez. Comportamiento clínico-epidemiológico de cáncer bucal en el municipio Guantánamo. Estudio de 5 años. Revista Información Científica. 2018; 84(2).
10. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de prevención de cáncer. Ginebra: OMS; 2002.
11. Anselmi AL, Garriga E. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz en el cáncer de la cavidad bucal. [Internet] Acta odontológica 2019[citado 10 feb 2022]; 40(1). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/cancer_cavidad_bucal.asp.
12. Verdecia Jiménez A I, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [revista en la Internet]. 2019 Mar[citado 23 Ene 2022]; 18(1):45-54.Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es.
13. Bécquer Águila JL. Una antorcha que necesita mantenerse en alto. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2018 Dic. [citado 03 Dic 2021]; 50(4): 341-342.Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000400001&lng=es.
14. MINSAP. Mortalidad. En: Anuario estadístico de salud 2020 [Internet]. 2020 [consulta 13 Feb. 2022]; p 27- 83. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>.
15. Santana Gary J C. Prevención del cáncer bucal. En: Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial de Ciencia Médicas; 2002. p 59-70.
16. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico 2018. La Habana: MINSAP; 2018.

17. Capote Fernández MM, Campello Trujillo LE. Importancia de la familia en la salud bucal. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 26 Nov 2021]; 49(1): Disponible http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007&lng=es.
18. MINSAP. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas buco faciales. En: Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p 341- 392.
19. Escalona R. Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". MEDISAN [revista en la Internet]. 2020 Feb [citado 12 Ene 2022]; 19(2): 223-228. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192015000200011&lng=es.
20. Bécquer JL, López Z. Alteraciones de la salud del adulto mayor. En: González Naya G, Montero del Castillo M E. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p 359- 67.14. MINSAP. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. En: Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p 341- 392.
21. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
22. Quirós Alujía J. Retos y posibilidades en la disminución de la mortalidad por cáncer bucal. Revista Cubana de Estomatología [revista en Internet]. 2019 Sep. [citado 03 Dic 2021]; 51(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/725>.
23. Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer del complejo bucal. En:

Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p 1- 21.

24 Marinelo Z. Prólogo. En: Santana Garay J. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1985. p. v.

25. Araya Batista K, Niño A, Martínez M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. CCM [Internet]. 2020 [citado 12 febrero 2022]; 18(3): Disponible en:<http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1909/514>.

26. Corrales IE, Reyes JJ. Actividad antimicrobiana y antifúngica de AlliumSativum en Estomatología. Revista. 2020; (254): 59-68.

27. Bell NM, Lescay M. Virus del papiloma humano y cáncer: enemigos por derrotar. MEDISAN 2021; 19(1):1.

28. BASCONES A. SJM, Aguado A., SUÁREZ J.M. Cáncer y precáncer oral. Bases clínico-quirúrgicas y moleculares. Ediciones Avances.1ª Edición. 2003.

29. Nery C. Las Mujeres y el Tabaquismo: Hacerse Parte de la Solución MEDICC Review [Internet]. 2019 Oct [citado 9 Enero 2022]; 13(4): Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/index.php?issue=18&id=227&a=va>.

30. Miranda JD, Gispert EA. Intersectorialidad de salud en la prevención del cáncer bucal. Revista CubanaEstomatología. 2012; 49(4): 267.

31. Ducasse PA, Hernández L. Liquen plano en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2020 Dic

[citado 23 Ene 2022]; 42(3).

32. MINSAP. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p 493- 516.

33. Robledo Sánchez M. Cáncer bucal. Autoexamen para la detección de las lesiones orales sospechosas y prevención del cáncer bucal. Córdoba, Argentina. Practica 10.2020 [online]. 2020, [citado 20 julio 2021] Disponible en: <http://www.ugr.es/~pbaca/p10cancerbucal/02e6009a081211405/prac10.pdf>.

34. Cancer Bucal .2016 Enciclopedia Cubana . EcuRed . . [online]. 2019. [citado 20 Julio 2021] Disponible en http://www.ecured.cu/C%C3%A1ncer_bucal .

35. Melo L, Torreglosa M, Pavarino E, Cabral MC, Victor J, Goloni EM. Epidemiologic evaluation of head and neck patients in a university hospital of Northwestern Sao Paulo State. Rev Bras Otorrinolaringol [Internet] 2019 [citado 25 agosto 2021];74(1):68-73. Disponible en: http://www.revbrasotorri.com/edicion/2013/university_hospital_northwesternhtml.

36-Lemus LM. Factores de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal en el adulto mayor portador de prótesis estomatológica. [Tesis] Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2018.

37-Achiong F, Morales J, Dueñas A, Acebo F, Bermúdez CL, Garrote I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2018 [citado 15 julio 2021]; 44(1); [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30&lng=es&nrm=iso.

38- Lin YS, Jen YM, Wang BB, Lee JC, Kang BH. Epidemiology of oral cavity cancer in Taiwan with emphasis on the role of betel nut chewing. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* [Internet]. 2019 Abr [Citado 22 oct 2021];67(4):230-6. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/vol67-04/&lng=es&rcet=iso>.

39- Lee JJ, Jeng JH, Wang HM, Chang HH, Chiang CP, Kuo YS, Lan WH, Kok SH. Univariate and multivariate analysis of prognostic significance of betel quid chewing in squamous cell carcinoma of buccal mucosa in Taiwan. *J Surg Oncol* [Internet]. 2020 [citado 15 julio 2021];91(1):41-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30&lng=es&nrm=iso.

40- Miller PM, Ravenel MC, Shealy AE, Thomas S. Alcohol screening in dental patients: the prevalence of hazardous drinking and patients attitudes about screening and advice. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2018 [Citado 24 oct 2021];137(12):1692-8; quiz 1730-1. Disponible en: [http://www.sdpt.net/oralcancer% 137/12.htm](http://www.sdpt.net/oralcancer%20137/12.htm).

41- Rodríguez T, Altieri A, Chatenold L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. Risk factors goes oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Onco* [Internet] 2020 [citado 16 dic 2021]; 40:207-132012 Disponible en: http://iac.sld.cu/chile/vol40_05_13/articulos/a7_v13_01htm.

42- Achiong F, Morales J, Dueñas A, Acebo F, Bermúdez CL, Garrote I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2019 [citado 15 julio 20121]; 44(1); [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30&lng=es&nrm=iso.

43- Brouha X, Tromp D, Hordijk GJ, Winnubst J, De Leeuw R. Role of alcohol and smoking in diagnostic delay of head and neck cancer patients. *Acta Otolaryngol*. [Internet] 2018 Jan [citado 21 julio 2021];125(5):552-6. Disponible en: http://www.actaotolaryngol.sld.cu/2012/125_6/html.

44. Pérez Reyes YO, Ramírez Abreu Y.: “Intervención educativa sobre factores de riesgos del cáncer bucal en el consultorio médico de familia pueblo IV”, *Revista*

Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo. [Internet]. 2019 [citado 16 agosto 2021] Disponible en: https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/1_1_intervencion-educativa-cancer.html.

45- Rabelo López LA, Miller PM, Ravenel MC, Shealy AE, Thomas S. Alcohol screening in dental patients: the prevalence of hazardous drinking and patients attitudes about screening and advice. J Am Dent Assoc [Internet]. 2019 [Citado 24 oct 2021];137(12):1692-8; quiz 1730-1. Disponible en: [http://www.sdpt.net/oralcancer% 137/12.htm](http://www.sdpt.net/oralcancer%20137/12.htm).

46- Gutiérrez Segura M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta [Internet]. Archivo Médico de Holguín 10 (6); 2018 [citado 21 dic 2021]. Disponible en: [http:// www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2018/2150.htm](http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n6-2018/2150.htm).

47- Valentín González FT. Intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal en Cárdenas, en la Universidad de Ciencias Médicas Matanzas. [Internet] 2018 Ene [citado 21 ene 2022];24: 197-82. (46-2) Disponible en: [http://www.brazjhealth.com/rev2013/24_42.2_pub? ¿ndsd](http://www.brazjhealth.com/rev2013/24_42.2_pub?¿ndsd).

48- Carralero Alarcón LM, Crespo Cuenca L, Moreno Almaguer M. Intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal. Panadería René Ávila Reyes. Holguín 2020.

49- Cabrera de Para A. Conocimiento sobre cáncer bucal en adultos mayores de Colinas de los Rosales, Venezuela, 2019 [Consulta: 22 octubre 2021] Disponible en: <http://www.msds.gov.ve>.

50- Heredia García GL, Miranda Tarragó J. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de alcohólicos anónimos de Santiago de Cuba, 2018. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2018 [citado 27 febrero 2022];46(4):79-90. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>.

51- Borges Ferreira T, Garbin CA, de Carvalhosa AA, Castro PH, Hidalgo LR. Epidemiología del cáncer oral en un laboratorio en el Estado de Mato Grosso. Cad

Saude Publica. Brasil. 2018(citado 2019 ene 22);24: 197-82. (46-2) Disponible en: http://www.brazjhealth.com/rev2013/24_42.2_pub.

52- Valentín González F. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del registro antes el cáncer bucal en el área norte de Ciego de Ávila. MEDICIEGO [Internet]. 2019 [citado 10 nov 2021];18(supl 1). Disponible en: http://bus.sld.cu/revista/mciego/vol18_supl_1_2012/articulos/t13.html.

53- Rodríguez González A. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas [Internet]. Julio-agosto 2019 [citado 23 agosto 2021];17(4):24-32. Disponible en: http://www.bus.sld.cu/revista/revcmed/vol17_4_2013/articulos/p8.html.

54- Proenza Hernandez D. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal en adulto mayor. Rafael Freyre.2016.

Anexos

Anexo 1.

Acta de consentimiento informado

Yo _____ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo conocer la salud bucal en el adulto mayor. Estoy dispuesto a participar en la Entrevista Clínica requerida en la investigación y permito el uso de la información contenida en mi Historia Clínica por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y es confidencial.

Conozco que la investigación se realizará en el Policlínico Mario Muñoz Monroe mediante un examen bucal con material estéril y no implica daños para mi salud.

Estos resultados tienen fines investigativos. Autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos siempre y cuando resulten beneficiosos para el desarrollo de la ciencia. Afirmo y confirmo que mi participación es completamente voluntaria. Cooperaré con la localización a través de mí de otros miembros de mi familia en caso de que esto resultase necesario. He realizado todas las preguntas que considere necesarias acerca de la investigación.

Estoy conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento,

Nombre y Apellidos: _____ Firma _____

Dirección particular: _____

Fecha: _____ Lugar: _____ Hora _____

Testigo _____ Firma _____

Miembro del Proyecto _____

Anexo 2

ENCUESTA

Nivel de escolaridad_____ Edad_____ Sexo_____

1. ¿Sabe usted qué es el cáncer bucal?

a) Sí ___ b) No ___

2. ¿Considera que el cáncer bucal puede causar la muerte?

a) Sí ___ b) No ___ c) No sé ___

3. De las siguientes opciones marque con una cruz (X) aquellas que usted considere puedan provocar cáncer bucal:

a) ___ Comer abundante grasa de origen animal

b) ___ Tabaquismo y alcoholismo

c) ___ Ingerir alimentos muy salados y condimentados

d) ___ Ingerir vegetales sin lavarlos previamente

e) ___ Ingerir alimentos muy calientes

4. ¿El dolor y la irritación están siempre presente en las lesiones malignas?

a) Sí ___ b) No ___ c) No sé ___

5. Señale con una cruz (X) ante qué situaciones debemos acudir al estomatólogo para evitar la aparición de lesiones cancerígenas:

a) ___ Uso de prótesis mal ajustadas

b) ___ Dientes con manchas

c) ___ Presencia de bordes filosos en los dientes

d) ___ Tener los dientes apiñados

e) ___ Presencia de úlcera o llaga que no cicatriza

6. ¿Sabe cómo realizar el Autoexamen Bucal?

a) Sí ___ b) No ___

7. De acuerdo a sus conocimientos sobre cáncer bucal señale Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda:

a) ___ Ante dificultad para tragar, masticar, mover la lengua o la mandíbula debo acudir al Estomatólogo

b) ___ La presencia de una lesión roja o blanca persistente nunca va consistir un signo de cáncer bucal

c) ___ La aparición de un lunar dentro de la boca no debe ser motivo de preocupación

d) ___ Una lesión que sangra fácilmente debe alarmarme

e) ___ Las lesiones que no cicatricen después de 2 semanas son sospechosas de malignidad

8. ¿Cree usted que el alcoholismo puede influir en la aparición del cáncer bucal?

a) ___ Sí b) ___ No c) ___ No sé

9. Según la cantidad de alcohol ingiere en el día cual podría ser más dañina para la aparición del cáncer bucal

a) ___ Hasta dos unidades de alcohol al día

b) ___ Hasta 4 unidades de alcohol al día.

c) ___ Más de 4 unidades de alcohol al día.

10. ¿Considera usted que tomar abundantemente bebidas alcohólicas asociado con el tabaquismo pueden constituir factores de riesgos asociado al cáncer bucal?

a) ___ Sí b) ___ No c) ___ No sé

Anexo 3

Clave de la Encuesta

Ítems Valor Incisos a marcar

1. _____ 5 puntos _____ a)
2. _____ 5 puntos _____ a)
3. _____ 15 puntos _____ b), c), e)
4. _____ 5 puntos _____ a)
5. _____ 15 puntos _____ a), c), e)
6. _____ 5 puntos _____ a)
7. _____ 25 puntos _____ a) V, b) F, c) F, d) V, e) V
8. _____ 5 puntos _____ a)
9. _____ 10 puntos _____ c)
10. _____ 10 puntos _____ a)

Anexo 4

Programa de Intervención Educativa sobre Prevención del Cáncer Bucal

Título del programa: "A luchar contra el alcoholismo y el cáncer bucal"

Es conocido que aplicando los conocimientos de Educación para la Salud, herramienta fundamental de la Promoción de Salud, se pueden obtener logros en cuanto a conductas saludables en la población; es por ello que se confecciona el presente Programa de Intervención Educativa, con temas de interés que resultarán muy útiles a los pacientes para cuidar de su salud.

Objetivo general

Modificar favorablemente los conocimientos y con ellos las actitudes y las prácticas sobre prevención del cáncer bucal en pacientes alcohólicos.

Objetivos específicos

- Identificar y enriquecer los conocimientos de los pacientes en cuanto a la prevención del cáncer bucal.
- Estimular a los pacientes para que se conviertan en agentes comunicadores en su ámbito familiar y comunitario.
- Determinar la efectividad de las acciones realizadas a través de la retroalimentación.

Sesiones

Primera Sesión: ¿Quiénes somos y a qué venimos?

Segunda sesión: Algunos detalles que debemos saber.

Tercera sesión: Sin alcohol y sin humo ¡por la vida!

Cuarta sesión: Si no busco... no encuentro.

Quinta sesión: Ya estamos listos

Distribución de temáticas por sesiones

Primera Sesión: Introducción al programa.

Segunda sesión: El cáncer bucal y sus principales factores de riesgo.

Tercera sesión: Tabaquismo y alcoholismo.

Cuarta sesión: Autoexamen bucal.

Quinta sesión: Integración de los conocimientos adquiridos.

Descripción de las Técnicas y herramientas empleadas

1.- Exposición oral: Es el empleo del lenguaje para explicar un tema o actividad a desarrollar. Ello estará a cargo de las autoras y será utilizado en la introducción, parte del desarrollo y al final para integrar conocimientos.

2.- Charla: Es una Técnica Educativa oral colectiva, que consiste en una clase ligera corta que se expone ante un grupo. Debe estar preparada con una guía (no debe leerse ni aprenderse de memoria), emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extraverbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.

3.- Interrogatorio: Es el uso de preguntas para obtener información, valorar puntos de vista o verificar lo aprendido. Se utilizará para despertar el interés, centrar la atención y reflexión sobre aspectos importantes.

- Cuidados: Formular preguntas al grupo y no directamente al participante.

- Uso: Después de la presentación, durante los temas o para resumir acápites del mismo.

4.- Demostración: consiste en ejecutar, ante un individuo o grupo, aquello que se está explicando y repetirlo hasta su comprensión. Permite verificar algún aspecto del aprendizaje y fundamentar opiniones, de modo que propiciará la participación de los integrantes del grupo.

5.- Técnicas afectivo-participativas (TAP): Realización, por parte de los asistentes, de tareas concretas, orientadas por el coordinador del grupo para propiciar animación, la cohesión, reflexión y consolidación sobre un tema determinado.

Uso: dinámicas de presentación, de reflexión y de consolidación. El objetivo es desarrollar la participación al máximo para crear un ambiente fraterno y de confianza durante las jornadas de capacitación, tanto al inicio como después de momentos intensos y de cansancio.

6.- Medios de observación: Mural o pancarta con el contenido temas tratados.

Desarrollo de las sesiones

Primera Sesión "Quiénes somos y a qué venimos"

Tema: Introducción al programa

Tiempo: 25 minutos

Objetivos

- Dar a conocer en qué consiste el programa.
- Explicar los temas que se van a tratar por encuentros.
- Promover la presentación de cada uno de los integrantes del grupo.
- Propiciar un ambiente de intercambio activo, fluido y de confianza entre los investigadores y los pacientes a los cuales va dirigido el programa de intervención.
- Motivar a los pacientes para que no abandonen el programa.

Métodos y procedimientos

Se da la bienvenida al grupo, se presentan los investigadores y se procede a efectuar la presentación del programa, dando una breve introducción en cuanto a los objetivos que se persiguen, a las temáticas que serán abordadas, así como el título de las distintas sesiones.

A continuación se desarrollará la técnica participativa "La Señal", para crear un clima favorable a través de la presentación y animación de los participantes.

Para ello, se divide el grupo en dos y se seleccionan características o rasgos fácilmente observables en los participantes de uno de los grupos, cuidando que no se vea afectada en ningún momento la autoestima; se escriben dichas características en pequeñas hojas de papel y se les entrega a la otra mitad del grupo.

Se les explica a los participantes que cada uno tendrá que identificar la persona a la cual corresponde esa señal para formar una pareja y con ella intercambiar información para presentar a su compañero ante el grupo.

Evaluación

1) Se realizan preguntas dirigidas a todo el grupo:

- ¿Cómo se han sentido?
- ¿Tienen alguna duda sobre lo que se ha tratado en la sesión?

- ¿Desean conocer acerca de algún otro tema que no forme parte del programa?

2) Se repartirá una hoja de papel donde anónimamente se reflejarán los criterios de los participantes acerca de esta primera sesión.

Conclusiones

Se menciona el título del próximo encuentro y el tema que se tratará. Se propone que traigan a las distintas sesiones medios con qué anotar algún dato que les sea de interés. Se sugiere que comenten acerca del programa con familiares y amigos. Se da la despedida.

Segunda Sesión " Algunos detalles que debemos saber"

Tema: El cáncer bucal y sus principales factores de riesgo.

Tiempo: 35 minutos

Objetivos

- Definir cáncer bucal
- Brindar algunos datos estadísticos sobre el cáncer bucal.
- Lograr que la población identifique los factores de riesgo del cáncer bucal.

Métodos y procedimientos

Se inicia presentando la sesión y el tema a tratar. Se imparte la charla titulada "Conociendo al cáncer bucal" (Ver Anexo 5). Se auxilia la exposición de un diagrama que recoja los principales factores de riesgo del cáncer bucal.

Evaluación

Se realiza la técnica afectivo-participativa "Palabras calientes", donde se escriben en pequeñas hojas de papel varias palabras entre las cuales se van encontrar algunos factores de riesgo del cáncer bucal, estas se repartirán entre los participantes y ellos deberán identificar cuáles son factores de riesgo y cuáles no.

Conclusiones

Se recuerda el título de la próxima sesión y el tema que se tratará. Se sugiere que compartan con familiares y amigos lo aprendido. Se da la despedida.

Tercera sesión "Sin alcohol ¡por la vida!"

Tema: Alcoholismo.

Tiempo: 45 minutos

Objetivos

- Brindarle a los participantes más información sobre factores de riesgo.
- Elevar el nivel de conocimiento acerca de los daños que ocasiona el alcoholismo.
- Demostrar que la ingestión de bebidas alcohólicas es altamente perjudicial para la salud.

Métodos y procedimientos

Se comenzará con una retroalimentación del encuentro anterior mediante la técnica "División celular", la cual consistirá en dividir al grupo en dos equipos, a cada equipo se le entregará una tarjeta en la que se colocarán dos columnas, en la primera estarán enumerados varios factores de riesgo y en la segunda la posible influencia negativa que estos factores de riesgo ejercen sobre la cavidad bucal. Los participantes tendrán que enlazar ambas columnas y luego deberán debatir entre todos el contenido de las tarjetas.

Luego se da a conocer el título de la sesión y el tema a tratar. Se imparte la charla titulada "El tabaco y el alcohol no son buenos compañeros" (Ver Anexo 6).

Evaluación

Se realiza la técnica "Pie forzado", la cual consiste en dividir al grupo en dos y asignarle a un subgrupo el tema tabaquismo y al otro alcoholismo con el objetivo de que compartan con sus compañeros lo aprendido sobre el tema dado. Se le darán 5 minutos para que organicen sus ideas y se procederá al debate.

Conclusiones

Se anuncia el título de la próxima sesión y el tema que se abordará. Se da la despedida.

Cuarta sesión " Si no busco... no encuentro"

Tema: Autoexamen bucal.

Tiempo: 1 hora

Objetivos

- Hacer conocer la importancia de la autorresponsabilidad en cuanto al cuidado de la salud.
- Motivar a la realización del autoexamen bucal.
- Demostrar cómo realizar el autoexamen bucal.

- Lograr que los participantes aprendan a reconocer alteraciones en la cavidad bucal.

Métodos y procedimientos

Se da inicio al encuentro con la técnica "Dando vueltas" para comprobar los conocimientos de la sesión anterior. Se sentará el grupo en forma de círculo gigante y se colocará en el centro de la circunferencia dos botellas, una de color ámbar y otra de color verde. Las botellas se harán girar. El participante al que apunte la botella verde deberá elaborar una pregunta en cuanto al contenido tratado en la reunión anterior, la cual deberá ser respondida por la persona a la señaló que la botella ámbar. Se deben formular y responder como mínimo 5 preguntas, pero la dinámica se podrá extender mientras que los participantes muestren complacencia con la actividad.

Después de culminada la retroalimentación se presentará el tema a tratar y el título de la sesión. Se les explicará que:

- el autoexamen bucal es una práctica recomendada por instituciones internacionales como método fácil, útil, económico y apropiado para detectar cualquier alteración bucal incluyendo el cáncer
- el 70% de los casos de cáncer de boca pueden ser curados siempre y cuando la enfermedad sea detectada en estadíos tempranos de su desarrollo
- con el autoexamen aprenderán a conocer las estructuras normales de su boca y estarán capacitados para descubrir cualquier anomalía futura que pudiera aparecer

Siendo estas las razones fundamentales por las que es importante la realización del autoexamen bucal. Se les mostrará una pancarta donde se aprecia el procedimiento para la realización autoexamen bucal.

Se puntualizará que el autoexamen debe realizarse por lo menos una vez al mes, con las manos limpias, frente a un espejo y con una adecuada iluminación. Se efectuará por parte de los investigadores la demostración del autoexamen bucal, acompañando la ejecución de una explicación verbal. Luego se procederá a

mostrarles imágenes donde se evidencien las características normales de la cavidad bucal y algunas alteraciones patológicas.

Evaluación

Se realizan al grupo las siguientes preguntas:

1. ¿Por qué consideran importante la realización sistemática de autoexamen bucal?
2. ¿Cuál es el orden en que se debe realizar el autoexamen?
3. ¿Con que frecuencia se debe realizar?
4. ¿Si detectan alguna lesión qué deben hacer?

Conclusiones

Se les indicará que realicen en la casa el autoexamen bucal y que en la próxima sesión nos manifiesten posibles dudas y si detectaron alguna alteración. Se les pedirá que enseñen a sus familiares y amigos cómo realizar el autoexamen bucal. Se les explica el contenido de la próxima sesión y se da la despedida.

Quinta Sesión "Ya estamos listos"

Tema: Integración de los conocimientos adquiridos.

Tiempo: 35 minutos

Objetivos

- Integrar todos los conocimientos adquirido durante el desarrollo del programa.
- Evaluar a través de un cuestionario la efectividad del programa

Métodos y procedimientos

Se comenzará la sesión con la técnica "Secreto colectivo" donde el profesional motiva a los participantes para que pregunten y respondan interrogantes previamente elaboradas acerca de los factores de riesgo del cáncer bucal. Uno de los participantes comienza diciéndole en secreto una pregunta a la persona que tiene sentada a su derecha, esta debe decirle al que está a su derecha y así comienzan rápidamente a pasar la pregunta hasta que el investigador pide suspender el secreto y el último que oyó, sin decir la pregunta, debe responderla; los que faltaban por escucharla, a partir de la respuesta deben adivinar cuál fue la

pregunta; se corroborará si fue esa la pregunta, o si varió, se amplía la respuesta y se reinicia la ronda a partir del lugar donde se detuvo; así jugando se formulan preguntas y se elaboran respuestas que consolidan los conocimientos. Luego realizaremos la técnica "Vendo y compro" para la cual elaboraremos tarjetas con la palabra "Compro y Vendo" y otras tarjetas con preguntas elaboradas por el investigador. Para esta técnica se dividirá el grupo en pequeños equipos y cada uno extraerá una tarjeta de una bolsa o caja, si esta dice "Vendo" ese equipo debe formular una pregunta, determinando cuál será su valor, de tal forma que los puntos o precios que se adjudiquen de antemano estén en correspondencia con el grado de complejidad de la pregunta y se sumarán o restarán de acuerdo la calidad de la pregunta. También el equipo puede seleccionar quién debe responderla. Si la tarjeta dice "Compro" entonces corresponde a ese equipo contestar la pregunta previamente preparada por el profesional, quien también habrá decidido de antemano su "precio". El juego acabará cuando el primer equipo acumule 100 puntos.

Evaluación

En este caso se realizará mediante la aplicación nuevamente de la encuesta (Anexo 2), con la cual se evaluará en cumplimiento de los objetivos propuestos.

Conclusiones

Una vez concluidos todos estos aspectos se dará el agradecimiento a los participantes y se le incentivará a compartir con toda la comunidad los conocimientos adquiridos.

Anexo 5

Charla "Conociendo al cáncer bucal"

Muchas enfermedades conspiran constantemente para romper el estado de salud, entre ellas se encuentra el cáncer, que es una de las principales causas de muerte en el mundo.

El cáncer bucal es una enfermedad que produce una multiplicación continua de células anormales, con capacidad para elaborar sustancias nocivas y posee la propiedad de invadir y destruir los tejidos vecinos o alejados.

El cáncer bucal incluye el cáncer del labio, la cavidad bucal y la bucofaringe; y ocupa a nivel mundial el sexto lugar de incidencia cáncer para todos los grupos de edad.

Aproximadamente el 50% de las personas con cáncer oral tienen expectativas de vida de más de cinco años después del diagnóstico y tratamiento. Si el cáncer se detecta a tiempo, antes de que se haya atacado otros tejidos, el porcentaje de curación es de aproximadamente un 75%. Infortunadamente, más del 50% de los casos de cáncer bucal se diagnostican cuando el cáncer está en una etapa avanzada y ha invadido al cuello. Aproximadamente el 25% de las personas mueren de cáncer oral por la demora en el diagnóstico y el tratamiento.

Su aparición es mayor a partir de los 60 años; según estadísticas cubanas, en las mujeres aparece más tarde que para los hombres, es decir de 50-70 años para el hombre y de 60-80 años para la mujer.

No todas las personas tienen la misma probabilidad de sufrir cáncer, pues para ello deben existir ciertas condiciones y factores de riesgo, que son características que hacen a un individuo susceptible para contraer la enfermedad.

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son diversas, y dentro de ellas se encuentran el tabaco, el alcohol, aparición de lesiones blanquecinas o rojas en la boca y la exposición excesiva a radiaciones y a la luz solar. Además, influyen factores como la herencia, malnutrición, alteraciones hormonales y factores de riesgo de tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera. Existen otros factores de riesgo que pueden estar presentes en la cavidad bucal que son la

higiene bucal deficiente, las prótesis desajustadas, las restauraciones o empastes defectuosas y los dientes con bordes filosos los cuales van a irritar continuamente los tejidos. Es importante destacar que en estados iniciales el cáncer bucal es generalmente localizado en un sitio específico y no produce ningún síntoma, de ahí la importancia de acudir cada 6 meses al estomatólogo para la revisión periódica.

Anexo 6

Charla "El tabaco y el alcohol no son buenos compañeros"

El consumo alcohol y tabaco son hábitos nocivos para la salud. El factor riesgo más frecuente en la aparición del cáncer bucal es el tabaquismo, pues más del 95% de los pacientes con el tipo de cáncer bucal más habitual, han sido fumadores. El tabaco contiene sustancias productoras de cáncer como son la nicotina, alquitranes y otras; estas sustancias actúan sobre los tejidos bucales, causando diferentes cambios que conducen a la aparición de neoplasias o cánceres. De esta forma se producen en la boca, las llamadas lesiones tabáquicas cuya severidad depende del tiempo y la forma en que se fume. Además, el hábito de fumar produce alteraciones en el sistema inmune, lo que hace al individuo más vulnerable a padecer esta enfermedad.

Por otra parte se ha demostrado una estrecha relación entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer bucal, de manera que los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal que los que no beben. El alcohol actúa directamente sobre las mucosas deshidratándolas.

El alcohol funciona muchas veces como alimento cuando se consume en grandes cantidades y produce pérdida de apetito, por lo que el paciente se alimenta mal y disminuyen las reservas de proteínas y demás nutrientes necesarios, que no pueden ser compensados y producen una disminución del sistema inmune que favorece la aparición del cáncer.

Algunas investigaciones han demostrado que las personas que fuman y beben a la vez pueden desarrollar un cáncer bucal 15 años antes que otras personas que no lo hagan.

Como han podido apreciar usted puede controlar los principales factores de riesgo del cáncer. No beba, no fume ¡Salve su vida!

ANEXO 7

Órgano del Poder Popular

Policlínico con servicio de hospitalización Mario Muñoz M.

Rafael Freyre Torres

Holguín

Aval del Comité de Ética Médica.

El comité de ética y Deontología médica del Policlínico con servicio de hospitalización Mario Muñoz del municipio Rafael Freyre Torres, provincia Holguín, autorizamos a realizar la investigación Titulada: Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en pacientes alcohólicos. Rafael Freyre 2021-2022, de la autora Dra. Marianela Ferrera Ramírez que hasta ahora no tiene ninguna actividad donde se cometa ilegalidad ética contra ninguna institución o persona en lo general ni lo particular y el producto de ella se utilizará exclusivamente con fines Científicos y Docentes.

Dado en Rafael Freyre, a los _____ días del mes de _____ del año 2022.

Dr. Suidilberto Mayo Verdecia.

Prsidente de la Comisión de Ética Médica.

ANEXO 8

Dirección Municipal de Salud Rafael Freyre

Consejo Científico Municipal

Rafael Freyre

AVAL DEL TRABAJO DE TERMINACIÓN DE ESPECIALIDAD

En sesión ordinaria del consejo Científico Municipal efectuada el día _____ se presentó la solicitud de aval de la Investigación titulada: Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en pacientes alcohólicos. Rafael Freyre 2021-2022. Que tiene como investigador principal: Dra. Marianela Ferrera Ramírez. Una vez analizada la solicitud se aprobó otorgarle el aval por todos los presentes, lo cual fue recogido en el acuerdo No. ___ del presente curso escolar, tomando en consideración los siguientes criterios:

-La investigación responde a los objetivos trazados por el Ministerio de salud Pública y dentro de los Programas priorizados.

-Responde al banco de problemas del Municipio y a un problema de salud Histórico en el Territorio.

. -El diseño de la investigación es adecuado a los objetivos planteados en la misma y el documento presentado tiene una correcta planificación y control de las tareas ejecutadas.

-El investigador Principal y su equipo reúnen las características necesarias para la ejecución del trabajo

-El trabajo se elabora sobre la base de los recursos e instalaciones presentes en la comunidad, lo que posibilita su factibilidad.

Dr. Rolando Israel Sánchez Montero.

Presidente del CCM Rafael Freyre.

