

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUIN

MARIANA GRAJALES COELLO

POLICLINICO UNIVERSITARIO MARIO GUTIÉRREZ ARDAYA

Intervención educativa sobre cáncer bucal en adultos mayores con factores de riesgo. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, 2018 - 2019.

Autora: Dra. Yamila Torres Osorio.

Tutora: Dra. Edilma Flores González.

Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatológica
General Integral.

Holguín 2019.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE HOLGUIN

MARIANA GRAJALES COELLO

POLICLINICO UNIVERSITARIO MARIO GUTIÉRREZ ARDAYA.



Intervención educativa sobre cáncer bucal en adultos mayores con factores de riesgo. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, 2018 - 2019.

Autora: Dra. Yamila Torres Osorio.

Residente de Segundo año en Estomatológica General Integral.

Tutora: Dra. Edilma Flores González.

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.
Profesor Asistente.

Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Estomatológica
General Integral.

Holguín 2019.

Pensamiento

*El éxito en la vida no se mide por lo que logras si
no por los obstáculos que superas.*

Defoe D.

Dedicataria

A Dios: Por darme la fuerza de voluntad para lograr esta meta.

Agradecimiento

A mis padres, por todos los esfuerzos realizados por mi superación.

A mi esposo, por el apoyo, cariño.

A mi tutora a quién agradezco su tiempo y dedicación para compartir sus conocimientos como profesional y como persona.

En fin, a todas aquellas personas que de una forma u otra me han ayudado a llevar a cabo esta investigación.

Resumen

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa, en el consultorio 18, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, desde junio 2018 a mayo 2019; con el objetivo de implementar un programa de intervención educativa en adultos mayores con factores de riesgos sobre cáncer bucal. El universo estuvo constituido por 304 los adultos mayores pertenecientes al consultorio antes mencionado, se aplicó un muestreo no probabilístico por lo que la muestra quedó compuesta por 55 con factores de riesgos y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El estudio contó con tres etapas, diagnóstico, intervención y evaluación. Para dar salida a los objetivos se utilizaron los métodos teóricos, empíricos y estadísticos. Se comprobó un predominio del sexo masculino (58,18 %) y del grupo de edad de 60 a 64 años (67,27 %). Se evidenció que el hábito de fumar fue el de mayor incidencia (26.03 %). Se elevó el nivel conocimiento sobre el tema tratado. Por lo que se consideró la intervención un método eficaz para educar a la población.

Palabras Clave: Intervención educativa, cáncer bucal, factores de riesgo, adultos mayores.

Índice

Resumen

Introducción.....1

Objetivos.....6

Marco Teórico.....7

Diseño Metodológico.....20

Resultados y Discusión.....27

Conclusiones.....35

Recomendaciones.....36

Referencias bibliográficas.....37

Anexos

Introducción

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis.¹

Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la cavidad bucal se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia, en algunos casos asociados a la ingestión de brebajes.²

Según la OMS las tasas de mortalidad por cáncer bucal muestran que en 50 países el sexo masculino es el más afectado y la mayoría de los casos se presentan en personas mayores de 40 años.³

Se prevé que en el período de 2017 a 2030 la mortalidad por cáncer se incremente entre 7 y 17 millones de casos en el mundo, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento poblacional.⁴

En Estados Unidos se informan anualmente 30 000 nuevos casos de cáncer orofaríngeo (3 de cada 100 personas). De todos los tipos de tumores que se diagnostican en España anualmente, el cáncer bucal representa 2,6 % de los casos y su mortalidad es de 1,5 por cada 100 000 habitantes, cifra que se acerca peligrosamente a la mortalidad del cáncer de cervico uterino.⁵

La incidencia del cáncer bucal en 2015, en España, fue de 6,7 por 100 000 habitantes (2,7 en mujeres y 11,0 en varones). En algunas zonas geográficas (América del Sur, sudeste asiático, Australia) este diagnóstico es más frecuente debido a múltiples factores, entre ellos el consumo de nuez de betel o de areca, mascar tabaco o fumar invertido, hábitos muy comunes en países asiáticos y suramericanos.⁶

El cáncer bucal puede estar oculto en algunos sitios anatómicos y ser completamente asintomático. El 50 % de los carcinomas de lengua ya han hecho

metástasis una vez diagnosticados. El diagnóstico temprano aumenta significativamente la expectativa de vida de los pacientes y reduce la morbilidad, ya que la extirpación de un cáncer bucal, en dependencia del lugar donde se encuentra y del tamaño, puede comprometer severamente la calidad de vida del paciente.

En muchas regiones, la cirugía sigue siendo el tratamiento de primera elección para el cáncer bucal, aunque se pueden utilizar la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia; ya sean solas o en combinación.⁷ Aunque la variedad histológica del complejo bucal permite que en él se desarrollen diversos tipos de neoplasias benignas y malignas.⁸

Se ha demostrado que de los tumores malignos de la cavidad bucal más de 95 % son de origen epitelial; el carcinoma epidermoide o espinocelular bucal es la neoplasia maligna más frecuente y a la búsqueda de sus orígenes se han encaminado todos los estudios etiológicos y analíticos de perfil epidemiológico.⁸

El riesgo de padecer cáncer bucal (CB) aumenta con la edad, especialmente a partir de los 50 años. Por otra parte, factores de riesgo tales como el consumo de tabaco y alcohol, las lesiones potencialmente malignas, los traumas (causados por hábitos parafuncionales, dentaduras mal ajustadas o piezas dentales con bordes cortantes), unidos a factores genéticos y algunos tipos de virus también aumentan las probabilidades de padecerlo, por lo que su diagnóstico deberá ser precoz para mejorar el pronóstico de estos pacientes.⁹

En este sentido son responsabilidades del estomatólogo tanto la educación de los pacientes como la detección y el diagnóstico precoces del cáncer bucal. Todo examen dental rutinario debe incluir la revisión sistemática de la mucosa bucal, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital. La remisión oportuna al especialista de los pacientes con cáncer bucal posibilita que la tasa de supervivencia sea mayor a la vez que se reducen la morbilidad y mortalidad.¹⁰

Los pacientes a los que el CB se les detecta en las primeras etapas de desarrollo tienen mejor pronóstico (80 % de las personas con tumores en etapas iniciales sobreviven por lo menos cinco años después del diagnóstico, mientras que de los

casos detectados tardíamente solo sobreviven 35 % de los pacientes). No obstante, las personas que han padecido CB y han sanado tienen 15 % de probabilidades de padecer un segundo tumor primario de cabeza, cuello o laringe, por lo que es extremadamente importante el seguimiento de la enfermedad.¹¹

Desde 1958 en Cuba el cáncer es la segunda causa de muerte y desde el 2008 ocupa la primera en 8 de las 14 provincias. El cáncer bucal está asociado con una morbilidad y mortalidad significativas; cada año, en el mundo más de 400 000 personas desarrollan cáncer bucal, orofaríngeo o ambos. La tasa de supervivencia relativa es de 5 años, y varía en dependencia de la etapa de la enfermedad y el área donde se ubica.¹²

Es uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa Nacional de Control del Cáncer Bucal, donde su indicador más importante es el de la mortalidad. Este programa se oficializa mediante Resolución Ministerial en enero de 1986, respaldado por el Ministerio de Salud Pública, caracterizándose en el mundo por su cobertura nacional. Se estableció así, que al seguir la metodología de examen del complejo bucal se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta de estomatología o en pesquisas a la población en busca de alteraciones del complejo bucal.

Si se detecta una alteración durante el examen bucal minucioso y ordenado, el paciente será remitido al segundo nivel de atención acompañado del modelo de remisión 47-22-1.¹³

Como parte del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) se orienta a todas las personas que acuden a los servicios e instituciones de salud sobre la prevención de esta enfermedad y se realiza la promoción a través de los diferentes medios de difusión. Uno de los objetivos de este programa está orientado a disminuir la morbilidad y la mortalidad por cáncer bucal. El cáncer bucal es una enfermedad multifactorial que cada día aumenta su morbilidad y mortalidad. Se espera que esta tendencia se mantenga en los próximos años, por esa razón se hacen grandes esfuerzos preventivos, curativos e investigativos.¹⁴

En Holguín en cáncer bucal se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte más comunes, con una tendencia creciente de mortalidad por esta enfermedad, Según reportes del anuario estadístico en el año 2016 se reportó 81 pacientes muertos por Labio, cavidad bucal y faringe.¹⁵

En el área de Salud perteneciente al policlínico Mario Gutiérrez Ardaya en el año 2017 se reportaron 146 pacientes con lesiones malignas. Por lo que se debe encaminar los esfuerzos a la prevención en todas sus vertientes como son: la educación, promoción de salud, el diagnóstico de trastornos potencialmente malignos y la detección en sus primeros estadios. Ello conlleva aplicar los tratamientos más adecuados y rehabilitar a los pacientes.

Con respecto a la educación, se deben buscar los mecanismos más efectivos para motivar adecuadamente a las personas a que se realicen el autoexamen bucal y se vuelva una práctica habitual en las familias. Educar con el ejemplo con relación a los factores de riesgo, insistiendo en el incorrecto hábito de fumar y en la importancia de una dieta adecuada.

La boca tiene una localización muy privilegiada. El estomatólogo dentro de su trabajo tiene que realizar un examen minucioso y ordenado de la boca y detectar cualquier alteración, tratarla o remitir al paciente al especialista que corresponda, es primordial y para ello no se necesitan recursos adicionales.¹⁶

Es una necesidad humanitaria evitar que una persona tenga un cáncer bucal, porque evitamos deformaciones y sufrimientos para la persona y para su familia. Si lo vemos dentro del ámbito económico, estos tratamientos son muy costosos para el país. Desde lo social repercute, porque si el individuo modifica sus características funcionales y síquicas deja de aportar a la sociedad y trae también implicaciones en la economía familiar.

El reto está, en modificar actitudes a pesar del envejecimiento poblacional. Confiamos en las posibilidades de lograr disminuir la mortalidad por cáncer bucal con el esfuerzo de todos, aplicando los adelantos científicos que están al alcance de toda la población y movilizandolos todos los factores de la sociedad.

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 ésta en el enfrentamiento a este problema de salud.¹⁷

Por lo antes expuesto y la importancia del tema, se hace evidente la necesidad de indagar y profundizar en los métodos de lucha contra el cáncer bucal como problema de salud, lo que conlleva a plantear el **problema científico**:

¿Cuál será la necesidad de modificar el nivel de conocimiento de los adultos mayores con factores de riesgos sobre el cáncer bucal?

Objetivo

OBJETIVOS

General

Implementar un programa de intervención educativa en adultos mayores con factores de riesgo sobre cáncer bucal adultos mayores pertenecientes al en el consultorio 18 del Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, junio 2018 a mayo 2019.

Específicos

- Caracterizar los pacientes estudiados según edad y sexo y factores de riesgos presentes.
- Elaborar un programa de intervención educativa sobre factores de riesgo y la prevención del cáncer bucal en adultos mayores.
- Evaluar el nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo que se elaboró.

Marco Teórico

MARCO TEÓRICO

Cáncer bucal:

La cavidad bucal forma parte de las vías respiratorias y digestivas altas, cumple funciones complejas como el habla, deglución y expresión facial. Anatómicamente se compone por los labios, 2/3 anteriores de la lengua, piso de boca, encía superior e inferior, mucosa bucal, trigono retromolar y paladar duro. Se encuentra revestida por epitelio pavimentoso con glándulas salivales menores intercaladas. Representa la localización más frecuente de tumores malignos primarios de la región de cabeza y cuello.¹⁸

Las neoplasias malignas de cavidad bucal pueden ser de origen epitelial, o mesenquimal. Las más frecuentes son de origen epitelial, el carcinoma de células escamosas (CCE), carcinoma espinocelular o carcinoma epidermoide, comprende histológicamente a más del 90% de casos de cánceres de cavidad bucal, el porcentaje restante corresponde a linfomas, melanomas, sarcomas, tumores malignos de glándulas salivales, y metástasis. El CCE, puede surgir en cualquier área de la mucosa de la cavidad bucal, su ubicación depende de los factores de riesgo geográficos las zonas más afectadas en la región de occidente son la superficie ventral de la lengua y el piso de boca, mientras que las menos afectadas corresponden a las encías, el paladar duro, el área retromolar y la mucosa yugal.

Respecto a las características histológicas del CCE existen tres grados histológicos basados en la proporción de queratinización: bien diferenciado >75% de queratinización, moderadamente diferenciado entre 25-50% de queratinización y pobremente diferenciado menor a 25% de queratinización.¹⁸

Fisiopatología del carcinoma de células escamosas de cavidad bucal.

Bases moleculares. El carcinoma de células escamosas de cavidad bucal es considerado un proceso complejo de múltiples etapas, influenciado por la predisposición genética y la exposición ambiental. Los queratinocitos de la mucosa

bucal están constantemente expuestos a diversos agentes carcinógenos que pueden alterar su homeostasis y generar inestabilidad genética.¹⁹

El carcinoma de células escamosas (CCE), puede surgir siguiendo la secuencia: célula normal, hiperplasia epitelial, displasia en diferentes grados, carcinoma in situ (CIS), carcinoma invasor y generación de metástasis a distancia⁶ o desarrollándose a partir de mucosa sana, no todos los tumores invasivos surgen de una displasia previa; el tiempo de evolución de displasia a carcinoma invasivo es variable, generalmente se mide en años es durante este intervalo de tiempo que la progresión de la enfermedad puede ser alterada por intervenciones quirúrgicas y/o cambios en los hábitos nocivos del paciente como el cese del tabaquismo, alcoholismo, entre otros.¹⁹

Factores de riesgo del cáncer bucal:

La etiología del cáncer bucal es controversial, debido a que es un proceso generalmente prolongado, donde interactúan factores que pueden incrementar el riesgo de desarrollar la enfermedad y la susceptibilidad individual. Entre los principales factores de riesgo se destacan el consumo de tabaco, alcohol, exposición a la radiación ultravioleta o ionizante, exposición a carcinógenos biológicos, entre otros.

Tabaco. Considerado el factor de riesgo más importante en el desarrollo de lesiones pre malignas y cáncer bucal, ocho de cada diez pacientes diagnosticados fueron consumidores de tabaco en alguna de sus formas (cigarrillos, puros, pipas, tabaco de mascar, entre otros).²⁰

Los agentes carcinógenos químicos del tabaco incluyen: hidrocarburos aromáticos policíclicos (generados durante la combustión del tabaco); nitrosaminas específicas del tabaco (presentes en el tabaco fumado y mascado); aminas aromáticas; aldehídos volátiles; toxinas específicas del tabaco; metales como el arsénico, plomo, entre otros. Estos componentes contribuyen con la carcinogénesis mediante la unión al ADN, mutaciones, inflamación, estrés oxidativo y cambios epigenéticos. Existe

asociación directamente proporcional entre la dosis, frecuencia, tiempo de consumo y el riesgo de desarrollar carcinoma oral de células escamosas.

Alcohol. En la actualidad, no se ha esclarecido el rol independiente del alcohol en el desarrollo del cáncer bucal, debido a que en la mayoría de casos, su consumo es concomitante con el tabaco, produciendo un efecto sinérgico asociado al 80% de casos de cáncer.²¹

Se han propuesto diversos mecanismos carcinógenos, destacando su acción como disolvente, incrementando la penetración de los agentes carcinógenos a los tejidos bucales; como irritante local, interfiriendo en la síntesis y reparación del ADN; entre otros mecanismos.

Virus del papiloma humano. Pertenece a la familia de virus ADN de doble cadena que infectan el epitelio plano estratificado. Se encuentran implicados en la patogénesis de lesiones epiteliales proliferativas, papiloma de células escamosas (verruca vulgar), condiloma acuminado e hiperplasia epitelial focal. El subtipo (VPH16) es un agente carcinógeno reconocido en el desarrollo y progresión del cáncer de orofaringe. El VPH contribuye con la carcinogénesis mediante la acción de dos proteínas. La proteína E6 inhibe la activación del gen p53 facilitando su proteólisis, y la proteína E7 promueve la degradación proteolítica del retinoblastoma fosforilado (pRb), causando desregulación de los mecanismos de control del ciclo celular, entre otras alteraciones moleculares.²²

Dieta. Una dieta deficiente en antioxidantes, vitaminas y minerales; predispone al desarrollo de algunas enfermedades, entre ellas el cáncer. Sin embargo, no existen características dietéticas claras (deficiencia o exceso de nutrientes) que se relacionen directamente con el riesgo de desarrollar cáncer bucal. Estudios recientes atribuyen un efecto protector al consumo regular de frutas y verduras frescas.

Inmunosupresión. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con disfunción o supresión del sistema inmune a causa de enfermedades sistémicas, trasplantes o tratamientos médicos, presentan mayor riesgo de desarrollar algunos tipos de neoplasias. En el caso de pacientes infectados por el virus de

inmunodeficiencia humana (VIH) presentan mayor predisposición para el desarrollo de sarcoma de Kaposi y linfomas; pero no predisposición para desarrollar COCE.²³

Genética. Los trastornos genéticos producen un metabolismo ineficaz de agentes carcinógenos incrementando la sensibilidad mutágena y la incapacidad de reparar daños en el ADN. Condiciones como el síndrome de Li Fraumeni, anemia de Fanconi, disqueratosis congénita, xerodermapigmentoso, lupus eritematoso discoide, pueden desempeñar un rol en el desarrollo del cáncer bucal, especialmente en los pacientes no fumadores, ni bebedores y adultos jóvenes.²⁰

Factores sociodemográficos.

La edad es un factor predisponente para el desarrollo del cáncer, debido principalmente a la acumulación de factores de riesgo y pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular.

La pobreza está directamente relacionada con la detección tardía del cáncer, principalmente por las dificultades de acceso a los servicios de salud, la escasa cultura de prevención, la adopción de estilos de vida no saludables, los hábitos nocivos, el bajo nivel de educación, entre otros.

Radiaciones. La luz ultravioleta (UV) es un agente carcinogénico reconocido en el desarrollo del carcinoma basocelular de piel, y carcinoma de células escamosas de piel y labios. La dosis acumulativa de radiación actínica y la escasa pigmentación de la piel de individuos expuestos a radiación solar de forma crónica y sin protección, los predispone a desarrollar este tipo de neoplasias.²⁴

Inflamación crónica. Las citoquinas inflamatorias, las prostaglandinas, el oxígeno reactivo, los radicales y nitrogenados, se acumulan en los tejidos afectados por la inflamación crónica. Si este proceso persiste, los mediadores de inflamación pueden inducir la proliferación y supervivencia celular prolongada, mediante la activación de oncogenes o la inactivación de genes supresores tumorales.

Existe una serie de condiciones inflamatorias que han sido implicadas con la patogénesis del carcinoma de células escamosas, entre ellas se destacan la fibrosis

submucosa, el liquen plano oral, el lupus eritematoso discoide, las úlceras traumáticas, la enfermedad periodontal crónica. Sin embargo, el papel de la inflamación crónica como único agente causal de transformación maligna no es concluyente.²⁵

Factores dentales.

La asociación entre la higiene bucal deficiente, la presencia de dentición en mal estado, uso de prótesis dentales desadaptadas y/o de bordes cortantes, y el cáncer bucal es difícil de valorar. Sin embargo, diversos estudios avalan esta teoría, asociándolos a la presencia de otros factores de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, etc.

Características clínicas estomatológicas.

Las características clínicas de los tumores primarios originados en la superficie mucosa de la cavidad bucal son variables, pueden ser ulcerosos, exofíticos u endofíticos o surgir como una lesión proliferativa superficial.

Estadios iniciales. Los síntomas del cáncer bucal en estadios iniciales son sutiles y a menudo no son detectados, se caracterizan por ser generalmente indoloros, pudiendo desarrollar sensación urente o dolor conforme progresa la lesión, especialmente cuando la lengua es la afectada. El COCE suele presentarse clínicamente como una placa de color blanquecina, roja o mixta, ligeramente rugosa y bien delimitada, además se producen cambios en la elasticidad de los tejidos blandos, indurándose conforme progresa la lesión; existen signos que pueden reforzar la sospecha de malignidad entre ellos el sangrado, el crecimiento exofítico, la presencia de ulceración crónica de fondo sucio e irregular.^{2, 20}

Estadios avanzados. Las características comunes de malignidad en estadios avanzados son la ulceración (característica más común del COCE, generalmente presenta suelo y márgenes irregulares elevados e indurados a la palpación), nodularidad y fijación a tejidos subyacentes; infiltración profunda en diversas estructuras como nervios, músculos y huesos. Los tumores exofíticos con superficies

verrugosas se presentan mal definidos y de difícil palpación. Otras manifestaciones involucradas son dolor, sangrado, movilidad dentaria, desajuste protésico, dificultad respiratoria y masticatoria, dificultad en el habla, disfagia, trismo, otalgia, parestesia, metástasis cervical, entre otras. En estadios terminales los pacientes pueden desarrollar fístulas cutáneas, hemorragia, anemia severa y caquexia.²⁵

Características clínicas sistémicas.

Existen diversas manifestaciones sistémicas en función de la localización, extensión, volumen o acción de productos liberados por las células tumorales. Caquexia. Consiste en la pérdida progresiva de tejido adiposo y masa muscular, ocasiona debilidad progresiva, anorexia, anemia grave y malestar general.

Aparece con frecuencia en etapas terminales del cáncer.

- Alza térmica. Común en pacientes oncológicos, especialmente si la neoplasia o su tratamiento afectan el sistema inmunológico.
- Anemia. Frecuente en pacientes oncológicos, puede presentarse en el 72% de neoplasias hematológicas y un 62% en tumores sólidos.
- Dolor. Forma parte de las reacciones inmunitarias e inflamatorias ante el desarrollo de una neoplasia.
- Fatiga. Estado común en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, su mecanismo de desarrollo es multifactorial, entre ellos se destaca el crecimiento tumoral, compromiso nutricional, cambios hormonales, anemia, estrés, entre otros.²⁶

Localización:

Carcinoma de labios. Representa entre el 6-20% de las neoplasias malignas de cavidad bucal, generalmente presentan buen pronóstico debido a su localización y menor riesgo de diseminación linfática. Clínicamente puede presentarse con hiperqueratosis, ulceración, sangrado, tumoración en ocasiones acompañado de adenopatías firmes en la región cervical.

Carcinoma de lengua. La lengua es la región intrabucal más afectada, representa el 25-40% de carcinomas. Presenta comportamiento agresivo, en estadios iniciales es generalmente asintomático posterior a ello presenta invasión profunda, el dolor y la disfagia suelen ser los principales síntomas.

Carcinoma de piso de boca. Es la segunda localización más frecuente, representa el 15-20% de carcinomas. Clínicamente suele presentarse como una úlcera crónica indurada e indolora; otra forma de presentación es la de un parche o placa blanquecina que no cicatriza, ocasionalmente puede infiltrarse en tejidos blandos adyacentes generando disminución de la movilidad lingual; presenta pronóstico desfavorable.

Carcinoma de paladar duro. Es menos frecuente, clínicamente se presenta como placas de color rojo o blanco generalmente asintomáticas o como masas queratósicas ulceradas.

Carcinoma de mucosa yugal y encías. Se presentan como una úlcera o tumoración en el área afectada, genera sangrado, dolor localizado y endurecimiento regional.²⁷

Desórdenes potencialmente malignos:

Comprenden lesiones pre malignas y condiciones sistémicas que pueden incrementar el riesgo de desarrollar cáncer bucal. Los más frecuentes son la leucoplasia, la eritroplasia, el liquen plano oral, la fibrosis submucosa, la queilitis actínica, el lupus eritematoso discoide, entre otros. El potencial de malignización es determinado por la presencia de displasia epitelial, la cual es la combinación de una serie de fenómenos microscópicos indicativos de desorden en la maduración epitelial y alteración de la proliferación celular.

Leucoplasia. Se define como un parche o placa de color blanco localizado en la mucosa bucal, que no puede ser eliminado mediante raspado, ni caracterizado clínica, ni histológicamente como otra enfermedad. Es la lesión más frecuente de la mucosa bucal, asociada al consumo de tabaco y alcohol; las principales

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

Eritroplasia. Definida como una lesión o placa de color rojo que no puede ser caracterizada clínica ni histopatológicamente como otra enfermedad. Se presenta como un parche de color rojo, generalmente asintomático. Es necesario realizar biopsia y estudio histopatológico completo debido a que en la mayoría de casos se trata de un "carcinoma in situ" o invasivo. Los sitios anatómicos más afectados son el piso de boca y el área retromolar; los principales factores etiológicos son el tabaco y alcohol. Es considerada la lesión de mayor potencial de transformación maligna.

Fibrosis oral submucosa. Trastorno crónico de la mucosa del tracto digestivo superior, de etiología desconocida se cree que los factores predisponentes son: genéticos, carcinógenos, inmunológicos, virales, nutritivos (quid de betel) y autoinmune. Se presenta predominantemente en las poblaciones del sur de Asia. Se caracteriza por la inflamación y fibrosis progresiva de la lámina propia y del tejido conectivo profundo; produce una marcada rigidez de la mucosa bucal limitando de forma progresiva la apertura bucal, además produce rigidez en los labios y dificultad de la protrusión lingual.²⁸

Liquen plano. Trastorno inflamatorio crónico de etiología desconocida, presenta variedad de manifestaciones clínicas en la cavidad bucal, entre ellas la presencia de eritema, erosiones, hiperqueratosis, y ampollas generalmente dolorosas. Clínicamente se clasifica en liquen plano oral reticular (blanco), atrófico-erosivo (rojo) y la combinación de ambos, siendo la forma más frecuente, la reticular. Es necesario realizar biopsia para su diagnóstico definitivo⁸. En la actualidad existe debate acerca de su potencial maligno.

Queilitis actínica. Considerada una lesión potencialmente maligna, afecta principalmente al labio inferior; microscópicamente se observan cambios en la estructura del epitelio, existe desorden, variación en los grados de queratinización,

atipia celular y aumento de la actividad mitótica; presenta progresión hacia carcinoma, el diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia; el sexo masculino es principalmente más afectado.

Lupus eritematoso discoide. Es un trastorno crónico autoinmune de etiología desconocida, no obstante, se postula un rol genético. Su presentación clínica en cavidad bucal es similar a la del liquen plano oral y la fibrosis submucosa. Existen datos contradictorios para considerarlo como una lesión potencialmente maligna.

Lesiones de fumadores invertidos. En algunas regiones del sudeste asiático y América del Sur, las personas practican el hábito de fumar en reversa; provocando alteraciones en la mucosa palatina, asociándose un riesgo significativo de transformación maligna.²⁹

Desórdenes hereditarios. Anemia de Fanconi, enfermedad hereditaria caracterizada por anomalías congénitas e insuficiencia de la médula ósea, predispone al desarrollo de neoplasias malignas, particularmente carcinoma de células escamosas en la región de cabeza y cuello y ano genital.

Disqueratosis congénita, trastorno hereditario ligado al gen x. Se presenta clínicamente como placas blancas en diversas zonas de la mucosa bucal, en ocasiones puede ser confundida con leucoplasia; sin embargo, los afectados son generalmente personas jóvenes que no presentan antecedentes de hábitos de riesgo. Los pacientes con disqueratosis congénita presentan mayor frecuencia de neoplasias del sistema digestivo, cavidad bucal y faringe.^{20, 30}

Diagnóstico clínico

Consiste en el examen clínico extraoral e intraoral; el primero corresponde a la inspección y palpación de la región de cabeza y cuello; el segundo consiste en la inspección y palpación de los tejidos bucales. Ante la sospecha de alguna lesión que persista por más de 15 días posteriores a la eliminación de los posibles irritantes locales es necesario realizar biopsia y examen histopatológico.

Estadio clínico del cáncer (TNM)

El sistema TNM es un sistema de clasificación clínica pre-tratamiento. Emplea datos provenientes de la evaluación física y exámenes complementarios (imágenes, biopsia, entre otros). Evalúa tres componentes: T (Tamaño o extensión del tumor primario), N (Ausencia, presencia y extensión de metástasis a ganglios linfáticos regionales) y M (Ausencia o presencia de metástasis a distancia). Tumor (T) Labio trigono retromolar, piso de boca, lengua, paladar duro, mucosa bucal.³¹

TX El tumor no puede ser accedido

T0 No hay evidencia de tumor primario

Tis Carcinoma in situ

T1≤2cm

T2>2cm 4cm

T3>4cm

T4a Invasión de las estructuras adyacentes que incluyen hueso cortical, capa muscular profunda de la lengua, seno maxilar y la piel facial.

T4b Invasión del espacio masticador, espacio pterigoideo y/o base de cráneo, y/o compromiso de la arteria carótida interna.

Ganglios linfáticos(N)

Nx No puede evaluarse los ganglios linfáticos regionales.

N0 No hay metástasis en ganglios linfáticos regionales.

N1 Metástasis en un ganglio linfático ipsilateral ≤ 3 cm en su mayor dimensión.

N2a Metástasis en un ganglio linfático ipsilateral>3cm pero <6 cm.

N2b Metástasis en dos ganglios linfáticos ipsilaterales< 6cm en su mayor dimensión.

N2c Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales<6cm en su mayor dimensión.

N3 Metástasis en un ganglio linfático >6cm en su mayor dimensión.

Metástasis a distancia (M)

Mx No puede evaluarse la metástasis a distancia.

M0 No hay metástasis a distancia.

M1 Metástasis a distancia.

Estadificación

Estima la gravedad de la enfermedad, agrupando los casos en categorías, características similares, tamaño tumoral y diseminación. Permite al especialista planificar el tratamiento y estimar el pronóstico. Los estadios I y II comprenden el periodo inicial, donde la tasa de supervivencia es elevada, el tumor primario es menor de 4 cm, no afecta planos profundos y no presenta adenopatías cervicales, ni metástasis a distancia; los estadios III y IV representan fases avanzadas, el pronóstico es desfavorable, el tumor primario es mayor de 4 cm, afecta estructuras adyacentes, ganglios linfáticos cervicales o metástasis a distancia.

Estadio 0: Tis N0 M0

Estadio I: T1 N0 M0

Estadio II: T2 N0 M0

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

Estadio IV: T4 N0 M0; Tx N2-3 M0; TxNx M1. ³²

Prevención del Cáncer bucal.

El cáncer bucal constituye un grave problema sanitario en muchos países. No sólo genera una mortalidad significativa, sino que también provoca desfiguración extensa, pérdida de funcionalidad, cambios conductuales y problemas económicos y sociológicos. La estrategia más efectiva para prevenir el cáncer oral es controlar los hábitos de riesgo, pero para aquéllos ya afectados la detección precoz mediante

despistaje mejorará las probabilidades de supervivencia y evitará sufrimientos y muertes prematuras. Por lo tanto es importante explorar a los pacientes Para detectar precozmente los cambios malignos.

Prevención primaria.

Está orientada a reducir la incidencia de la enfermedad, La etiología del cáncer bucal es multifactorial, siendo los factores de riesgo más importantes el tabaco y el consumo elevado de alcohol; ambos factores actúan sinérgicamente, aunque cada uno de ellos posee potenciales carcinogénicos independientes. En algunos casos, determinados productos químicos, la radiación ultravioleta de la luz solar, radiaciones ionizantes, infecciones, la dieta o situaciones de inmunodepresión pueden resultar especialmente relevantes. Son muchos los factores relacionados con el estilo de vida, pero el medio ambiente y la genética también juegan un papel importante, por lo tanto, muchos de los cánceres bucales podrían prevenirse mediante un cambio en el estilo de vida.³³

Prevención secundaria.

Se refiere a la detección de la enfermedad en una etapa precoz de su historia natural. Una actuación temprana conducirá a la curación o a una minimización del daño, reduciendo finalmente la mortalidad. La detección precoz en estadios asintomáticos garantiza no sólo un aumento en las tasas de supervivencia, sino también una mejor calidad de vida, como consecuencia de tratamientos menos agresivos y mutilantes.

A menudo, la prevención, la detección temprana y los cuidados paliativos se descuidan en favor de enfoques orientados al tratamiento, menospreciando su costo-beneficio y eficacia real, en una falta de conocimientos y voluntad política para la formulación y ejecución de programas preventivos y de diagnóstico oportuno. Los distintos aspectos de la lucha contra el cáncer deben entenderse en el marco de un enfoque sistemático e integral.

Las tasas de curación del cáncer bucal dependen de su estadio. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 80% en estadios iniciales, 40% en neoplasias con afectación regional y menos del 20% para pacientes con metástasis a distancia.⁵⁰ Lamentablemente, aproximadamente el 50% de los casos de cáncer oral son diagnosticados en estadios avanzados (estadios III y IV). Estos resultados deben considerarse no alentadores si se tiene en cuenta que los carcinomas de células escamosas se forman en el epitelio superficial de la cavidad oral, por lo que producen cambios visibles precoces. Los Cáncer de cavidad bucal en sus estadios iniciales suelen asentar sobre desórdenes potencialmente malignos, muchas veces asintomáticos, por lo cual se hace necesario por parte del profesional de la salud realizar un examen minucioso, para la detección precoz de los desórdenes potencialmente malignos y así lograr frenar el curso natural del Cáncer bucal.³³

Diseño

Metadrológica

Diseño metodológico

Se realizó un estudio cuasi experimental de intervención educativa, en el consultorio 18, Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, desde junio 2018 a mayo 2019; con el objetivo de implementar un programa de intervención educativa en adultos mayores con factores de riesgos sobre cáncer bucal.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 304 adultos mayores pertenecientes al consultorio antes mencionado, se aplicó un muestreo no probabilístico por lo que la muestra quedó compuesta por 55 con factores de riesgos y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes que dieron su consentimiento para participar en el estudio. (anexo I)
- Pacientes con factores de riesgos de cáncer bucal.

Criterios de exclusión

- Pacientes con demencia senil o discapacidad psíquica que le impida responder correctamente la encuesta.

Criterio de salida

- Pacientes que abandonen la investigación por enfermedad, muerte u otras causas.

Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	60-64 65 y más	Según años cumplidos	Número y por ciento
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino	Según sexo biológico.	Número y por ciento

	dicotómica	Femenino		
Factores de riesgos	Cualitativa nominal politómica	Ingestión de alcohol Hábito de fumar Mala higiene bucal Sepsis bucal Alimentos calientes Prótesis desajustadas Bordes filosos alimentos muy condimentados exposición solar	Según presencia de factores de riesgo en la población estudiada.	Número y por ciento
Nivel de conocimiento sobre los hábitos tóxicos.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Pregunta 4. Se considera adecuado si responde que si, inadecuado si responde que no. Pregunta 4.1. Se considera	Número y por ciento

			adecuado si responde correctamente los incisos a, b, c, d, inadecuado si responde e.	
Nivel de conocimiento sobre la higiene bucal.		Adecuado Inadecuado	Pregunta 5. Se considera adecuado si responde los incisos a, b, c, d, e, f, g, inadecuado si responde el inciso h.	
Nivel de conocimiento sobre los factores protectores del cáncer bucal.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Pregunta 6. Se considera adecuado si responde que si, inadecuado si responde que no. Pregunta 6.1. Se considera adecuado si responde los incisos a, b, c, d, inadecuado si responde el	Número y por ciento

			inciso e.	
Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	<p>Pregunta 7. Se considera adecuado si responde que si, inadecuado.</p> <p>Pregunta 7.1. Se considera adecuado si responde los incisos a, b, c, e, g, h, inadecuado si responde los incisos d, f</p>	Número y por ciento
Nivel de conocimiento general sobre cáncer bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	<p>Se considera adecuado si responde al menos 5 preguntas correctas.</p> <p>Inadecuado si responde menos de 5 preguntas correctas.</p>	Número y por ciento

Para dar salida a los objetivos el estudio se dividirá en tres etapas, que constituirán etapas de la investigación:

- Etapa diagnóstica.
- Etapa de intervención.
- Etapa de evaluación.

Etapa de diagnóstico. Se explicó el propósito científico de la investigación, así como los beneficios que reportaría para los participantes, sus familias y toda la comunidad. Se asegurará el carácter anónimo y confidencial del cuestionario aplicado.

Para la realización de este estudio, después de una amplia revisión bibliográfica, se confeccionó una encuesta para medir el nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal (Anexo II) con lenguaje asequible, que recogió diferentes aspectos acordes a los objetivos propuestos.

Etapa de intervención. En esta etapa se llevó a cabo una intervención educativa (Anexo III), donde se tuvo en cuenta los resultados obtenidos tras la aplicación de la encuesta. El mismo tuvo lugar en una sesión semanal, por un período de 6 semanas, sin exceder de una hora en cada encuentro, la cual fue impartida, por la autora de la investigación.

El grupo se dividió en subgrupos para un mejor intercambio y siguiendo las bases psicopedagógicas de la educación para la salud, los grupos no excedieron a 15 adultos mayores para lograr un mayor intercambio y factibilidad en la aplicación de las técnicas afectivas participativas.

Con la intervención educativa se trató de posibilitar la creación de espacios de reflexión grupal, ubicando al grupo como principal agente de cambio, en este caso para la adquisición de conocimiento adecuados, así como la modificación de actitudes inadecuadas ante el cáncer bucal. Se realizaron charlas, técnicas afectivas participativas como son técnicas o dinámicas vivenciales, dinámicas de grupo, sociodramas, adecuación de juegos populares con capacitación, uso vídeos, también se utilizaron materiales educativos como son cepillos dental, typodont, láminas, entre otros para alcanzar los objetivos propuestos.

Etapas de evaluación.

A los tres meses de finalizadas las sesiones de trabajo con los participantes; se aplicará nuevamente la encuesta utilizado al inicio de la investigación para determinar el nivel de conocimiento adquirido y establecer comparaciones a fin de precisar los cambios en el nivel de conocimientos, se utilizará el mismo instructivo para la evaluación.

Método a emplear

Métodos teóricos empleados:

Histórico-lógico. Encaminado al análisis de los antecedentes teóricos de la investigación y su desarrollo.

Análisis y síntesis. Permite interiorizar sobre las temáticas que tienen menos preparación los participantes, los factores de riesgo, y arribar a conclusiones en este sentido.

Inducción y deducción. Permite conocer las características generales del conocimiento sobre el cáncer bucal en los participantes involucradas en la investigación y llegar a conclusiones.

Enfoque de sistema. Permite el análisis de los contenidos del cáncer bucal, así como su relación con el medio social y estructura lógica que proporcionó la información a los participantes.

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

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

Métodos empíricos empleados:

Encuesta. Se aplicó una encuesta de 7 preguntas, cada respuesta tiene varios incisos verdaderos para comprobar el nivel de conocimiento que tienen los participantes, y solo deben marcar las respuestas correctas. (Anexo II)

Técnicas estadísticas utilizadas.

Los datos se obtuvieron la aplicación de los cuestionarios, antes y después de la intervención, fueron almacenados en una base de datos confeccionada a tales aspectos, y procesados estadísticamente mediante métodos estadísticos descriptivos, con ayuda de una computadora Pentium IV, utilizando el programa Microsoft Office Word y Excel 2010.

Los resultados obtenidos fueron colocados en tablas de asociación de variables, aplicándoles el método porcentual para facilitar su análisis y discusión. Se compraron los resultados con lo planteado en la bibliografía nacional e internacional, lo que permitirá llegar a conclusiones y recomendaciones.

Aspectos éticos:

El estudio se realizó acorde a los principios de la ética médica y a la Declaración de Helsinki, lo cual quedó plasmado en el consentimiento informado. Se brindó información a los participantes relacionados con los objetivos y procedimientos para el estudio. Su participación en el mismo fue totalmente voluntaria y con carácter anónimo. (Anexo I).

Análisis y Discusión de los Resultados

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo. Policlínico Mario Gutiérrez Ardaya, 2018- 2019.

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-64	21	38,18	16	29,09	37	67,27
65 y mas	11	20,00	7	12,73	18	32,73
Total	32	58,18	23	41,82	55	100,00

Fuente: encuesta

Al analizar la distribución de adultos mayores según edad y sexo (tabla 1), se comprobó un predominio del sexo masculino (58,18 %) y del grupo de edad de 60 a 64 años (67,27 %).

Hernani Reinoso en relación con la distribución por grupos de edades y sexo, expone diferentes resultados donde el 71,2 % son mujeres y el grupo de edad de 70 a 79 es el más frecuente con 52,4%.³³

Botero y colaboradores reportaron en grupo de edad de mayores factores de riesgos presentes fue el de 60 a 69 años, lo que representó el 81,3 % de la muestra estudiada; predominó el sexo femenino para un 59.6 % de los pacientes en estudio.³⁴ Otros investigadores también reportan como más frecuente el grupo de edad de mayores de 60 años y con un incremento a medida que se incrementa la edad.^{27,31}

Rincón Flórez expuso que al distribuirse los pacientes atendiendo a grupos de edades, se observó una mayor prevalencia de los factores de riesgos en el grupo de 60 - 79 años, con 24, para el 53,16 %. De la misma manera, existió mayor prevalencia del sexo masculino con un total de 59 casos (74,68 %).³⁵

El cáncer bucal tiene predilección por pacientes masculinos entre 45 y 65 años de edad en proporción de 10:1 respecto a las mujeres, a pesar de que la incidencia va en aumento debido a la condición incrementada de mujeres fumadoras, hay tendencias a que el enfoque de género en los modos y estilos de vida se homogenicen.³⁶

La autora opina que se hace necesario señalar que en este grupo etáreo de 60 y más años se deben extremar las medidas de promoción de salud y prevención, ya que tienen alta prevalencia de cáncer bucal, se relacionan con la aparición de tumores debido a la declinación de la auto vigilancia inmune tumoral y algunos de ellos no acuden periódicamente al estomatólogo al no tener dientes, salvo en busca de restitución protésica, sin dejar de prestar atención a los demás grupos etáreos mayores de 15 años con factores de riesgo presentes ya que el factor tiempo juega un papel preponderante en el sentido de una larga exposición del paciente a las mismas.

Tabla 2. Factores riesgos presentes en los adultos mayores.

Factores de riesgo	Nº	%
Hábito de fumar	19	26.03
Ingestión de alcohol	16	21.92
Mala higiene bucal	12	16.44
Exposición solar	12	16.44
Sepsis bucal alimentos calientes	6	8.22
Prótesis desajustadas	6	8.22
Bordes filosos	1	1.37
Alimentos muy condimentados	1	1.37

N=55

Al analizar los factores riesgos presentes en los adultos mayores (tabla 2), se evidenció que el hábito de fumar fue el de mayor incidencia (26.03 %)

Núñez Antúnez muestran la ingestión de comidas calientes y picantes en el 83,2 %, aunque plantean que a partir de los 60 años se mantiene el consumo del tabaco en un 82,1 % y la ingestión de alcohol en un 72,4%.³⁶ Por su parte, otros autores obtienen un 35,9 % de factores de riesgo de cáncer bucal en el grupo de 60 años y más, de ellos los más frecuentes son: el hábito de fumar, con 34 %, siguiéndole en orden la ingestión de comidas calientes y condimentadas y la exposición solar, con 12,6 y 7 % respectivamente. Múltiples especialistas acreditan el uso prolongado de aparatos protésicos mal adaptados como factor etiológico del cáncer bucal.^{31, 32}

Rodríguez en su estudio reportó entre los factores de riesgo estudiados relacionados con lesiones bucales obtuvo que el principal hábito nocivo fue el tabaco al estar presente en el 45,7 % de los casos vistos, le siguieron la ingestión de café y prótesis mal ajustadas, ambas con un 11,1 %.³⁷

El hábito de fumar y la ingestión de alcohol son dos factores de alto riesgo de padecer cáncer bucal. Se plantea que los fumadores y alcohólicos tienen 3 veces más riesgo de padecer cáncer bucal.¹² A pesar de la existencia en nuestro país de un programa de detección precoz del cáncer bucal, prima en la población el desconocimiento de esta enfermedad y se mantienen los factores de riesgo. Algunos investigadores expresan que los sujetos encuestados reconocen como factores de riesgo a los factores irritantes en un 61%, e identifican el alcoholismo y el tabaquismo en un 46,1 % y 57,6 % respectivamente, también aseguran que el fumar, mascar tabaco y el abuso del alcohol juegan un significativo papel en la causa del cáncer bucal, pero los pacientes y la población desconocen esta asociación.³⁸

La autora de este estudio refiere que el tabaco es el factor de riesgo fundamental para padecer lesiones premalignas, el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas constituye el principal factor causal para el inicio de las lesiones premalignas o malignas, debido a que provoca alteraciones epiteliales en cualquier sitio anatómico del complejo bucal, principalmente aquellos lugares sometidos

directamente a la combustión de productos químicos irritantes, capaces de producir lesiones en la mucosa bucal.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre los hábitos tóxicos antes y después de la intervención.

Conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuados	4	7.27	54	98.18
Inadecuados	51	92.73	1	1.82
Total	55	100	55	100

Al determinar el nivel de conocimiento sobre los hábitos tóxicos (tabla 3), se comprobó un inadecuado conocimiento sobre el tema (92.73 %) antes de la intervención, una vez implementada la estrategia educativa se elevó el nivel de conocimiento a la categoría de adecuado (98.18 %).

Rodríguez Fuentes luego de la exploración del conocimiento de los ancianos sobre algunos los hábitos tóxicos por su influencia en la cavidad bucal, fueron reconocidos inicialmente por el 22% de los adultos mayores; sin embargo, el 84 % reconoció el efecto del tabaquismo y el alcoholismo sobre las mucosas bucales.³⁹

García Heredia reportó un escaso conocimiento sobre los hábitos tóxicos y reporta que más de la mitad de la población estudiada una vez implementada la intervención adquirieron conocimientos.⁴⁰

Mendoza Fernández, refirió que en su estudio se identificó el tabaco y el alcohol como dos de las principales causas de cáncer bucal, hecho que puede ser recurrente en algunas de las investigaciones revisadas. El autor resalta que, en general, el tabaco se relaciona más con el cáncer de boca que el alcohol.⁴¹

En otras investigaciones, se afirma que el factor más señalado como de riesgo es el tabaco, muy por encima de los factores irritantes contrario a lo presentado por una

investigación de Cuba que pone los factores irritantes por encima del alcohol y el tabaco.⁴²

Investigaciones realizadas plantean que el alcoholismo, unido al tabaco, constituye factores de riesgo de enfermedades periodontales y cáncer bucal. Actualmente, se considera que tiene mucho mayor riesgo respecto al cáncer bucal, el aumento del consumo de alcohol que el de cigarrillos.^{33, 43}

Resultados similares reportan otros autores en Brasil, donde el consumo de tabaco y de alcohol de forma individual o asociados fueron los factores de riesgo más comprobados en la posible aparición del cáncer bucal generalmente en mayores de 45 años ya que el alcohol potencia el efecto carcinógeno del tabaco, cuando están asociados, pero también puede actuar por si solo como irritante local de las mucosas, alterar el metabolismo de las células epiteliales y como solvente, pues facilita la absorción de los carcinógenos, la mala higiene bucal al lado de otros factores dentarios, y aparatos protésicos desajustados o rotos se convierten en lesivos a las mucosas orales, asociándose a su vez el tiempo de exposición del paciente a los mismos, actuando de forma directamente proporcional.⁴⁴

El bajo conocimiento sobre el efecto perjudicial del tabaco y alcohol expresa que la población está expuesta a la práctica de esta adicción, sin percatarse de las consecuencias perjudiciales para su salud. El tabaco es considerado el factor etiológico local más importante en la instalación de las principales lesiones premalignas, cáncer bucal y las periodontopatías.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre la higiene bucal antes y después de la intervención.

Conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuados	6	10.91	53	96.36
Inadecuados	49	89.09	2	3.64
Total	55	100	55	100

La tabla 4 muestra el conocimiento sobre la higiene bucal se observó un inadecuado conocimiento sobre el tema (89.09%) antes de la intervención, una vez implementada la estrategia educativa se elevó el nivel de conocimiento a la categoría de adecuado (96.36%).

Mendoza Fernández reportó un desconocimiento de una adecuada higiene bucal para mantener la salud, en sus pacientes, y destaca la mala higiene bucal como un factor de riesgo fundamental en la aparición de la caries dental y la enfermedad periodontal. Los escasos conocimientos respecto a la higiene bucal como medio eficaz para prevenir la aparición de las enfermedades bucodentales constituyen un problema que atañe a gran parte de los adultos mayores.⁴¹

Según los resultados de la encuesta, Ribeiro reportó que la mayor parte de los pacientes realiza prácticas básicas de higiene bucal, tales como cepillado y uso de seda dental. Se identifica una alta variabilidad de las costumbres de higiene, con lo que se evidencia una característica cultural en este ejercicio.⁴⁴

Quirós Aluja demuestra un desconocimiento sobre la higiene bucal y reportan que hay una causa más que suficiente para trabajar en la educación y promoción en los Círculos de Abuelos. Los adultos mayores necesitan poseer el conocimiento y la voluntad o deseo de cambiarlos por lo que se debe diseñar programas educativos y

emplear técnicas que sean capaces de motivar al adulto mayor, partiendo de objetivos y métodos diferentes; no solo se trasmite un conocimiento nuevo, sino que este es comparado con los que él tiene y si le resulta creíble lo incorpora, si no lo desecha, por lo que debemos partir de las necesidades educativas acerca de los problemas en los que los se quiere educar. Este estudio puede extenderse y no solo quedar en la identificación de conocimiento y, en un segundo momento, diseñar y aplicar una estrategia educativa intersectorial.⁴⁵

En Japón, a pesar de ser un país desarrollado, la higiene bucal no es una práctica tan habitual como en Colombia, y en India depende de la región en la que se revisen los índices.^{46, 47}

La autora expone que es de vital importancia hacer un trabajo de intervención y evaluación; es decir, no solo un diagnóstico del conocimiento que tienen los pacientes y las prácticas de higiene bucal, también comenzar a incidir en esas prácticas con herramientas y estrategias que puedan ser evaluadas en el tiempo, a fin de intervenir en la enfermedad y obtener resultados prácticos en la población.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre los factores protectores del cáncer bucal antes y después de la intervención.

Conocimiento	Antes		Después	
	Nº	%	Nº	%
Adecuados	7	12.73	52	94.55
Inadecuados	48	87.27	3	5.45
Total	55	100	55	100

La tabla 5 muestra en nivel de conocimiento sobre los factores protectores, donde se comprobó un inadecuado conocimiento sobre el tema (87.27%) antes de la intervención, una vez implementada la estrategia educativa se elevó el nivel de conocimiento a la categoría de adecuado (94.55%).

Juárez y colaboradores logran con su labor educativa que el 93,2% de los ancianos, que inicialmente tuvieron conocimientos inadecuados sobre dicha temática, los modificaran favorablemente. Un amplio grupo de autores refiere la importancia que reviste el conocimiento de los factores protectores para la detección precoz del cáncer bucal. Por lo que se puede señalar como meritorios los trabajos publicados por varios autores, quienes incentivan al personal estomatológico para ejecutar acciones educativas en la población.⁴⁸

González Ramos y colaboradores refieren un bajo nivel de conocimiento de los factores de protectores del cáncer bucal, deficiencias en las vías de información educativa, desconocimiento de los síntomas y signos de alarma ante el cáncer bucal, no realización adecuada del autoexamen bucal, existiendo necesidades de aprendizaje sobre prevención del cáncer bucal en todos los aspectos explorados.⁴⁹

Rodríguez Fuentes reporta un desconocimiento de los ancianos sobre los factores protectores por su influencia en la cavidad bucal, fueron reconocidos inicialmente por

el 27% de los adultos mayores; sin embargo después de implementada la intervención educativa, el 87 % respondió adecuadamente la encuesta.³⁹

Los aspectos educativos refuerzan la importancia de preservar la salud bucal, limitar la aparición de otras enfermedades bucodentales, como el cáncer; es primordial la identificación temprana de factores de riesgo, lo que significa que el conocimiento puede ser una condición necesaria, pero no suficiente, para que los adultos mayores adopten comportamientos saludables.

Lo fundamental no es simplemente vivir más tiempo, sino lograr la más alta calidad posible mientras se viva. Sin duda un instrumento que resulta imprescindible para afrontar este desafío lo constituyen las técnicas afectivo-participativas que facilitan la adquisición de nuevos conocimientos, indispensables para transformar y recrear nuevas prácticas en aras de mejorar la calidad de vida.

Conclusiones

CONCLUSIONES

- Se comprobó un predominio del sexo masculino y del grupo de edad de 60 a 64 años.
- Se evidenció que el hábito de fumar fue el de mayor incidencia.
- Se elaboró e implementó un programa de intervención educativa en los adultos mayores con factores de riesgo sobre del cáncer bucal.
- Se elevó el nivel conocimiento sobre el tema tratado. Por lo que se consideró la intervención un método eficaz para educar a la población.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Incrementar las actividades educativas encaminadas a la población en general pero preferentemente a los pacientes vulnerables con el objetivo de modificar su conocimiento y mejorar su calidad de vida

Referencias

Bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa FB, Silva MRF, Fernández CP, Silva PGB, Alves AP. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. Braz Oral Res [Internet]. 2014 [citado 11 may 2018]; 28(Spe):1-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242014000200006&lng=en
2. Goel A, Goel P, Mishra S, Saha R, Torwane NA. Risk Factor Analysis for Oral Precancer among Slum Dwellers in Delhi, India. Ann Med Health Sci Res [Internet]. 2014 [Citado 22 may 2018]; 4(Suppl 3):S218-S222. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4212380/?report=reader>
3. García Heredia G, Bécquer Águila JL, Gispert Abreu EA. IV Taller Nacional sobre Cáncer Bucal: una fortaleza para la Estomatología Cubana. Rev Cubana de Estomatología. [Internet]. 2016 [citado 22 may 2018]; 51(1):119-121. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100013
4. Rodríguez Soto A, Fernández Collazo ME, Vila Morales D, Vigo Campbell M, Robaina Consuegra PL. Mortalidad por cáncer bucal en La Habana, 2001-2010. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2015 [citado 22 may 2018]; 52(1):11-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500003
5. Valentín González F. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal [tesis doctoral] [Internet]. Matanzas: Universidad de Ciencias Médicas; 2014. [Citado 20 Sept 2018]. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>
6. Kato Hernández Y, Osa Chacón I, Reyes Cortiña G, Pujol Abreu Y. Intervención comunitaria sobre cáncer bucal en pacientes remitidos del

Programa de Detección del Cáncer Bucal. Policlínico “Dr. Juan Manuel Páez Inchausti” Enero 2011- Abril 2014. Rev Med Isla Juventud [Internet]. 2014 [citado 16 Ene 2016]; 15(1):55-71. Disponible en: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/92/193>

7. Verdecia AI, Álvarez E, Parra J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. 2014 mar [citado 20 may 2018]; 18(1): 45-54. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es
8. Cento López JA. Comportamiento epidemiológico del cáncer bucal en la clínica Héroes de Bolivia en las Tunas. [Internet]. [Citado 2 may 2018]: [Aprox 12p.]. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewFile/1119/255>
9. Zayas Sánchez E, Casanova Sales K, Hidalgo Torres YA, Paz Quiñones L, Fonseca Suárez Y. Comportamiento epidemiológico del Programa de Detección del Cáncer Bucal en Puerto Padre. [Internet]. 2014 [Citado 2 may 2018]; 39 (10): [Aprox 12p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/144>
10. Rodríguez Ricardo E, Santana Fernández KA, Fong González Y, Rey Ferrales Y, Jacas Gómez MJ, Quevedo Peillón K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2014 [Citado 2 may 2018]; 18 (6): 642-655. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211132597007>
11. Cardentey García J, González García X, Piloto Gil AB, Díaz Borrego LB, Páez Hernández Y. Lesiones bucales premalignas en adultos mayores atendidos en la clínica estomatológica “Ormani Arenado Llonch”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2017 [Citado 2 may2018]; 42(4):

[Aprox 12p.]. Disponible en:
<http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1039>

12. Estrada Méndez N, Castro de Díaz C, García JA, Alfaro Sifontes M. Conocimientos sobre factores de riesgo asociados a cáncer bucal en adultos residentes en el municipio de San Salvador. Crea Ciencia [Internet]. 2015 [Citado 20 mayo 2018]; 9(2): 14-20. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/CREACIENCIA/article/view/2871>
13. Rogert Alcolea IA, Milanés Chalet A, Labrada Fernández H, Carrazana López L, Castillo Aguilar B. Factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas en pacientes del consultorio 26. Roberto Reyes. Bayamo. 2016. Multimed [Internet]. 2017 [Citado 2 may 2018]; 21 (3). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/535>
14. Duarte Montero L, Romero Quevedo R, Montero Rodríguez S. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. 16 de Abril. [Internet]. 2015 [Citado 2 may 2018]; 54(260): 42-55. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2015/abr15260e.pdf
15. Holguín. Dirección Provincial y registros Médicos y Estadística. Anuario estadístico. Holguín: Dirección Provincial y registros Médicos y Estadística; 2016.
16. Matos Cantillo DM, Matos Matos M, Carcases Obana Y, Pita Laborí LY, Nicot Navarro AM. Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes venezolanos. [Internet]. 2017 [Citado 20 mayo 2018]; 96(3):415-423. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/286/980>
17. Doncel Pérez C, Méndez Calunga M, Betancourt Dieste M, Castillo Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2014 [Citado 20 mayo 2018]; 43(1):52-60. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007

18. Medina Márquez M, Carmona Lorduy M, Álvarez Villadiego P, Díaz Caballero A. Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido. Presentación de un caso clínico. Avances en odontoestomatol. [Internet]. 2015 [Citado 20 may 2018]; 31 (4): 261-266. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n4/original2.pdf
19. Golaszewski AM, Díaz N, Villarroel-Dorrego M. Cambios tisulares y celulares por tabaquismo en mucosa bucal clínicamente sana: Estudio clínico transversal. Av. Odontoestomatol 2015; 31 (6): 363-370. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000600004
20. Doncel Pérez C, Méndez Calunga M, Betancourt Dieste H, Castillo Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. [Internet]. 2015 [Citado 20 may 2018]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007
21. Ramón Jiménez R, Montoya Rey M, Hechavarría Martínez B, Norate Plumier A, Valverde Ramón C. Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas. Medisan [Internet]. 2015 [Citado 20 may 2018]; 19(6):730. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000600004
22. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
23. Shafer WG, Levy BM, Tomich CE. Tratado de patología bucal. 4 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2009.p. 97-110.
24. Lima-Arrais Ribeiro I, Medeiros da Nóbrega JB, Gondim Valença AM, Dias de Castro R. Predictors for oral cancer in Brazil. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2017 Dec [citado 2019 mar 29]; 46(6): [Aprox. 5p.]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772017000600325&lng=en

25. Bernal Baláez ÁE. Estudio epidemiológico del cáncer bucal en Colombia 1989-2008. Rev Fac Med [Internet]. 2016 Jan [citado 2019 mar 29]; 64(1): [Aprox. 3p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000100011&lng=en
26. Nápoles I. Rivero O. García C. Pérez D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. AMC [Internet]. 2016 Abr [[citado 27 ene 2019]; 20(2): 158-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200008&lng=es
27. Gutiérrez V. León R. Castillo Andamayo D. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Rev Estomatol Herediana. [Internet]. 2015 Abr [[citado 27 ene 2019]; 25(3):179-86. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2608>
28. Quichua Huayascachi LR. Asociación entre los factores de riesgo y lesiones bucales en pacientes portadores de prótesis dental. [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Inca Garcilaso De La Vega; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1228>
29. Oñate Torres AE. Efecto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores dependientes, comuna de Hualpén, 2015. [Tesis]. Universidad Andrés Bello; 2015. Disponible en: repositorio.unab.cl/.../a115478_oñate_mefecto_de_la_salud_oral_2016_tesis.pdf?...1
30. Bustillos Ramírez L, Arellano Gámez LA, Zambrano Vergara R, Manoochehri González A. Prevalencia de caries y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados en Mérida, Venezuela. Rev Odontológica de los Andes [internet]. 2015 [citado 23 feb 2019]; 10(2): [Aprox 12p] Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/40812/1/articulo3.pdf>

31. Legra Alba W, Goulbourne Durades Y, Durades Ruiz Y, Lee Garcés M. Cáncer, trauma y otras patologías bucofaciales. Comportamiento de algunos factores de riesgo del cáncer bucal: primera casa de abuelos. Guantánamo: Congreso Internacional de Estomatología; 2015. p. 1-11. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/213/1385>
32. Joseph BK, Sundaram DB, Ellepola AN. Assessing oral cancer knowledge among undergraduate dental students in Kuwait University. J Cancer Educ. [internet]. 2015 [citado 23 feb 2019]; 30(3):415-20. doi: <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0734-7>
33. Hernani Reinoso E. Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en cercado de arequipa – 2015. [Tesis]. Perú: Universidad Católica De Santa María; 2015. Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2729/1/pulgar_mlg.pdf
34. Botero D, Gallego K, Gutiérrez A, Quintero M, Ramirez M, Posada-López A. Cáncer bucal: conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios de la facultad de odontología de la Universidad de Antioquia, 2016. Revista Nacional De Odontología. [Internet]. 2017 [citado 23 feb 2019]; 14(26). Disponible en: <https://doi.org/10.16925/od.v13i26.2044>
35. Rincón Flórez AA, Pájaro Arnedo BE. Aplicación móvil para guía diagnóstica de desórdenes Potencialmente malignos y prevención de cáncer oral: Una herramienta educativa didáctica. [Tesis]. Bolivia: Universidad De Cartagena; 2017. Disponible en: repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/handle/11227/4560
36. Núñez Antúnez L, Sanjurjo Álvarez MC, González Heredia E, Rodríguez ÁR. Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 Dic [citado 2019 Abr 15]; 43(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000400002&lng=es

37. Rodríguez RE, Santana Fernández KA, Fong González Y, Rey Ferrales Y, Jacas Gómez MJ, Quevedo Peillón K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. AMC [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 mar 29]; 18(6): [Aprox. 13p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007
38. Lanza Martino L, Pérez Caffarena M. Lesiones elementales de la mucosa bucal. Guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal. Acta Odontol [Internet]. 2015 jul [citado 27 ene 2019]; 12(1): [Aprox 9p]. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/actasodontologicas/article/download/917/912/>
39. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB, Díaz Milay J, Jiménez Quintana Z. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Ene 08]; 53(4): [Aprox. 11p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000400004&lng=es
40. García Heredia GL, Miranda-Tarragó J. Necesidades de aprendizajes relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 [citado 2017 abr 23]; 46(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400009
41. Mendoza Fernández M, Ordaz González AM, Abreu Noroña AC, Romero Pérez O, García Mena M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas. [Internet]. 2013 Jul-

- ago [Citado 15 abr 2019]; 17(4):24-32. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400004
42. Pérez Pérez O. Planificación estratégica en la prevención del cáncer bucal. [Internet]. 2017 [Citado 15 abr 2019]; 12(8). Disponible en: <http://www.odontomarketing.com/art80mar2003.htm>
43. Mora AMC, Montenegro VI, Pérez MT, Rodríguez HAL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2017 [Citado 15 abr 2019]; 17(3):240-3. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi06301.htm>
44. Ribeiro ED, Oliveira JA de, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. Pesqui Odontol Bras [Internet]. 2017 [Citado 15 abr 2019]; 16(3): 239-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300021>
45. Quirós Aluija Y, Miranda Naranjo M, Jiménez Uley L, Mejías Peralta M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta. Archivo Médico de Camagüey. Bras [Internet]. 2016 [Citado 15 abr 2019]; 10 (6). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117906008>
46. Konduru R, Newtonraj A, Arun S, Velavan A, Singh Z. Oral cancer awareness of the general public in coastal village areas of Tamilnadu, India: A population based cross sectional study. ijcmph. [Internet]. 2016 [citado 23 feb 2019]; 3(7): 1932-9. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20162068>
47. Tillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Cáncer oral y dentistas: conocimientos, actitudes y prácticas en Chile. Int J Odontostomat. [Internet]. 2016 [citado 23 feb 2019]; 10(3):521-9. Disponible en: doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300021>
48. Juárez RP, Chahin JR, Vizcaya MM, Arduña EI. Conocimientos, comportamientos, percepciones y actitudes concernientes a la salud oral entre pacientes diabéticos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2007 [citado 2017 abr 24]; 44(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200004

49. González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Abreu López M, Osorio Núñez M, Mena Madrazo DR. Conocimientos sobre factores de riesgo de salud bucal en adultos mayores de círculos de abuelos. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Internet]. 2012 [Citado 15 abr 2019]; 11 (4): 519-527. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180425056012>

Anexos

Anexo I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio yo _____, participo voluntariamente en el trabajo investigativo, el mismo es de vital importancia para su realización en aras de conocer mejor esta problemática en profundidad, para trazar acciones que en el futuro mejoren nuestra salud. Permitirá elevar nuestro nivel de conocimiento acerca del cáncer bucal, doy mi disposición a participar, permitiendo usar la información obtenida a través de la encuesta, con la completa seguridad que la información brindada por mí se mantendrá reservada.

Declaro que he sido informado(a) del objetivo del estudio con el cual se me aplicará un encuesta. Así mismo se me han explicado las ventajas que tendría al elevar el nivel de conocimiento de los participantes.

Autorizo que se utilice mi información siempre y cuando se mantenga sin revelar mi identidad. Se me ha explicado que puedo abandonar la investigación cuando lo desee sin necesidad de dar explicaciones. Conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento.

Fecha _____

Lugar _____

Nombre y apellidos _____

Firma _____

Anexo II. Encuesta.

1. Edad.

- a) ____ 60-64 años.
- b) ____ 65 y más.

2. Sexo.

- a) ____ Femenino.
- b) ____ Masculino.

3. Factores de riesgo presente en la población estudiada.

- a) ____ Ingestión de alcohol.
- b) ____ Hábito de fumar.
- c) ____ Mala higiene bucal
- d) ____ Sepsis bucal.
- e) ____ Alimentos calientes.
- f) ____ Prótesis desajustadas.
- g) ____ Bordes filosos.
- h) ____ Alimentos muy condimentados.
- i) ____ Exposición solar

4. ¿Conoce si los hábitos tóxicos constituyen factores de riesgo para la aparición del cáncer bucal?

- a) ____ Si ____ No

4.1. En el caso que responda que si marque con una (x) los hábitos tóxicos que conoce como perjudiciales.

- a) ____ Ron
- b) ____ Medicamentos

- c) ____Cigarro.
- d) ____Café caliente.
- e) ____ninguno de los anteriores.

5. ¿Conoce cómo mantener una adecuada higiene bucal?

- a) ____Cepíllate lentamente, con movimientos cortos, suaves y elípticos.
- b) ____Cepíllate 4 veces al día.
- c) ____Renueva el cepillo cada 3 meses.
- d) ____Use el hilo dental.
- e) ____Utilice colutorio.
- f) ____Acude al dentista dos veces al año.
- g) ____Realízate como mínimo una limpieza al año.
- h) ____Ninguno de los anteriores.

6. ¿Conoce usted los factores de protectores del cáncer bucal?

Si_____ No_____

6.1. En el caso que diga que si marque a continuación los que crea correcta.

- a) ____Dominio del auto examen bucal.
- b) ____Chequeo bucal periódico.
- c) ____Dieta rica en vitaminas y grasas.
- d) ____Dieta antioxidante.
- e) ____ Ninguno de los anteriores.

7. ¿Conoce usted los factores de riesgos del cáncer bucal?

Si_____ No_____

7.1. En el caso que diga que si marque a continuación los que crea correcta.

- b) ____Ingestión de alcohol.
- c) ____Hábito de fumar.
- d) ____Higiene bucal adecuada.
- e) ____Sepsis bucal.
- f) ____ Alimentos fríos.
- g) ____Prótesis desajustadas.
- h) ____Bordes filosos.
- i) ____Alimentos muy condimentados.
- j) ____Exposición solar

Anexo II-A. Clave de la encuesta.

Pregunta 4. Se considera adecuado si responde que si, inadecuado si responde que no.

Pregunta 4.1. Se considera adecuado si responde correctamente los incisos a, b, c, d, inadecuado si responde e.

Pregunta 5. Se considera adecuado si responde los incisos a, b, c, d, e, f, g, inadecuado si responde el inciso h.

Pregunta 6. Se considera adecuado si responde que si, inadecuado si responde que no.

Pregunta 6.1. Se considera adecuado si responde los incisos a, b, c, d, inadecuado si responde el inciso e.

Pregunta 7. Se considera adecuado si responde que si, inadecuado si re

Pregunta 7.1. Se considera adecuado si responde los incisos a, b, c, e, g, h, inadecuado si responde los incisos d, f.

ANEXO III. INTERVENCION EDUCATIVA

Título: Intervención educativa para favorecer el nivel de conocimientos sobre el cáncer bucal.

Total de horas: 6

Objetivo general: Capacitar a adultos mayores con factores de riesgo sobre el cáncer bucal.

PLAN TEMÁTICO Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

Temas	Título	Tiempo
I	Presentación de la intervención educativa.	1 hora
II	Definición del cáncer bucal.	1 hora
III	Hábitos tóxicos.	1 hora
IV	Higiene bucal.	1 hora
V	Factores protectores del cáncer bucal.	1 hora
VI	Conclusiones	1 hora

Sesión 1

Tema: Presentación de la intervención educativa.

Objetivo: Explicar la intervención educativa.

Desarrollo: Se inicia la sesión con la presentación del moderador y de cada uno de las participantes. Luego se les explicó a los adultos mayores en qué consiste dicha intervención, el tiempo de duración, los propósitos y lo que se pretende lograr al finalizar el mismo.

Responsable: Autora

Duración: 1 hora.

Sesión 2

Tema: Que es el cáncer bucal.

Objetivos: 1. Explicar el concepto de cáncer bucal.

Desarrollo: Para el desarrollo de esta sesión se sugiere aplicar una técnica participativa la cual consiste en dividir el grupo en 3 equipos. Se les entregarán un papel con una pregunta ¿conoce que es el cáncer bucal?, se les dio aproximadamente 10 min para que en equipo socializarán sus criterios y luego un representante expresará las consideraciones analizadas, así hasta que cada equipo exponga, esto le permitió a la autora introducir la definición sobre el cáncer bucal. Posteriormente se hará alusión a cómo se comporta a nivel mundial, en Cuba y en el área de salud. Se sugiere utilizar como medio de enseñanza un laminario relacionados con la temática a abordar. Se motiva a los participantes para la próxima actividad.

Responsable: Autora.

Duración: 1 hora.

Sesión 3

Tema: Hábitos tóxicos.

Objetivo: Proveer a los adultos mayores de conocimientos sobre los hábitos tóxicos.

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Luego se procede a realizar la actividad, durante la cual la autora informa a los participantes los aspectos relacionados con la temática. En la conferencia se abordarán las relaciones entre los hábitos tóxicos y el cáncer bucal.

Responsable: Autora.

Duración: 1 hora.

Sesión 4

Tema: Higiene bucal.

Objetivo: Proveer a las participantes de conocimientos sobre la importancia de la higiene bucal.

Desarrollo: Se efectuará una conferencia donde se abordarán elementos concretos sobre la importancia de la higiene bucal, tanto a corto como a largo plazo, se les brinda los elementos suficientes para incorporarlos en su quehacer diario, que hacen mal y que hacen bien, y se les enseña cómo cepillarse y la técnica. Se sugiere que algunos pacientes expongan al inicio de la actividad ejemplos de algunas vivencias sobre la importancia de la higiene bucal.

Responsable: Autora.

Duración: 1 hora.

Sesión 5

Tema: Factores protectores del cáncer bucal.

Objetivo: Proveer a las participantes de conocimientos sobre los factores protectores del cáncer bucal.

Desarrollo: Se efectuará una conferencia donde se abordarán elementos concretos sobre los factores protectores del cáncer bucal, se les detalló cada uno. Se motiva a los adultos mayores a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autora.

Duración: 1 hora.

Tema: Conclusiones.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la intervención educativa implementada.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas

Desarrollo: Se inicia la sesión con un breve recordatorio de todos los temas anteriores y se aplica la técnica “Lluvia de Ideas”, a través de la cual se recogerán las opiniones sobre la capacitación recibida, posteriormente se aplicó la encuesta confeccionada por la autora que recoge todos los temas abordados y por supuesto con la clave que se confeccionó nos permitirá hacer una valoración de la efectividad de la intervención propuesta.

Responsable: autora.

Duración: 1 hora.

Etapas evaluativa.

En la última sesión del curso se reúne el grupo y se procedió a evaluar los conocimientos. La evaluación se realizó de la misma forma que al inicio. Se les comunicó a todos los estudiantes de la investigación el agradecimiento por su participación e interés mostrado en cada una de las sesiones impartidas.