

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MARIANA GRAJALES CUELLO”
HOLGUÍN**



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNA
SELECCIONADA**

Calixto García. Octubre 2018 - junio 2020

Autora: Dra. Diana Leydis Peña Rodríguez

Tutor: Dr. Alexis A. Amador Velázquez

**Trabajo de Terminación para optar por el título de Especialista de Primer
Grado en Estomatología General Integral**

Holguín 2020

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “MARIANA GRAJALES CUELLO”
HOLGUÍN**

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNA
SELECCIONADA**

Calixto García. Octubre 2018 - junio 2020.

Autora: Dra. Diana Leydis Peña Rodríguez*

Tutor: Dr. Alexis A. Amador Velázquez **

*Residente de 2do año de EGI

**Especialista de Segundo Grado en Cirugía Máxilo Facial. Profesor auxiliar del Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín

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

Holguín 2020

Dedicatoria

Quisiera agradecer sobre todas las cosas a Dios, porque de Él viene todo lo que he podido lograr, Él hizo posible este proyecto.

Agradecimientos

A mi familia por ser la motivación y el motor que impulsa mi vida.

A mi madre más que a todo en este mundo por su dedicación y entrega.

A mi esposo por su amor incondicional, su apoyo y comprensión sin límites.

A mi tía Nelkis, mi segunda madre por siempre estar ahí para mí.

A las doctoras Anabel y Mileidy por su gran ayuda.

A Admila por las noches de desvelo y estudio a mi lado.

A mi tutor por compartir conmigo sus conocimientos.

A todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron al desarrollo de esta investigación.

Resumen

Se realizó un estudio cuasi experimental con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa para elevar el nivel conocimientos sobre las lesiones bucales premalignas y maligna seleccionada (carcinoma epidermoide) en el período comprendido entre octubre 2018 a junio 2020 en los pacientes de la Clínica René Guzmán, del municipio Calixto García. El universo estuvo constituido por 150 pacientes y la muestra quedó conformada de forma intencional por 60 pacientes mayores de 35 años, con lesiones premalignas y maligna seleccionada, que cumplieron los criterios de inclusión. Se utilizaron métodos teóricos y empíricos como la observación para el examen clínico de los pacientes y el cuestionario para determinar las necesidades de aprendizaje antes de la intervención y la evaluación de los conocimientos después de la misma. La aplicación de la intervención educativa demostró ser un instrumento práctico y eficaz para elevar el nivel de conocimientos de la población estudiada. Se recomienda generalizar su aplicación a otras áreas de salud y grupos poblacionales.

Palabras clave: conocimientos, actitudes, factores de riesgo, lesiones premalignas

Introducción

Desde épocas muy tempranas se ha motivado a la realización de diversos estudios acerca de las lesiones de la mucosa bucal, fundamentalmente de las premalignas y malignas, debido a su capacidad de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes las padecen. Por esta razón es importante destacar que las lesiones malignas constituyen un problema de salud que afecta a un grupo significativo de personas en todo el mundo.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define cáncer como un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores o neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.²

De esta forma se puede entender el cáncer bucal como una neoplasia maligna que se puede desarrollar en diferentes lugares de la cavidad bucal y es capaz de invadir y destruir tejidos, para luego diseminarse.³

La alta prevalencia de estas afecciones llama la atención y obliga a los profesionales involucrados a estudiar y proponer soluciones. La prevalencia informada de estas enfermedades de otros países como España, representa anualmente el 2.6 % de los casos y su mortalidad es de 1.5 por cada 100 mil habitantes.⁴ En algunas zonas geográficas (Sudeste Asiático, Francia, Australia e India) estos diagnósticos son más frecuentes debido al consumo de nuez de betel o de areca, mascar tabaco o fumar invertido.⁵ En Estados Unidos, por su parte, se informan anualmente 30 mil nuevos casos de cáncer orofaríngeo (3 de cada 100 personas).

Según la Organización Mundial de la Salud 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 mayores de 40 años. Expertos de esta organización delinean un panorama preocupante, y si sus pronósticos del Informe Mundial del Cáncer se cumplen, en 2020 serán diagnosticados 15 millones de nuevos casos.^{5,6}

El programa nacional de atención estomatológica cubano refiere, que dentro de los factores físico-químicos los más importantes son el tabaco y el alcohol, añade otros como las prótesis mal adaptadas, los bordes cortantes de obturaciones o dientes y alimentos muy calientes o muy condimentados.⁷ Docel y Cols⁸ hacen mención además, a la sepsis bucal, la dieta escasa en frutas y vegetales y la exposición excesiva a la radiación solar, coincidiendo con Batista y colaboradores⁹, quienes agregan, las radiaciones ionizantes cuando provienen de fuentes terapéuticas, y plantean que los principales factores de riesgo del cáncer bucal, están relacionados en su mayoría con hábitos y estilos de vida insanos. Bécquer y López¹⁰ incluyen los hábitos de morderse los labios o la lengua.

Santana¹¹ refiere que se deben precisar las características de la premalignidad, las cuales se clasifican en lesiones preneoplásicas y estados o condiciones preneoplásicas.

La lesión precancerosa es una alteración morfológica de la mucosa de la boca donde existen mayores posibilidades que ocurra un cáncer, las aceptadas universalmente, son la Leucoplasia de la mucosa bucal, Eritroplasia de la mucosa bucal y Paladar de fumador invertido.^{1,11}

La Leucoplasia es la lesión preneoplásica por excelencia, la más común de las potencialmente malignas; algunas son idiopáticas y otras están relacionadas con los hábitos como el abuso del alcohol y el tabaco. Entre ellas, la Eritroplasia es más peligrosa en su potencialidad de desarrollar un Carcinoma Epidermoide Bucal

(CEB), aunque su prevalencia sea mucho más baja. En ciertas partes del mundo se presenta otra lesión fuertemente queratinizada en el paladar y zona posterior de la lengua producto de fumar con la candela del cigarro dentro de la boca (fumador invertido). La conducta ante las lesiones preneoplásicas debe ser su total eliminación.^{1,11}

El cáncer de cabeza y cuello es el sexto cáncer humano más frecuente y es el cuarto tipo con más alta incidencia en el sexo masculino.¹² Según un estudio del 2016, el cáncer oral es un problema de salud mundial, con incidencia y tasas de mortalidad en aumento; se calcula que alrededor de 300.000 pacientes presentan anualmente cáncer bucal en todo el mundo; además, después de 5 años de padecerlo la supervivencia está entre un 40 y 50%, aunque varía dependiendo de la localización y el estadio en el que se diagnostique y se trate.¹³

El conocimiento sobre las diferentes lesiones que afectan a todos grupos poblacionales es de gran importancia pues permite profundizar en el problema y facilita la planificación de las actividades preventivas y el establecimiento de servicios médicos adecuados en beneficio de la población.

En ese sentido, el personal de estomatología tiene la responsabilidad de realizar exámenes estomatológicos de rutina mediante los cuales se determinen las necesidades de diagnóstico, intervención temprana y tratamiento oportuno de las diversas malignidades que afectan la cavidad oral de los pacientes, aunque resulta más eficaz definir una estrategia para evitar que se desarrolle basada en la promoción y prevención.¹⁴

El Estudio Multicéntrico de Cáncer Bucal en la población mayor de 15 años, en la Región de Salud de Panamá Oeste, se inició en el año 2016 y ha permitido obtener información científica, que sean insumo para elaborar políticas, planes y programas, para la detección temprana y el abordaje de este problema en el país.¹⁵

De acuerdo a los resultados del estudio, galardonado con un premio en el congreso de la Asociación Internacional de Investigación en Odontología (IADR), los tres países latinoamericanos con más carga de pérdida de salud debido al cáncer bucal en el 2017 fueron: Brasil, Uruguay y Honduras. Mientras que los tres con menos carga de la enfermedad fueron: Nicaragua, Chile, y México.¹⁵

En Cuba, el cáncer se ha ubicado como primera causa de muerte desde el año 2012 y son numerosos los trabajos que abordan el comportamiento del PDCB.^{16, 17,7} En los últimos años se han realizado estudios en Morón, Ciego de Ávila, Rodríguez y colaboradores,^{18,19} y Landrián Díaz y colaboradores^{20,21} entre otros en Camagüey, respecto al tema.

En Holguín se estudia la mortalidad por cáncer bucal desde el año 2002 hasta el 2011 por Verdecia y otros autores²² y concluyen que el municipio de Holguín es el que mayor número de casos aporta; Driggs Zayas y colaboradores²³, también realizaron una investigación referente al tema en el municipio de Moa.

Holguín se encuentra entre las nueve provincias, donde es superior el riesgo de morir por cáncer que, por otras causas, con una tasa bruta de 195.8 por 100 000 habitantes.

Luego de realizar un trabajo de Análisis de la Situación de Salud en el municipio Calixto García de la provincia de Holguín, se detectó gran cantidad de pacientes con lesiones bucales premalignas y malignas. Por la gran importancia de este tema, para mejorar la salud de los pacientes y su calidad de vida, motivó a la autora a realizar este trabajo, con el propósito de elevar el conocimientos sobre este tópico.

A pesar de existir en el municipio estudios descriptivos sobre el tema, no existen investigaciones en el área en las que se realice una intervención educativa que inculque en los pacientes, actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud.

Por todo lo antes referido, se plantea como **problema científico**:

¿Cómo influirá la intervención educativa en el nivel de conocimientos de los pacientes sobre lesiones premalignas y maligna seleccionada de la Clínica “René Guzmán” del municipio Calixto García en el período comprendido de octubre 2018-junio 2020?

Planteando como hipótesis que la aplicación de un programa educativo sobre lesiones premalignas y maligna seleccionada en los pacientes de la Clínica “René Guzmán”, será efectiva para elevar el nivel de conocimientos, prevención y tratamiento oportuno de estas lesiones bucales.

Esta investigación tiene como novedad científica el aporte de una herramienta para futuras investigaciones acerca del tema que pueda ser consultada por todos aquellos interesados, así como establecer una comparación en cuanto a los niveles de conocimiento sobre lesiones premalignas y malignas en los pacientes objeto de estudio en el municipio. Sería posible disminuir el índice de lesiones bucales, sirviendo para prevenir las mismas y con ello se lograría un considerable ahorro, pues disminuiría la necesidad de tratamientos a los pacientes que las presenten.

Objetivo

Evaluar la efectividad de la intervención educativa sobre lesiones bucales premalignas y malignas seleccionada en pacientes de la Clínica “René Guzmán” del municipio Calixto García en el período comprendido de octubre 2018-junio 2020.

Marco Teórico

El cáncer se menciona en documentos históricos muy antiguos, entre ellos papiros egipcios del año 1600 a.C. que hacen una descripción de la enfermedad. Se cree que el médico Hipócrates fue el primero en utilizar el término carcinos. El uso por Hipócrates del término “carcinos” (relativo al cangrejo) se debe a que relacionó el crecimiento anormal con el cuerpo del cangrejo. El término cáncer proviene de la palabra griega karkinoma equivalente al latino cáncer.¹³

Desde que en 1877 el húngaro Schwimmer describió las características de la “leukoplakia bucalis” esta es la definición más universal y sencilla. Con la sugerencia de Pindborg se agrega que no puede desprenderse por raspado y que su tamaño menor debe ser 5 mm.²⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1978 precisó el concepto de leucoplasia, dándole el número de codificación 702, como un parche o placa blanca que no puede ser caracterizada clínica o histopatológicamente como ninguna otra enfermedad.²⁵

En 1983, un grupo de expertos modificó esta definición de la OMS, excluyendo aquellas lesiones en las que no se pudiera determinar el agente causal que las originó, a excepción de la provocada por el tabaco.²⁷

En 1994, en el simposio internacional sobre lesiones bucales blancas, realizado en Uppsala, se concretaron la definición, la descripción y la clasificación de estas lesiones de la mucosa bucal. La leucoplasia queda caracterizada como una mancha predominantemente blanca que no se puede caracterizar como otra lesión bien definida.²⁷

El cáncer es el resultado de dos procesos sucesivos: la proliferación de un grupo de células, denominado tumor o neoplasia, y la capacidad invasiva que les permite

colonizar y proliferar en otros tejidos u órganos, proceso conocido como metástasis. La malignidad de este es variable, según la agresividad de sus células y demás características biológicas de cada tipo tumoral.²⁸

En general, el comportamiento de las células cancerosas se caracteriza por carecer del control reproductivo que requiere su función original, perdiendo sus características primitivas y adquiriendo otras que no les corresponden, como la capacidad de invadir de forma progresiva y por distintas vías a órganos próximos (metástasis), con crecimiento y división más allá de los límites normales del órgano, diseminándose por el organismo fundamentalmente a través del sistema linfático o el sistema circulatorio, y ocasionando el crecimiento de nuevos tumores en otras partes del cuerpo alejadas de la localización original.²⁹

Podemos definir una neoplasia como un tejido de neoformación incontrolado con grave trastorno del crecimiento y la diferenciación celular, que adquiere un desarrollo autónomo, fuera de las leyes del metabolismo y la morfotaxis normal, que es de carácter irreversible y progresivo y puede obedecer a múltiples causas capaces de producir mutaciones e importantes cambios genéticos, extra genéticos en la estructura celular al invadir y destruir tejidos sanos. A veces se diseminan a otras partes del organismo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático del cuerpo.³⁰

El cáncer de la cavidad oral es definido según Marinelo³¹ como un proceso neoformativo de origen policelular y locotisular que se caracteriza por desdiferenciación citológica, autonomía de la homeostasis local y general, propiedades de infiltración con citólisis del tejido normal vecino y capacidad de metástasis a otras regiones del organismo.

Estado de precáncer

Las lesiones precancerosas o preneoplásicas, son alteraciones morfológicas de la mucosa de la boca, donde existen mayores posibilidades de que ocurra un cáncer

que en su contrapartida normal, las cuales poseen diversos aspectos clínicos que se engloban en los llamados trastornos potencialmente malignos, que pueden incrementar el riesgo de padecer cáncer oral.^{32,11}

Dentro de las lesiones premalignas según la OMS, en el congreso de Malmo, Suiza en 1983 se encuentran:³³

1. Leucoplasia de la mucosa bucal (LMB).
2. Eritroplasia de la mucosa bucal (EMB).
3. Paladar de fumador invertido (PFI).

Para algunos autores el liquen plano erosivo es también una lesión premaligna. Para otros la queilitis actínica en el caso del labio también es una lesión premaligna.^{34,35}

Santana¹¹ refiere que definir este agrupamiento, al igual que ofrecer la definición de algunas de las lesiones a considerar, no es tarea fácil, por tratarse de entidades patológicas muy conocidas en su marcha evolutiva y en sus características clínicas, pero poco precisadas en su identificación nosológica.

Leucoplasia:

La Leucoplasia, con el decursar de los años, ha sido objeto de diversas conceptualizaciones:

OMS (1992): Lesión predominantemente blanca de la mucosa bucal que no puede ser clasificada como otra lesión definible.³⁶

OMS (1996): Lesión blanquecina que no se despega con la fricción y que no se asocia en su etiología a ningún proceso patológico conocido.³⁷

Según Santana¹¹ es una mancha o parche blanco que no puede ser caracterizado ni clínica ni histológicamente con otra entidad ni asociarse en su etiología a agente físico, químico o mecánico, excepto el tabaco.

Epidemiología

Se manifiesta generalmente en individuos entre los 40 a 60 años con un promedio de 58 años de edad. Afecta a ambos sexos, pero hay una preferencia por los hombres de un 75%. Puede estar localizada en cualquier sitio de la mucosa bucal: el 32% se desarrollan en la mucosa del labio; el 29% en la mucosa del carrillo y comisura; el resto se distribuye decrecientemente en suelo de boca, paladar duro y encía, lengua, encía inferior y paladar blando; englobando el 90% de todas las leucoplasias orales mancha blanquecina o blanco grisáceo o blanco amarillenta, de superficie lisa, agrietada o rugosa, con tendencia a situarse profundamente en las superficies epiteliales, con sus bordes bien limitados o poco mancha blanquecina o blanco grisáceo o blanco amarillenta, de superficie lisa, agrietada o rugosa, con tendencia a situarse profundamente en las superficies epiteliales, con sus bordes bien limitados o poco precisos.^{38,11}

Dentro de los factores de riesgo encontramos el consumo de tabaco (95% fumadores) y alcohol, la radiación (UV), deficiencias vitamínicas, galvanismo, acción de microorganismos, trauma o irritación local.³⁹

Se pueden clasificar clínicamente en:

1. Homogénea: predominantemente blanca uniformemente plana, de fina apariencia que puede presentar grietas o hendiduras poco profundas y consistencia no indurada. El paciente a lo sumo suele referir rugosidad descubrimiento casual, por tanto, sus subclasificaciones son:

- Plana
- Corrugada
- Pomosa

2. No homogénea: predominantemente blanca o roja (eritroleucoplasia) de superficie irregular, nodular o exofítica, con escozor y ardor. Sus subclasificaciones son:

- Verrucosa
- Nodular

- Ulcerada
- Eritroleucoplasia (erosiva)

Se clasifican topográficamente en:

1. Alto riesgo: se localizan en suelo de boca, cara ventral y borde de la lengua móvil, en el paladar blando. En estas zonas el epitelio es más propenso a la degeneración maligna debido a su estructura más fina y su poca capacidad de responder con mecanismos adaptativos como la hiperqueratosis, a las irritaciones del medio.

2. Bajo riesgo: el resto de la cavidad bucal.

Según Santana¹¹, la leucoplasia se clasifica en:

Grado I: Queratosis difusa.

Grado II: Queratosis focal.

Grado III: Leucoplasia

Grado IV: Leucoplasia maculosa.

Histología

1. Hiperqueratosis: Es el aumento del grosor de la capa córnea del epitelio o la presencia de capa córnea donde normalmente no existe. Puede ser un fenómeno normal en algunos sitios de la boca expuestos al roce, en otros sitios se considera un mecanismo de adaptación celular a una irritación de la mucosa.

2. Paraqueratosis: Normalmente no existen núcleos en las capas superficiales del epitelio. La presencia de los mismos es signo de alteración de la secuencia normal de maduración del queratinocito y a esto se le llama paraqueratosis.

3. Acantosis: No es más que el engrosamiento del estrato espinocelular del epitelio.

4. Displasia: Ya se observan alteraciones en el desarrollo de las células, donde existe en grado variable atipia celular, hiperchromatismo, pleomorfismo nuclear y celular y alteraciones en la secuencia normal de maduración del epitelio.^{40,11}

Diagnóstico Definitivo:

Eliminación de factores etiológicos y si persiste examen histopatológico.⁴¹

Especial atención merece la leucoplasia verrucosa proliferativa o maculosa, que se ha definido como una lesión predominantemente blanca exofítica, verrucosa, persistente, multifocal, clínicamente agresiva, resistente al tratamiento, y con gran potencial de malignización. Se caracteriza por la presencia de placas o nódulos blanquecinos que alternan con zonas fuertemente eritematosas o exulceradas; más del 65% de los afectados corresponden al sexo masculino. Se desconoce la causa de este tipo de leucoplasias, aunque esta forma clínica es la más asociada al virus del papiloma humano. En muchas ocasiones es clínicamente indistinguible de un carcinoma verrucoso.^{42,11}

Tratamiento:

El tratamiento de la leucoplasia tiene tres niveles de actuación:

1. Modificación de hábitos del paciente: eliminar factores de riesgo como superficies dentarias rugosas, prótesis mal ajustadas y hábitos nocivos.
2. Tratamiento médico: si existe sospecha de una infección por *Candida albicans* tratamiento antimicótico tópico con nistatina o miconazol durante 15 días, si persiste, fluconazol u otro derivado azólico por vía oral durante 15 días más.

Tratamiento tópico: ácido retinoico (13 cis-retinoico o etretionato) y la bleomicina. El ácido retinoico debe aplicarse en orabase al 0,1% de 3-4 veces al día. El sulfato de bleomicina se pauta al 1% en dimetilsulfóxido aplicación con torundas de algodón 5 minutos en contacto una vez al día, durante 2 semanas.

Tratamiento sistémico: vía oral la vitamina A (25000u), o sus derivados, (100.000-300.000 U/día) pero tiene inconvenientes: dosis elevadas para tener eficacia, efectos secundarios y alto potencial carcinogénico y la vitamina E. (100.000 U/día), ambas durante 30 días.

El ácido 13 cis-retinoico (isotretinoína) dosis inicial 0.2 mg/kg/día durante 3 meses. Posteriormente se incrementa con 0.2 mg/kg/día adicionales en 3 ciclos sucesivos. No se debe superar la cantidad de 0.8 mg/kg/día si se administra durante largos períodos de tiempo. Debido a su teratogenicidad, se recomienda utilizar una anticoncepción eficaz durante el tratamiento y al menos un mes después de suspender el tratamiento con isotretinoína.

El etretinato se emplea pautado de 1-1.5 mg/kg/día en 3 tomas, durante 3-4 meses. Es hepatotóxico y provoca prurito, sequedad de mucosas y alopecia. A dosis de 30 mg/día durante 3-6 meses se han obtenido buenos resultados, observándose mejorías en el 70% de los casos.

La fenretinida (4-HPR), otro retinoide sintético, se ha utilizado como quimioprevención asociada al tratamiento quirúrgico. A dosis de 200 mg/4 veces al día es eficaz en la prevención de recidivas y de nuevas lesiones. La vitamina E se ha empleado a dosis de 800 U/día en períodos extensos (de 6-24 meses), si bien, sólo se han apreciado mejorías en menos de la mitad de los pacientes del estudio.

3. Tratamiento quirúrgico: en las leucoplasias con displasia la cirugía con control de los márgenes es la indicada. El láser de CO₂, la crioterapia.

4. Evaluación y seguimiento: Si la forma de leucoplasia no es displásica, la reevaluación clínica debe hacerse cada 6 meses.¹¹ En las leucoplasia con displasia la revisión se llevará a cabo cada 2-3 meses. Si se producen cambios clínicos que incrementen la gravedad de la lesión o si persisten hábitos nocivos en el paciente, durante este período de seguimiento deben practicarse controles histopatológicos periódicos.⁴³

Es importante destacar que el tiempo para la regresión de las lesiones tras la eliminación de factores locales puede ser de varias semanas a meses. Cuando no hay signos de regresión en un periodo de 2 a 4 semanas de haber eliminado los

factores locales se debe tomar biopsia. Si se encuentra carcinoma in situ o invasivo en una biopsia de leucoplasia oral el diagnóstico definitivo de leucoplasia debe ser sustituido por el diagnóstico definitivo de cáncer.⁴⁴

Eritroplasia:

La Eritroplasia de la mucosa bucal (EMB) es una mancha roja de bordes irregulares y limitados que puede aparecer en cualquier sitio de esta región.¹¹ Según la OMS, al igual que la leucoplasia, su definición por exclusión es: mancha roja que no corresponde ni clínica ni histopatológicamente a una entidad local o general definida.^{25,33}

Etiología

La EMB es una lesión preneoplásica relacionada con los procesos de crecimiento y multiplicación celular y, como tal, en sentido estricto su causa es desconocida. En su desarrollo pueden influenciar factores como la sepsis y los traumas y es notoria la acción inflamatoria añadida de la *Candida Albicans* que agrava su evolución, además del consumo de tabaco y de la nuez de areca.^{45,11}

Características Clínicas

Se caracteriza por una lesión asintomática de apariencia inocua de color rojo, de aspecto inflamatorio, en una mucosa generalmente atrófica y que puede o no acompañarse de un componente leucoplásico, constituye la fase más precoz del carcinoma de la boca y orofaringe en el mundo industrializado particularmente en fumadores y bebedores.⁴⁶ El carácter eritroplásico de la lesión parece estar relacionado a una proliferación vascular submucosa inducida por el tumor y a una reacción inflamatoria del huésped llamada también barrera inflamatoria reactiva. Esto no es más que el reflejo de la angiogénesis tumoral y la reacción inmunológica antitumoral. Una infección micótica oportunista puede ocasionar ardentía, puede presentarse como una mancha aterciopelada de superficie plana y homogénea, con una superficie granular, o con una superficie sembrada de lesiones blancas o leucoplásicas de aspecto moteado.⁴⁷

Clínicamente se clasifica en:

1. Forma lisa atrófica: lesión de superficie eritematosa difusa, poco definida, con poca o ninguna queratosis, que asienta en una mucosa atrófica. Puede cambiar de un día a otro, de acuerdo con el grado de inflamación que la acompaña.
2. Forma granular: lesión roja aterciopelada, con áreas intercaladas de mucosa normal o queratósica, de superficie granular, fácilmente sangrante.¹¹

Histología

Carcinoma Microinvasivo e invasivo en el 50-72% de los casos.

Carcinoma Insitu en el 28-40% de los casos.

Displasia leve 9%.

Otros autores reportan presencia de displasia del epitelio en sus diferentes grados.

Diagnóstico Diferencial:

- Candidiasis.
- Liquen Plano.
- Traumatismo Mecánico, químico, térmico etc.

Cabe destacar que la Tinción “in vivo” con Azul de Toluidina tiñe fuertemente las lesiones malignas y no la mucosa normal, y constituye una herramienta para el diagnóstico de lesiones imperceptibles o dudosas. Muchas lesiones que no son detectadas al examen físico son detectadas con un enjuague con azul de Toluidina. Muchos autores recomiendan esta prueba como rutina en el examen de cabeza y cuello.⁴⁸

Tratamiento

Por la posibilidad de ser una reacción inflamatoria, una estomatitis subprótesis, se indica tratamiento y seguimiento a los 15 días, después de lo cual si no ha regresado debe realizarse una biopsia (se remite por PDCB al Cirugía Máxilofacial).¹¹

Tabaquismo invertido:

Es aquel empleado por un fumador crónico, que ejecuta el hábito introduciendo el extremo distal del cigarrillo dentro de la boca, donde se realiza la combustión sostenido por los labios y algunas veces por los dientes.¹¹ El humo que se origina contiene gases y partículas, incluye un sin número de componentes tóxicos capaces de provocar daños como inflamación e irritación, sofocación y carcinogénesis; este método de tabaquismo ocasiona lesiones iniciales reactivas en cavidad bucal como un leucoedema, pasando por una leucoplasia hasta el desarrollo de un verdadero carcinoma.^{49,50}

Tratamiento

Otra opción de tratamiento no invasivo para las lesiones premalignas, es la llamada Terapia Fotodinámica (TFD), que, en comparación con la radioterapia y la quimioterapia, es más segura ya que las sustancias que se utilizan tienen preferencia, en acumulación, por las células tumorales preservando los tejidos sanos de alrededor, disminuyendo los efectos secundarios y el coste. Esta terapia se usa con frecuencia en EEUU, Canadá y algunos países de Europa, pero en otros, como Brasil, está aún en experimentación.⁵¹

Según el meta análisis llevado a cabo por Biel, la TFD presenta unos resultados muy prometedores, pero aún se necesitan más estudios para corroborar esta efectividad.⁵²

Carcinoma Epidermoide

El carcinoma espinocelular, escamoso o epidermoide (CE) es la neoplasia maligna de mayor incidencia en la boca, más de 95%.¹¹

El carcinoma de células escamosas

El carcinoma de células escamosas de cavidad oral es una neoplasia proveniente de los tejidos epiteliales que se inicia como una displasia epitelial, la cual prolifera y adquiere características malignas, y destruye el tejido conjuntivo subyacente.⁵³

Epidemiología

Afecta principalmente a personas mayores de 40 años (edad promedio 65), y tiene mayor incidencia en hombres (57.9 %) que mujeres (42.1 %). El pronóstico del carcinoma de células escamosas es pobre; a pesar de los avances en las terapias quirúrgicas y no quirúrgicas, cerca del 50 % de los pacientes muere dentro de un período de 5 años después de ser diagnosticados.¹¹ El carcinoma oral de células escamosas es el tumor maligno más frecuente que nos podemos encontrar en la cavidad oral, con una frecuencia del 90%.⁵³

Histogénesis del Carcinoma Epidermoide Bucal: Se origina de la célula epitelial de revestimiento de la mucosa oral.

Formas Macroscópicas: Puede ser vegetante, infiltrante o mixto. También puede presentarse en forma nodular submucosa.

Formas Microscópicas: Carcinomas Epidermoide en sus diferentes grados de diferenciación, predominando los bien y moderadamente diferenciados. También se ven frecuentemente formas especiales como el Carcinoma Verrugoso.¹¹

Diagnóstico

Genéticamente, no hay ningún marcador fiable para detectar el cáncer oral por ahora. Clínicamente, en los estadios primarios las lesiones pueden ser asintomáticas y suelen ser pasadas por alto si el examen de la cavidad oral no es adecuado.^{7,10} Pero en otras ocasiones, o en estadios más avanzados nos podemos encontrar síntomas como sangrado bucal, pérdida de piezas dentarias, dificultad o dolor al deglutir, dificultad para llevar dentaduras, bultos en el cuello, úlcera que no cura, aparición de placas o lesiones de color blanco (leucoplasia) o rojo (eritroplasia), o una mezcla de lesión blanca y roja (eritroleucoplasia). Sospecharemos que una lesión pueda ser cáncer si persiste más de 3 semanas en boca. El estudio histopatológico mediante una biopsia representativa del tejido permite el diagnóstico de esta enfermedad. Aun cuando todos los carcinomas

tienen alguna capacidad de metastatizar, hay una gran diversidad en el potencial metastásico de los diversos carcinomas de células planas.⁵⁴

Tratamiento

Las opciones de tratamiento para los carcinomas orales, son variables y dependen de varios factores como del tamaño y localización del tumor primario, del estado de los ganglios linfáticos, presencia o ausencia de metástasis a distancia, o incluso, de los deseos del propio paciente y de la capacidad que tenga para tolerar el tratamiento. Para ello usaremos el sistema de estadiaje TNM, que ayudará a la hora de establecer un correcto diagnóstico y, a su vez, el tratamiento adecuado. El gold standard para el cáncer oral es la cirugía y la radioterapia, pero si la lesión está muy avanzada, el tratamiento más efectivo, por ahora, es la combinación de radioterapia con quimioterapia, además de la cirugía.^{11,55}

Cuando un paciente presenta un carcinoma oral la supervivencia en los estadios tempranos es del 80% mientras que en los avanzados es de 35%. Para el tratamiento de este tipo de cáncer se debe intentar preservar la máxima estructura sana posible. La radioterapia juega un papel muy importante en el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, tal es así que los nuevos casos de cáncer van a necesitar la radioterapia como tratamiento inicial, como coadyuvante a la cirugía, o combinado con quimioterapia. Normalmente, las dosis de radiación en un paciente con cáncer de cabeza y cuello llegan hasta 50-70 Gy, en un periodo de 5 a 7 semanas, una vez al día, 5 días a la semana. Una de las nuevas técnicas es añadir cisplatino en el tratamiento de la radioterapia para ver si puede mejorar los resultados en el tratamiento, no obstante, en el estudio presentado por S. Cooper,⁵⁶ y tras analizar a 459 pacientes de los cuales 231 fueron asignados al azar para recibir radioterapia y 228 pacientes radioterapia además de cisplatino, llegó a la conclusión de que la radioterapia y la quimioterapia mejoran significativamente el control locorregional, además de aumentar la supervivencia. Sin embargo, el tratamiento combinado de radioterapia y cisplatino no hace más

que aumentar los efectos adversos haciendo que 4 pacientes del presente estudio fallecieran por ello.

En varios estudios^{57,58} que comparan tanto la cirugía como la radioterapia, se ha observado que la supervivencia depende del estadio en el que se encuentra la enfermedad cuando se diagnostica. Pero la radioterapia tiene también complicaciones graves que afectan a estructuras orales como glándulas salivales, hueso, dentición y mucosa oral, entre otros, provocando en el paciente consecuencias clínicas como mucositis, xerostomía, osteorradionecrosis y caries por radiación.

Por ello hay un nuevo método terapéutico como es el de la braquiterapia, tipo de radiación interna local, que se encuentra en contacto con la masa tumoral a través de unos adaptadores, como agujas o tubos, que son cómodos y no producen daño. Es una técnica poco lesiva ya que ofrece una radiación menor que la radioterapia externa, además de evitar que la radiación no llegue a los tejidos vecinos sanos gracias a un protector de acrílico de 2mm de plomo. Pero no en todos los casos se puede usar esta terapia, y es que cuando el hueso está afectado, o haya pérdida importante de tejido o necesite una gran escisión quirúrgica, está totalmente contraindicado utilizar esta técnica.⁵⁹

El tipo de cirugía dependerá de si los nódulos cervicales están afectados o no. Si no lo están, nos bastará con extirpar toda la lesión con márgenes de seguridad, además de los ganglios cervicales. Si, por el contrario, éstos si están afectados procederemos a realizar una cirugía radical estándar, extirpando el músculo ECM, milohioideo, nervio IX, glándula submaxilar, venas yugulares, sistema linfático cervical y polo inferior de parótida e incluso estructuras óseas vecinas si el tumor es muy grande. El tratamiento para el cáncer oral compromete sobre todo la función del habla, llevando a una reducida inteligibilidad. Cuanto más grande es el tumor, más comprometido estará el habla.¹¹

Factores de riesgo:

Considerando que constituye 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; diversos autores^{61,64} consideran como factores de riesgo asociados al desarrollo de las lesiones premalignas y malignas:

1. Muy alto riesgo: tabaquismo y alcoholismo, además de factores locales tales como: prótesis defectuosas y fracturas dentarias.
2. Mediano riesgo: Fibrosis submucosa, Lliquen Plano, Nevus y Papilomatosis bucal florida.
3. Bajo riesgo: Queilitis actínica, Queilitis descamativa, Lupus eritematoso discoide crónico, Glositis Sifilítica, Neoplasias benignas, Paladar del fumador, VHS, VPH.
4. Factores predisponentes: Anemia sideropénica, Deficiencias inmunológicas, Candidiasis, Hipoavitaminosis.

Estos autores coinciden al señalar que las lesiones premalignas, constituyen a su vez, factor de alto riesgo de las lesiones malignas.

Factores genéticos:

La carcinogénesis bucal es un proceso en múltiples etapas que comienza como hiperplasia epitelial, progresa a displasia y culmina en un fenotipo maligno, habitualmente precedido por cambios visibles en la mucosa bucal.⁶⁵ Los genes implicados en la carcinogénesis son los oncogenes y los genes supresores tumorales, y se produce a través de mecanismos básicos como la sobreexpresión de oncogenes y el silenciamiento de genes supresores tumorales.⁶⁶ La compleja interacción entre los genes y los factores ambientales, dificulta el estudio preciso de estos factores, por lo que existen aspectos controversiales y polémicos que requieren aclaración en investigaciones posteriores.⁶⁷

Los oncogenes son alelos hiperactivos o desregulados de genes promotores del crecimiento normal, que actúan como aceleradores de la proliferación celular y

que muestran una activación anómala en el cáncer. Por su parte, los genes de supresión tumoral en condiciones normales son señales negativas de la proliferación celular, que actúan a través de la regulación del ciclo celular, la apoptosis, la adhesión celular y la reparación del ácido desoxirribonucleico o ADN y se encuentran habitualmente desactivados en los tumores malignos. Cuando se inactivan los genes de supresión tumoral, también pueden aparecer mutaciones somáticas en genes diana como los oncogenes, con la aparición del cáncer.⁶⁷

La inestabilidad genética tiene un papel significativo de la etiología del cáncer bucal, especialmente en no fumadores ni bebedores y en adultos jóvenes, aunque se deben aclarar los mecanismos. Las variaciones individuales en la susceptibilidad al carcinoma de células escamosas bucal se atribuyen a complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales, aunque los mecanismos convergen en procesos inflamatorios, que se relacionan con alteraciones de la expresión de oncogenes y genes supresores tumorales.⁶⁵

Tabaquismo:

Es importante destacar el papel tabaquismo como factor de alto riesgo a padecer lesiones premalignas y malignas en la cavidad oral, debido a que en un fumador el riesgo a padecerlas es 6 veces superior al de un no fumador. El humo del cigarrillo entra al organismo por la boca y sale por ésta y por la nariz; esta circulación del humo es una microagresión continua que afecta los dientes, cavidad oral, faringe, laringe, senos para nasales y parte superior del esófago, además de bronquios y pulmones.⁶⁸ Entre los principales componentes del tabaco se encuentran: N-nitrosamina, N-nitrosornicoína y 4 (Metilnitrosamina)-1-(3-Piridil)-1-Butanona, los cuales constituyen los elementos más importantes en la génesis de procesos premalignos y malignos en la cavidad bucal.⁶⁹

El consumo sostenido de cigarrillos produce cáncer por el monóxido de carbono que tiene este producto, el cual aumenta la metoxihemoglobina, disminuyendo la capacidad celular de regeneración, que generalmente concluye en procesos

neoplásicos. Hay otros productos que se utilizan para adicionar sabor y olor al cigarrillo que al quemarse generan Benzopirenos (alrededor de 4000) y todos son cancerígenos. Además, el papel del cigarrillo está compuesto de celulosa y disoluto de potasio, los cuales también son cancerígenos.⁶⁸

Todos los productos del tabaco (los cigarrillos, los puros, el tabaco de pipa, el tabaco de mascar y el rapé) contienen productos tóxicos, carcinógenos y nicotina.⁶⁸

Estudios realizados por Squier y colaboradores,⁷⁰ cuyo objetivo fue determinar si el mentol incluye en la penetración de los carcinógenos del tabaco, indican que existe un incremento en la posibilidad de desarrollar un padecimiento carcinogénico en los usuarios de tabaco con sabor a mentol.

Alcoholismo:

En lo que refiere al consumo de alcohol, aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico y, además, sus efectos perjudiciales se potencian cuando se consumen simultáneamente. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere con la síntesis y reparación del ADN.^{53,56}

Un estudio de Kocaelli y otros⁷¹ encontró mayores concentraciones de acetaldehído en la saliva de pacientes con cáncer bucal y en personas con una mala salud dental, lo que sugiere un posible nexo entre el incremento de la síntesis de este compuesto y este cáncer.

La mala higiene bucal favorece la fermentación bacteriana de los glúcidos y mayores concentraciones de etanol en la saliva, lo que incrementa el riesgo de cáncer bucal de las personas que consumen bebidas alcohólicas con regularidad.

Factores nutricionales:

Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición del cáncer de la cavidad bucal. La condición nutricional más importante asociada al cáncer bucal es la anemia ferropénica. En el déficit de hierro se encuentra una atrofia de la mucosa, que asociada a otros factores de riesgo puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la capacidad de reparación del epitelio.

El papel de la vitamina A es controlar la diferenciación celular y su deficiencia nutricional desencadena alteraciones celulares similares a las inducidas por carcinógenos químicos, aunque se requieren estudios concluyentes. La vitamina E incrementa la inmunidad, controla los trastornos asociados a los radicales libres, mantiene la integridad de las membranas e inhibe el crecimiento de las células cancerosas, aunque se requieren más estudios. Un solo estudio en Estados Unidos⁷² encontró una asociación inversa entre la ingesta de frutas y vegetales y la incidencia a los 5 años de cáncer de cabeza y cuello. En Chile⁷³ se demostró que el consumo durante 8 años de abundantes vegetales, frutas, cereales, aceite de oliva, vino y baja ingesta de carne y productos lácteos, protege contra el cáncer bucal y faríngeo cuando se comparaba con quienes consumían menos componentes de esta dieta mediterránea. Esto sugiere que la deficiencia dietética de antioxidantes es un factor predisponente al cáncer bucal, aunque se requieren ensayos clínicos que exploren la efectividad del suplemento dietético en la reducción de este riesgo.

Factores ambientales:

Los factores ambientales como las radiaciones ionizantes de fuentes naturales o terapéuticas o accidentes nucleares contribuyen al riesgo de cáncer, aunque

existen pocos datos sobre las lesiones premalignas y malignas de la cavidad oral. La mayoría de los carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y, dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico.¹¹

Los metales pesados como el cromo, el níquel y el arsénico son carcinógenos para los humanos. El cromo y el níquel son contaminantes industriales y ambientales. El cromo es un potente inductor del crecimiento de tumores de la cavidad bucal en modelos animales y de células transformadas en cultivos celulares. Se ha encontrado asociación entre el contenido de metales pesados en el suelo y la mortalidad por cáncer bucal. Las diferencias en las tasas de incidencia de cánceres bucales en diferentes regiones geográficas pudieran relacionarse con factores de carácter ambiental.⁹

Factores bacterianos, micóticos y virales

Las infecciones bacterianas, micóticas y virales se vinculan al surgimiento y desarrollo de los cánceres bucales por diferentes mecanismos, no del todo esclarecidos. Las bacterias participan en la carcinogénesis bucal mediante la inducción de inflamación crónica y además, las toxinas bacterianas provocan alteraciones en los procesos celulares que se asocian con la carcinogénesis.⁷⁴

En pacientes con cáncer bucal y tratamiento se han aislado de las lesiones bacterias como *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumonia*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris* y los hongos *Candida albicans* y *Aspergillus fumigatus*, pero no se ha demostrado si la eliminación de estas bacterias reduce la incidencia de cáncer. El papel de la candidiasis (provocada por la *Candida albicans*, levadura más frecuente de la cavidad bucal) en la carcinogénesis bucal, está sometido a intenso debate científico por la posible implicación de otros factores como estados de inmunodepresión, el hábito de fumar y el alcoholismo que favorecen la infección micótica y a su vez, constituyen también factores de riesgo de este tipo de cáncer.⁷⁴

En relación con las infecciones virales, se ha detectado ADN del virus del papiloma humano (VPH) hasta en el 30-50% de los casos de cáncer bucal, por lo que se cree que esta infección es un evento oncogénico precoz. Además, estudios serológicos han confirmado que VPH-16 es un factor de riesgo para estas enfermedades, las cuales, junto a sus factores de riesgos asociados, se están investigando intensamente a nivel mundial, con muchos aspectos polémicos y controversiales que requerirán aclaración en investigaciones futuras.¹¹

Prevalencia:

La información de los últimos años sobre la distribución por estadíos clínicos al momento del diagnóstico, refiere que alrededor del 30% de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal no fueron estudiados. La distribución de las etapas I y II fue de 58% y de las etapas III y IV alrededor del 42%. En los últimos años se ha observado un incremento sucesivo de las etapas III y IV a expensas de una disminución de los diagnósticos en etapas tempranas (I y II). El riesgo de padecer cáncer oral aumenta con la edad, en especial en pacientes de 50 años en adelante. En Cuba, en el año 2016 la tasa bruta de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe es de 6.7 por 100 000 habitantes.⁷⁵

De acuerdo al Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, IARC por sus siglas en inglés, en el 2018 un total de 9.6 millones de muertes en el mundo fueron atribuidas a este padecimiento.³⁵

En Cuba, según datos del Registro Nacional de Cáncer (RNC) y la Clasificación Internacional de Enfermedades se encuentra entre los 10 cánceres más comunes en el hombre, constituyendo el 4% de todos los cánceres anualmente.²⁶

La tasa de incidencia se encuentra entre 7.8 y 11.3 por cada 100 000 hombres y entre 2.9 y 4.7 por cada 100 000 mujeres. Hay una razón de tres hombres por mujer. Las tasas de mortalidad oscilan entre 3.8 y 5.2 en hombres y entre 1.6 y 2.1 por cada 100 000 mujeres. La tasa de supervivencia observada a cinco años se

estima en alrededor de 41.6%. La localización más frecuente es la lengua. La localización en el labio tiene las más altas tasas de supervivencia y la lengua las más bajas. En la mujer la tasa es de 6.7 por 100 000 habitantes.¹⁶

Pronóstico

El diagnóstico temprano sigue siendo el factor pronóstico más importante, de tal modo que en los tumores menores de 1cm el índice de curación es del 100%. Por el contrario, la aparición de metástasis en los ganglios linfáticos cervicales representa un dato fundamental de mal pronóstico. En estadios tempranos el cáncer bucal localizado es a menudo asintomático. Su detección temprana produce una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementa la curación y supervivencia. Los pacientes de cáncer oral tienen muchas posibilidades de padecer otro cáncer, que puede darse de 5 a 10 años desde el primero.^{7,76}

Prevención

El control de los factores de riesgo tras ser tratados de cáncer oral, es de vital importancia, ya que se ha visto que aquellos pacientes que continúan fumando después del tratamiento, tienen de dos a seis veces más posibilidades de desarrollar un segundo tumor en el tracto aerodigestivo, que aquellos que cesan el hábito. Los problemas en la calidad de vida son especialmente importantes en este grupo de pacientes, ya que pueden desembocar en una depresión o en un déficit nutricional.^{69,72}

Abordar el tema del cáncer bucal en Cuba, cómo se desarrolla el programa de detección del cáncer bucal (PDCB), desde el punto de la ciencia la tecnología y la sociedad es de vital importancia en la actualidad. El Estado y gobierno cubano, a través de su Ley 41, garantiza la salud a toda la población, teniendo como premisa que la “salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado”, y es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un Sistema de Salud, que tiene como

características el ser único, integral y regionalizado. Como parte indisoluble del Sistema Nacional de Salud (SNS) y de su visión se encuentra la atención estomatológica, la cual ha alcanzado metas de salud bucal comparables a los países más desarrollados.^{5, 7, 12, 17}

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral tiene como finalidad, agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos, dirigidas a mantener al hombre sano. Este programa garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la ejecución de las acciones de salud bucal y tiene como propósito incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando todos los elementos del sistema y la comunidad, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, calidad y satisfacción de la población, en correspondencia con las necesidades de salud de la población.⁷

Cuba no ha escapado a la tendencia creciente de mortalidad por cáncer bucal; mientras no se encuentre la estrategia más correcta, prevenir es la elección. Debido a los cambios demográficos actuales, se pronosticó que alrededor de 1 200 millones de ancianos existirán en el año 2025.¹ El incremento de las personas de la tercera edad explica el incremento en las tasas de incidencia del cáncer bucal, aunque en los estudios más recientes, se observan casos en adultos jóvenes.

La provincia Holguín, mantiene el cáncer bucal entre las primeras ocho localizaciones. Al comparar la tasa de mortalidad de esta enfermedad en la provincia con la tasa del país^{16, 19, 22, 23} supera en tres personas el número de fallecidos por esta causa y es la única enfermedad bucodental que incide en la mortalidad.

Es por ello que se hace urgente y necesario la implementación de medidas y estrategias que logren influir y modificar comportamientos en los pacientes para lograr mayor calidad de vida y disminuir morbilidad y mortalidad por estas causas.

La planificación y puesta en práctica de programas de intervención educativa cobra significativa importancia en cuestiones de evaluar y elevar niveles de conocimientos en los pacientes con respecto a temas de salud desde la perspectiva interconductual. Este tipo de programas reviste una validez extraordinaria pues es capaz de entrenar en el manejo de algunas técnicas conductuales y tiene un efecto positivo en los pacientes.

El Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales ha reportado que la información, la motivación y las habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio de comportamiento. Desde este modelo se afirma que la información es un prerrequisito pero que por sí sola no es suficiente para alterar la conducta. Sin embargo, la información y la motivación afectan a la conducta por medio de las habilidades conductuales.⁷⁷

Muchas son las investigaciones^{78, 79, 80} sobre la relación entre conocimiento (información) y conductas, en las que se concluye que el conocimiento sobre la enfermedad y la prevención, resultan esenciales para el tratamiento del paciente. Sackett & Haynes⁸¹ la definen como una situación en que la conducta del paciente se corresponde con las instrucciones clínicas entregadas y entienden la información llevada a través de las intervenciones educativas como una herramienta para la implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

En la actualidad, la mayoría de las intervenciones^{83, 86, 87, 89} a nivel internacional se basan en técnicas tales como: psicoeducación, prescripción de planes preventivos, autoexámenes, control de factores de riesgo, conductas alternativas, reestructuración cognitiva, y habilidades para mantenimiento de los cambios. En el país la generalidad de dichos programas de intervención^{91, 92} apuntan hacia cambios favorables en las actitudes y los conocimientos de los pacientes intervenidos.

El éxito de la intervención radica en aumentar el nivel de conocimientos de la población. Se considera que las intervenciones educativas estrechan la relación del estomatólogo con la comunidad, sobre todo con la población geriátrica. Este resultado no se puede circunscribir a un solo elemento; se relaciona con la edad de los pacientes, la formación familiar, étnica, religiosa y cultural, condiciones socioeconómicas e incluye el nivel educacional de cada individuo, así como el uso de las técnicas afectivas-participativas que contribuyen a mostrar los temas abordados de una forma atractiva para los pacientes y coadyuvan al cambio de estilos de vidas perjudiciales por otros favorables.

Método

Se realizó un estudio cuasi-experimental de intervención educativa con diseño de antes y después con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos sobre las lesiones bucales premalignas y maligna seleccionada (carcinoma epidermoide) en los pacientes de la Clínica “René Guzmán”, del municipio Calixto García, Holguín, en el período comprendido de octubre 2018 a junio 2020.

Universo y muestra

El universo estuvo conformado por 150 pacientes de ambos sexos, de todos los grupos étnicos con lesiones premalignas o maligna seleccionada (carcinoma epidermoide), mayores de 35 años, pertenecientes a la Clínica Estomatológica “René Guzmán” que acudieron a consulta de Atención Primaria en el periodo de la investigación. La muestra se obtuvo de forma intencionada quedando conformada por 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que presentaron lesiones bucales premalignas y maligna seleccionada (carcinoma epidermoide)
- Pacientes que deseen participar en la investigación.
- Mayores de 35 años

Criterios de exclusión.

- Paciente que no puedan cooperar con la investigación por problemas físicos o mentales.
- Pacientes que presentaron alguna enfermedad sistémica descompensada.
- Pacientes que no desearon participar en la investigación.

Criterio de salida.

- Pacientes que participen en menos del 70% de las actividades planificadas en la ejecución del programa educativo.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Discreta	35-59 60-75 76 y más	Según años cumplidos.	número
Nivel de conocimientos sobre las lesiones premalignas y maligna seleccionada	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando obtuvo 20 puntos en el cuestionario.	Frecuencia absoluta (número) y porcentajes.
		Inadecuado	Cuando obtuvo menos de 20 puntos en el cuestionario.	
Nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo de las lesiones premalignas y maligna seleccionada	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando obtuvo 20 puntos en el cuestionario	Frecuencia absoluta (número) y porcentajes
		Inadecuado	Cuando obtuvo menos de 20 puntos en el cuestionario.	
Nivel de conocimientos sobre la conducta a seguir ante la presencia de las lesiones premalignas y maligna seleccionada	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando obtuvo 20 puntos en el cuestionario.	Frecuencia absoluta (número) y porcentajes.
		Inadecuado	Cuando obtuvo menos de 20 puntos en el cuestionario.	
Nivel de conocimientos sobre la prevención de las lesiones premalignas y maligna seleccionada	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado	Cuando obtuvo 20 puntos en el cuestionario.	Frecuencia absoluta (número) y porcentajes.
		Inadecuado	Cuando obtuvo menos de 20 puntos en el cuestionario	

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Métodos teóricos:

Histórico – Lógico: Encaminado al análisis de los antecedentes teóricos de la investigación y su desarrollo.

Se requirió de una amplia revisión bibliográfica con un óptimo nivel de validez científica sobre el tema en cuestión acorde a los objetivos propuestos y consultadas en diferentes unidades, tales como: Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Holguín, la Biblioteca de la Clínica “René Guzmán” de Buenaventura, publicaciones nacionales e internacionales de la base de datos Medline así como bibliografías disponibles de la especialidad sobre el tópico y otras investigaciones anteriores relacionadas.

Análisis – Síntesis: Posibilitó profundizar en las causas del desconocimiento, así como en las temáticas que resultaron más desconocidas y arribar a conclusiones en este sentido en la población estudiada.

Inducción – Deducción: Permitió conocer las características generales del conocimiento sobre lesiones premalignas y malignas y arribar a conclusiones.

Métodos empíricos empleados:

Se utilizó la observación para el examen clínico de los pacientes en consulta. Se realizó además un cuestionario como instrumento para comprobar el nivel de conocimientos de los participantes sobre lesiones premalignas y malignas antes y después de la intervención educativa, por la autora y el tutor del trabajo, el cual fue validado antes de ser aplicado. Para evitar sesgos de observación la recogida de datos y exámenes clínicos fueron realizados exclusivamente por el autor bajo asesoramiento directo por parte del tutor durante el tiempo que duró la investigación.

En la investigación se consideraron tres etapas las que se detallan a continuación.

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

Primera etapa. Diagnóstica

Durante la etapa diagnóstica se aplicó la encuesta con 8 preguntas y 47 ítems, relacionada con los temas a discutir en la intervención (anexo 2), el cual sirvió para valorar el grado de conocimientos al respecto antes de la intervención educativa, la cual fue calificada según clave y norma. Se validó (anexo 3) teniendo en cuenta los grupos poblacionales escogidos para esta intervención educativa.

Etapa de Intervención propiamente dicha

A partir de los resultados obtenidos en la prueba de entrada se aplicó el Programa Educativo “Tu salud bucal, al alcance de tus manos”, (Anexo 4) de acuerdo con los problemas y necesidades detectadas en el cuestionario.

Se realizó un programa de actividades educativas subdividiéndolos en 3 grupos, cada subgrupo estuvo constituido por 20 pacientes para garantizar que recibieran y participaran en todas las técnicas educativas diseñadas, auxiliándonos de presentaciones en PowerPoint, pancartas, modelos dentales entre otros que permitieron la adquisición de los conocimientos sobre los 4 temas escogidos los cuales trataron sobre:

1. Introducción al programa educativo.
2. Generalidades sobre lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.
 1. Factores de riesgo.
 2. Conducta a seguir antes la presencia de estas lesiones.
 3. Medidas de prevención de las lesiones premalignas y malignas bucales.
4. Evaluación final (Conclusiones)

La frecuencia de las reuniones fue semanal con una duración de 40 minutos abordando todos los temas seleccionados. El programa se realizó durante un período de seis semanas de la forma siguiente:

Reuniones de intervención:

Se realizaron un total de 6 reuniones. En estas se trabajaron los contenidos específicos del programa educativo.

Cada reunión se dividió en:

- Momento inicial:

Se hizo la presentación del contenido del programa. Se realizó técnicas de relajación, donde por medio de este ejercicio se establecieron los lazos afectivos necesarios entre los participantes de la investigación.

- Planteamiento del tema:

Se realizó la presentación del tema a tratar, el cual llevó implícito la forma y los medios de enseñanza a utilizar.

- Elaboración:

El grupo realizó sus planteamientos de forma individual o colectiva y se establecieron los intercambios con los gestores; donde la autora valoró la integración y el cumplimiento de los objetivos formativos.

Se producen las reflexiones sobre el tema tratado y donde de acuerdo a la enseñanza participativa se buscaron alternativas de solución a los problemas que aparecieron en todo el proceso de aprendizaje.

- Cierre o conclusión del tema:

Por medio del lenguaje expresado por el grupo, se conoció lo logrado por el tema impartido, permitió de forma integradora expresar su punto de vista y arribar a conclusiones.

- Reunión de evaluación (reunión final).

Se intercambió con el grupo a cerca de los temas tratados y sus contenidos, los pacientes evacuaron todas sus dudas.

Etapa de evaluación

Luego de implementar el programa educativo se aplicó nuevamente el cuestionario de la investigación y se evaluó bajo los mismos criterios, los cambios producidos fueron considerados como el efecto o consecuencia de las labores educativas realizadas sobre el grupo.

El efecto de la intervención educativa se midió a los 6 meses de realizada, a partir de los resultados del cuestionario aplicado para comparar con el diagnóstico educativo inicial, evaluando así el cumplimiento de los objetivos trazados.

Se realizó la evaluación del cuestionario con la escala: (Anexo 3)

Adecuado: obtuvieron 20 puntos.

Inadecuado: obtuvieron menos de 20 puntos.

Técnicas de procesamiento de la información

Una vez obtenida la información primaria se creó una base de datos computarizada con el programa Excel en una computadora marca HP y se confeccionaron tablas de doble entrada, en cuyas filas o columnas se apreciarán las etapas del estudio (antes y después de la intervención). Se calcularon medidas de resumen para variables cualitativas (números absolutos y porcentajes). Se aplicó una prueba no paramétrica (Prueba de McNemar) considerando que los resultados son estadísticamente significativos aquellos que tienen una $p < 0,05$.

Se describió el contenido de cada tabla y se comparó con los de otros estudios, para dar salida a los objetivos propuestos. Se emplearon medidas de resumen para datos cualitativos como son las frecuencias absolutas y porcentajes. Para la elaboración del informe final se utilizó el procesador de texto Word.

Aspectos éticos

La investigación se realizó teniendo presente las normas éticas internacionales para la investigación biomédica (Declaración de Helsinki). Se obtuvo la

autorización de la dirección de la Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez y el consentimiento informado oral y escrito (Anexo 1) de los pacientes objeto de investigación, antes de ser incluidos en esta, donde se les explicó en qué consistía y los beneficios que reportaría, así como la garantía de confidencialidad en el manejo de la información con la que se trabajó.

Con el objetivo de cumplir con las regulaciones que en el área de las investigaciones médicas están establecidas, se aprobó el estudio por la comisión de Ética Médica, y actividades científicas de la institución incluyéndola en los planes de desarrollo investigativo relacionados con la elevación de la calidad de vida del pueblo de Cuba.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Nivel de conocimientos de los pacientes sobre generalidades de lesiones premalignas y maligna seleccionada. Clínica “René Guzmán”. Calixto García.2018-2020.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	7	11.7	56	93.3
Inadecuado	53	88.3	4	6.7
Total	60	100	60	100

Fuentes: Cuestionario

La tabla 1 refleja el nivel de conocimientos de los pacientes sobre generalidades de lesiones premalignas y maligna seleccionada. De una muestra de 60 pacientes, el 88.3% presentaron conocimientos inadecuados, luego de la aplicación de la intervención educativa el 93.3% de la población presentó conocimientos adecuados.

Tillfried A y colaboradores⁸⁴ en un estudio realizado en Chile sobre nivel de conocimientos, aptitudes y prácticas sobre cáncer bucal obtienen resultados de regular en el 61% y mal en el 29% de los pacientes encuestados. Estos resultados, aunque no son similares al de este estudio en cifras demuestran que existe gran desconocimiento acerca del tema en los pacientes al inicio del estudio.

En Cuba, un estudio realizado en Morón, Ciego de Ávila, Rodríguez Rodríguez y colaboradores¹⁹ sobre este tema en pacientes de 60-75 años, demuestra que existe conocimiento inadecuado respecto a las lesiones bucales premalignas antes de la intervención con un valor de 16.5% y después de realizada la misma ascendieron los resultados favorablemente predominando así la calificación de

excelente con un 73%, resultados que son similares a los de la presente intervención.

Mendoza Fernández y colaboradores⁸⁵ en un estudio en Camagüey, obtienen diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos, predominando el nivel inadecuado (81.4%) al comienzo de la investigación, modificándose al concluir el estudio con un 94.8% de nivel adecuado. Estos resultados son similares a los encontrados en el presente estudio.

Constituye una gran preocupación que la mayoría de las intervenciones coincidan en cuanto al bajo nivel de conocimientos inicial de los pacientes, pues puede influir en la alta prevalencia de enfermedades bucales incluyendo dichas lesiones, teniendo en cuenta que aun cuando los conocimientos no determinan por sí solos la conducta del ser humano, sí influyen de forma amplia en ello y tal problema orienta hacia una población de riesgo. Estas diferencias de conocimientos al inicio y final de la intervención están muy relacionadas con la insuficiente realización de educación para la salud y programas que promuevan estilos de vida saludables. Además de la escasa divulgación por los diferentes medios de comunicación masivos (radio, prensa y televisión), que hagan llegar a todos los grupos poblacionales mensajes de orientación y restablecimiento de salud bucal.

Tabla 2. Nivel de conocimientos de los pacientes sobre factores de riesgo de lesiones premalignas y maligna seleccionada.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	9	15.0	55	91.7
Inadecuado	51	85.0	5	8.3
Total	60	100	60	100

$$X^2= 38,925 \text{ p}=0,014$$

Fuentes: Cuestionario

La tabla 2 muestra el nivel de conocimientos de los pacientes sobre factores de riesgo de lesiones premalignas y maligna seleccionada. Se obtuvo que el 85.0% de los participantes desconocían sobre el tema antes de la intervención, mejorando los conocimientos después de implementada la intervención a un 91.7%.

La intervención realizada por Crespo Mafrán⁸⁶ y colaboradores muestra resultados que se comportan de forma semejante a la presente intervención, se evalúa el impacto de la distribución de propaganda educativa en la cual se trabaja con un grupo de estudio y un grupo control, los conocimientos sobre salud bucal fueron correctos en el 87.3% de los pacientes que recibieron la propaganda y en el 64.2% de los que no lo recibieron, mostrando resultados ligeramente superiores a los obtenidos por Rodríguez Ricardo,⁸⁷ donde después de aplicada la evaluación estos resultados se incrementaron.

Similares resultados refieren Arriagada y colaboradores⁷³ en una intervención realizada en Chile, reflejan que al inicio de su estudio los pacientes fueron evaluados de regular (45.3%) y mal (34.0%), y después de realizada la intervención educativa la mayoría de los pacientes fueron evaluados de excelente y bien para un 64.7% y 26.4% respectivamente.

Un estudio realizado en Ciego de Ávila por Rodríguez Rodríguez y colaboradores¹⁹ refleja un predominio de la evaluación de regular (77%) en los pacientes encuestados en cuanto a factores de riesgo de estas lesiones al inicio de la investigación, resultado similar al presente estudio.

Se aplicó McNemar para la significación de los cambios en los grupos con un error permisible de 0,05, se realizó prueba de hipótesis de independencia para la relación entre el nivel de conocimientos y factores de riesgo, con igual error permisible. Se concluyó que el método es efectivo para incrementar conocimientos y mejorar actitudes hacia la salud bucal.

La gran coincidencia en el incremento del nivel de conocimientos al aplicar estas intervenciones se debe a que este tópico es fácil de adquirir por los pacientes debido a que está relacionado con acciones y elementos de la vida diaria que, aunque son perjudiciales llegan a ser muy comunes y hasta familiares. Por el impacto negativo que provocan estas lesiones se considera vital motivarlos como promotores de salud y otorgarles herramientas prácticas que les permitan a los pacientes reconocer estos factores y eliminarlos de su entorno en la medida de lo posible a través del conocimiento de cada uno de ellos.

Tabla 3. Nivel de conocimientos de los pacientes sobre la conducta a seguir ante la presencia de lesiones premalignas y maligna seleccionada.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	2	3.3	57	95.0
Inadecuado	58	96.7	3	5.0
Total	60	100	60	100

Fuentes: Cuestionario

La tabla 3 muestra el nivel de conocimientos de los pacientes sobre la conducta a seguir ante la presencia de lesiones premalignas y maligna seleccionada. Antes de la intervención el 96.7% de los participantes desconocían sobre el tema, elevándose los conocimientos, después de implementada la intervención a un 95.0%.

Se coincide con el estudio realizado por Díaz Martell y colaboradores,⁸⁸ exponen que antes de la intervención el 84.0% de los pacientes respondieron incorrectamente acerca de las conductas inmediatas ante una lesión premaligna. Después de la intervención la mayoría reconoció qué hacer.

Hernández Suárez y colaboradores,⁸⁹ refieren que antes de la intervención el nivel de conocimientos inadecuado predominó en el 90.0% de los pacientes, solo el 8.0% tuvo un nivel de conocimientos adecuado. Una vez implementada la intervención el 100% logró elevar el nivel de conocimientos sobre la conducta a seguir en estos casos. Estos resultados son similares a los de la presente investigación.

Teniendo en cuenta que estas lesiones aparecen en diversas ocasiones asintomáticas al inicio, se puede comprender por qué son desconocidas en muchas ocasiones la conducta a tomar con ellas. Este desconocimiento por parte del paciente en muchos casos es el motivo del tratamiento tardío y peores pronósticos debido a que la conducta inicial generalmente no es acudir de inmediato al servicio de atención primaria estomatológica e incluso llegan a la automedicación.

Tabla 4. Nivel de conocimientos de los pacientes sobre medidas de prevención de las de lesiones premalignas y maligna seleccionada.

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No	%	No	%
Adecuado	11	18.3	59	98.3
Inadecuado	49	81.7	1	1.7
Total	60	100	60	100

Fuentes: Cuestionario

La tabla 4 muestra el nivel de conocimientos de los pacientes sobre medidas de prevención de las de lesiones premalignas y maligna seleccionada. El 81.7% de los participantes desconocían sobre el tema antes de aplicada la intervención, elevando el nivel de conocimientos después de implementada la intervención en casi la totalidad (98.3%).

Se difiere con un estudio realizado en Venezuela por Díaz Martel,⁸⁸ evidencia una evaluación de excelente en el 60.0% de los pacientes encuestados, antes de aplicada la intervención.

Rogert Alcolea,⁸³ encuentra en su estudio realizado en Bayamo que después de la intervención se incrementaron los conocimientos predominando la calificación de excelente en el 71.4% de los encuestados. Aunque estos resultados no son similares al de este estudio se puede inferir que se modificaron favorablemente los conocimientos al igual que en esta intervención.

Se coincide con una intervención educativa realizada en Camagüey por Mendoza Fernández y colaboradores,⁸⁵ muestran que el 62.0% de los pacientes estudiados fueron evaluados de mal respecto al autoexamen bucal. Esto debe considerarse un signo de alarma ya que en este tipo de intervenciones queda demostrado el poco conocimiento sobre la práctica del autoexamen para la detección de estas y otras lesiones bucales.

La importancia del estomatólogo en la prevención y el manejo adecuado de estas lesiones bucales es crucial debido a que está al tanto generalmente de los cambios que se producen en las estructuras anatómicas normales con el examen físico y clínico periódico (PDCB) así como la indicación del autoexamen bucal. La promoción de salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, es aquella que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas personales que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades y sus complicaciones, por lo que se considera que la prevención de este tipo de casos refleja una emergencia social y en salud pública, debido a la elevada mortalidad y morbilidad que ocasionan, así como el impacto negativo en la calidad de vida, pues estas involucran tejidos y estructuras que intervienen en la fonación y estética, produciéndose trastornos físicos y psicológicos debido a las dificultades en la masticación, la comunicación (dicción) y la estética.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según grupos de edades y nivel de conocimientos generales sobre lesiones premalignas y maligna seleccionada.

Grupos de Edades	Antes				Después			
	Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado	
	No	%	No	%	No	%	No	%
20-34	4	6.7	14	23.3	0	0.0	18	30.0
35-59	5	8.3	14	23.3	2	3.3	17	28.3
60-75	3	5.0	20	33.4	4	6.7	19	31.7
Total	12	20.0	48	80.0	6	10.0	54	90.0

$$X^2= 38,925 \text{ p}=0,014$$

Fuente: Cuestionario

La tabla 5 muestra el nivel de conocimientos generales según grupos de edades de los pacientes. Predominó el grupo de 35-59 años con un 8.3% con conocimientos inadecuados antes de la intervención, y el 33.34% presentó conocimientos adecuados en el grupo de 60-75 años, una vez implementada la intervención prevaleció el conocimiento adecuado en el grupo de 20-34 años (30.0%), que a la vez representa el 100% de este grupo de edad. De manera general se obtuvieron modificaciones positivas en todos los grupos de edad donde se elevaron los niveles de conocimientos después de la intervención.

Espeso Nápoles y colaboradores,⁹⁰ Zayas Simón y colegas,⁹¹ coinciden que el grupo de 60 y más tiene la más alta prevalencia de lesiones y no así mayor nivel de conocimientos.

En la provincia de Holguín el estudio realizado por Miguel Cruz⁹² y otros especialistas muestran resultado similar al de esta investigación enfocados en los factores de riesgo principalmente.

Estadísticamente las diferencias observadas antes y después de la presente intervención fueron altamente significativas ($p < 0.05$), donde se llevó a cabo un proceder que ayudó a la unión del grupo, la motivación y la comunicación, lográndose cambios positivos en el nivel de conocimiento.

Estas lesiones resultan menos conocidas en los grupos de edades más avanzadas, a pesar que generalmente en estas etapas suelen aparecer y ya han sufrido al menos una vez en su vida este problema o han vivido la experiencia de familiares que las hayan presentado. Con la edad aumentan las lesiones bucales como resultado de mayor tiempo expuesto a irritantes y las cifras de personas de 60 años y más en nuestro país cada vez son mayores, es de esperar un mayor número de pacientes remitidos en este rango de edad y por ende con mayores experiencias personales vividas. Resulta más fácil modificar conocimientos y estilos de vida en adultos mayores más jóvenes por las mayores capacidades cognitivas, mientras que los más longevos los hábitos se encuentran más arraigados siendo más difícil su abandono.

Es innegable la fertilidad y el aprendizaje de las generaciones más jóvenes donde se observa que el mensaje se asimila de manera más rápida y eficaz a través de intervenciones como estas, con el uso de diferentes medios de enseñanza y nuevas tecnologías que facilitan la captación del mensaje educativo.

Conclusiones

Se modificó favorablemente el nivel de conocimientos de los pacientes sobre lesiones premalignas y maligna seleccionada (carcinoma epidermoide), factores predisponentes, y las conductas a seguir obteniendo que la mayoría de ellos pasaron al grupo evaluado como adecuado luego de aplicar la intervención educativa.

Recomendaciones

Generalizar esta intervención educativa a otros grupos poblacionales y áreas de salud para mejorar el nivel de conocimientos ante las lesiones premalignas y maligna seleccionada (carcinoma epidermoide).

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción, 2010-2015. Washington DC: OPS; 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [internet]. [Consultado 2019 Jun 29] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sánchez M. Programa nacional de detección del cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol 2010; 28(2):83-92.
4. Shridhar K, Walia GK, Aggarwal A, Gulati S, Geetha AV, Prabhakaran D, et al. DNA methylation markers for oral pre-cancer progression: A critical review. Oral Oncol [revista en Internet]. 2016 [citado 20 marzo 2019]; 53:1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4788701>
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2015-2017. Costa Rica: El Ministerio.
6. Oral Cancer Foundation. Con qué porcentaje ocurre en los Estados Unidos el cáncer oral [Internet]. EU: Oral Cancer Foundation; 2015 [citado 12/07/2018]. Disponible en: <http://www.oralcancerfoundation.org/news/index.asp>
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Estomatología General Integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
8. Docel C, Méndez M, Betancourt H, Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. RevCubMed Mil [revista en la Internet]. 2015 Mar [citado 2019 Ene 23]; 43(1): 52-60. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572014000100007&lng=es
9. Batista Marrero K, Niño Peña A, Martínez Cañete M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. CCM [revista en la Internet]. 2014 [citado 2019 Ago 24]; 18(3):516-521. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812014000300014&lng=es

10. 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.
11. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal .2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
12. El Cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología, 2015. República de Colombia. Consultado el 25 de enero de 2020.
13. Cáncer Bucal .2016 Enciclopedia Cubana. EcuRed. Disponible en: http://www.ecured.cu/C%C3%A1ncer_bucal.
14. Mangalath U, Aslam SA, Abdul Khadar AH, Francis PG, Mikacha MS, Kalathingal JH. Recent trends in prevention of oral cancer. J Int Soc Prev Community Dent [revista en Internet]. 2017 [citado 28 agosto 2019]; 4(Suppl 3):S131-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4304049>
15. Oluwatunmise A, Suzanne S, Newton T. Estudio Multicéntrico de Cáncer Bucal en la población mayor de 15 años. Panamá. BioMed Central Oral Health[internet]. 18 de diciembre del 2016. [Consultado el 25 de abril del 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540027/>
16. Miranda Tarragó JD. Retos y posibilidades en la disminución de la mortalidad por cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2015 [citado 16/04/2019]; 51(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072014000300001&script=sci_arttext
17. Urgellés E, Urgellés, Delfino E, Pérez N, Ballart A, Barrio MA. Fundamental aspects of the examination belonging to the Program of Early Detection of Oral Can Aspectos fundamentales del examen perteneciente al Programa de Detección Precoz de Cáncer Bucal. Rev Inf Cient 2016; 81(5)

18. Rodríguez O, Betancourt M, García AB, Giance L. Prognosis of oral cancer incidence en mortality in the province of Ciego de Avila. Disponible en: [http://scielo.sld.cu.2017;54\(3\)](http://scielo.sld.cu.2017;54(3))
19. Rodríguez Rodríguez N, Álvarez Blanco Y. Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. Hospital General Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández" Morón. Mediciego [revista en la Internet]. 2017 [citado 2018 nov 30]; 18(supl.1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl1_2012/articulos/t-13.html
20. Landrían Díaz CI, Espeso Nápoles N, Hidalgo CR, García Roco Pérez O. Capacitación del médico general integral en el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal. Archivo Médico de Camagüey. 2007; 11(1).
21. Hidalgo Hidalgo S, Ramos Díaz MJ, Fernández Franch N. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos portadores de prótesis total en dos áreas de salud. Archivo Médico de Camagüey. 2015; 9(6).
22. Verdecía AN, Álvarez E, Parra J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. 2015 ene-mar [Citado 1 Nov 2018]; 18: [Aprox 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100007&script=sci_arttext
23. Driggs Zayas A, Caballero Arderí EM, Núñez Quevedo A. Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, Moa, enero 2014 a noviembre 2015: Impacto y desarrollo. (Congreso Internacional de Estomatología 2015) 2-6 noviembre 2015; La Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/990>
24. Escalona Veloz R. Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". MEDISAN [Internet]. 2015 [citado 22/12/2018]; 19(2):223-28. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200011&lng=es

25. WOLD HEALTH ORGANIZATION: "Control of oral cancer in developing countries," Bull WHO, 62:817, 1984.
26. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Registro de Câncer de Base Populacional. 2016 [citado 2019 Jun 9]. Disponible en: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=353.
27. World Health Organization. International Classification of Diseases Ninth Review. Geneve: WHO; 1977.
28. Suarez García R, Pérez Martínez CY, Fernández Rojas L, et al. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. CCM [Internet]. 2015 [citado 20/08/2019]; 17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000200002&lng=es
29. García García V, Bascones Martínez A. Cáncer oral: Puesta al día. AvOdontoestomatol [internet]. 2016; 25[5]:239-248 [Consultado 2019 Jun 29]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021312852009000500002
30. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol [internet]. 2016; 43[1] [Consultado 2019 Jun 29]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034_75072006000100003&lng=es
31. Marinello Z. Prólogo. En: Santana Garay J. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 1985. p.v.
32. Hernández Cuétara L, Ramírez Ramírez R, Serrano Díaz B, Fernández Queija Y. Lesiones cancerígenas y precancerosas bucales. Factores de riesgos asociados. Policlínico Bernardo Posse. Año 2017. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 May-Jun[marzo 26,2020];41(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2692/429>
33. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [internet]. [Consultado 2019 Julio 3] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

34. Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima EA No. Factors associated with lip and oral cavity cancer. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Sep; 18(3):618-29. PMID: 26247186. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030008>
35. Nagao T, Ikeda N, Fukano H, Hashimoto S, Shimozaoto K, Warnakulasuriya S. Incidence rates for oral leukoplakia and lichen planus in a Japanese population. *J Oral Pathol Med*. 2015; 34(9):532-9.
36. Kahn MA. et. al.: "Flow cytometer analysis of oral premalignant lesions," *J Oral Pathol Med*, 21:1, 1992.
37. Axell T, et. al.: "Oral white lesion with special reference to precancerous and tobacco – related lesions," *J Oral Pathol Med*, 25:49, 1996.
38. Batista Castro Z, Rodríguez Pérez I, Miranda Tarragó JD, Rengifo Calzado E, Rodríguez Obaya T, Fernández Jiménez ME. Relación histopatológica de la displasia epitelial con la oncoproteína p53 en la leucoplasia bucal. *Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]*. 2017 [citado 2019 Sep 02]; 49(1). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072012000100004&lng=es
39. Konduru R, Newtonraj A, Arun S, Velavan A, Singh Z. Oral cancer awareness of the general public in coastal village áreas of Tamilnadu, India: a population based cross sectional study. *International Journal of Community Medicine and Public Health [internet]*. 2016, Julio. [Consultado el 24 de abril del 2020] - Disponible en: <http://www.ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/viewFile/341/334>
40. Nápoles González IJ, Rivero Pérez O, García Nápoles CI, Pérez Sarduy D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. *Rev Arch Med Camagüey*. 2016 [citado 19 Jul 2019]; 20(2).
41. Gutiérrez Alcalá R. Salud bucal en adultos mayores, 2016 [citado 12 Ago 2019].
42. Villa A, Kreimer A R, Pasi M, Polimeni A, Cicciù D, Strohmenger L, Gherlone E, Abati S. Oral Cancer Knowledge: A Survey Administered to Patients in

- Dental Departments at Large Italian Hospitals. *Journal of Cancer Education* [internet]. September 2017, Volume 26, Issue 3, pp 505–509. [Consultado el 24 de abril del 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247984/>
43. Farah C. Knowledge of oral cancer risk factors amongst high-risk Australians: findings from the LESIONS programme. *Australian Dental Journal* [internet]. Volume 61, Issue 4, Diciembre 2016. [Consultado el 25 de abril del 2020]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12408/abstract#publication-history>
 44. Tillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile. *International journal of odontostomatology* [internet]. vol.10, no.3, Temuco, dic. 2016 [consultado el 22 de abril del 2020]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718_381X2016000300021&lng=es&nrm=iso
 45. Joseph B K, Sundaram D B, Ellepola A N. Assessing Oral Cancer Knowledge Among Undergraduate Dental Students in Kuwait University. *Journal of Cancer Education* [internet]. September 2015, Volume 30, Issue 3, pp 415 –420. [Consultado el 5 de abril del 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25238788#>
 46. National Cancer Institute (NIH). Cáncer de labio y de cavidad oral: Tratamiento para profesionales de salud (PDQ). [Consultado el 15 de abril del 2020] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/pro/tratamiento-labioboca-pdq>
 47. STROBE. Statement-checklist of items that should be included in reports of observational studies. [Consultado el 5 de mayo del 2020] Disponible en: http://www.strobestatements.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf.

48. Sousa FB, Silva MRF, Fernández CP, et al. Oral cancer from a health promotion perspective: experience of a diagnosis network in Ceará. *Braz Oral Res.* 2017; 28(Spe):1-8. Citado PubMed; PMID: 24964281.
49. Saito A, Nishina M, Murai K, et al. Health professional's perceptions of and potential barriers to smoking cessation care: a survey study at a dental school hospital in Japan. *BMC Research Notes.* 2017; 3:329. Citado PubMed; PMID: 21138553.
50. Calvo X. El consumo de tabaco y sus consecuencias en la salud bucal. [Internet]. 2018 ene [citado 2019 Mar 28]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacionparaciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud/109-tabaco-y-complicacionesodontologicas>
51. Gallegos Hernández JF. Factores que impactan en el pronóstico de los pacientes con carcinoma epidermoide de la cavidad oral. *GAMO* [Internet]. 2017 Jul [citado 4 Jul 2019];09(03):110-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es&estadoltem=S300&idiomaltem=es&textMensaje=Documento%20descargado>
52. Biel LS, Padovani Junior JA, Maníglia JV, Rodríguez Cléa DS, Pavarino Érika C, Goloni Bertollo EM. Head and neck cancer: causes, prevention and treatment. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2018. [citado 3 may 2020]; 79(2): 239-247. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180886942013000200018&lng=
53. Zygogianni AG, Kyrgias G, Karakitsos P, Psyrri A, Kouvaris J, Kelekis N, et al. Oral squamous cell cancer: early detection and the role of alcohol and smoking. *Head Neck Oncol* [revista en Internet]. 2018 [citado 20 agosto 2019]; 3:2. Disponible en: <http://www.headandneckoncology.org/content/3/1/2>
54. Liu H, Liu XW, Dong G, Zhou J, Liu Y, Gao Y, et al. P16 Methylation as an Early Predictor for Cancer Development From Oral Epithelial Dysplasia: A Double-blind Multicentre Prospective Study. *EBioMedicine* [revista en Internet]. 2015 [citado 21 agosto 2019]; 2(5):432-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485905>

55. Ribeiro IL, Medeiros JJ, Rodríguez LV, et al. Factors associated with lip and oral cavity cancer. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(3):618-29. Citado PubMed; PMID: 26247186.
56. S. Cooper, Adair T, Hoy D, Dettrick Z, et al. Trends in oral, pharyngeal and oesophageal cancer mortality in Australia: the comparative importance of tobacco, alcohol and other risk factors. *Aust NZ J Public Health*. 2018; 35(3):212-9. Citado PubMed; PMID: 21627720.
57. Gandur, N. (s.a.). Manual de enfermería oncológica. Recuperado el 23 de septiembre de 2015.
58. Awan KH, Morgan PR, Warnakulasuriya S. Assessing the accuracy of autofluorescence, chemiluminescence and toluidine blue as diagnostic tools for oral potentially malignant disorders—a clinicopathological evaluation. *Clinic Oral Invest* 2015; (Epub ahead of print). DOI 10.1007/s00784-0151457-9.
59. Villa A, Kreimer A R, Pasi M, Polimeni A, Cicciù D, Strohmenger L, Gherlone E, Abati S. Oral Cancer Knowledge: A Survey Administered to Patients in Dental Departments at Large Italian Hospitals. *Journal of Cancer Education* [internet]. September 2017, Volume 26, Issue 3, pp 505–509. [Consultado el 24 de abril del 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247984/>
60. Kubota M, Yanagita M, Mori K, Hasegawa S, Yamashita M, Yamada S et al. The Effects of Cigarette Smoke Condensate and Nicotine on Periodontal Tissue in a Periodontitis Model Mouse. *PLoS One*. [Internet]. 2016 [Citado 2 mar 2019]; 11(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4874667/>
61. Díaz Sánchez, Ledis Sabina, et al. "Enfermedades bucales y factores de riesgo en la población geriátrica perteneciente a un consultorio médico. *MediSan*. 2018, 22. (05): 483-489.
62. Factores de riesgo que usted debe conocer sobre cáncer bucal [en línea] 2004 [Citado 14 de enero de 2020]. URL disponible en: <http://webs.Montevideo.com.uy/dentsards/cáncer2htm>

63. Lamura AGA, Garriga GE. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz en el cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venez 2002; 40(1): 56-60.
64. MINSAP. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. En: Guías prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p 341- 392.
65. López González M, Somonte Dávila H, Rabelo Rodríguez Y. Estudio comunitario sobre los factores de riesgo de las lesiones bucales premalignas y malignas en Mantua. Rev Avances. 2016 [citado 16 nov 2018]; 15(3). Disponible en: <http://www.ciget.pinar.cu/ojs/index.php/publicaciones/article/view/114>
66. Jurel SK, Gupta DS, Singh RD, Singh M, Srivastava S. Genes and oral cancer. Indian J Hum Genet [revista en Internet]. 2015 [citado 29 agosto 2019]; 20(1):4-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065477>
67. Miguel Soca PE, Almaguer Herrera A, Ponce de León D, Sales Márquez H, Pérez Rodríguez H. El cáncer una enfermedad genética. CCM. 2007 [citado 2 may 2020]; 11 (3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no113/n113rev1.htm>
68. Ponce Carvajal VL. Tabaquismo y sus consecuencias en la salud oral de los empleados y distribuidores de la planta de <<Duragas>> del cantón Montecristi, en el Periodo de Octubre 2009-Febrero 2010. [Tesis]. Portoviejo Ecuador: Universidad Sal Gerónimo de Portoviejo; 2015. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n6/art13.pdf>
69. Gutiérrez Baquedano IN. Prevalencia de enfermedades bucales crónicas en pacientes fumadores y consumidores de bebidas alcohólicas, entre las edades de 20-50 años, en el municipio de SAN JOSE DE ACHUAPA. [Tesis]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua Unan León; 2018. Disponible en: <http://repositorio.cnu.edu.ni/Record/RepoUNANL811>
70. Squier Romo L, Capasso Luigi L. Antiquity of oral cancer. International Journal of Cancer: 113; 2-3; 2017.

71. Kocaelli H, Apaydin A, Aydil B, Ayhan M, Karadeniz A, Ozel S, et al. Evaluation of potential salivary acetaldehyde production from ethanol in oral cancer patients and healthy subjects. *Hippokratia* [revista en Internet]. 2014 [citado 22 agosto 2019]; 18(3):269-74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309150>
72. Pérez DL, De Nicola L, Ñamendys S, Copca ET, Hernández M, Herrera A, et al. Estado nutricional de los pacientes con cáncer de cavidad oral. *Nutr. Hosp* [Internet]. 2015 [citado 20 Feb. 2020]; 28(5): [Aprox 4 p.].
73. Arriagada O, Venegas B, Cantín M, Zavando D, Manterola C, Suazo I. Intervención educativa sobre las características clínicas e histológicas como factores pronósticos para la sobrevida en pacientes con carcinoma de células escamosas de la cavidad oral. *Rev Chilena de Cirugía* 2010; 62 (5): 441-8.
74. Hsu HJ, Yang YH, Shieh TY, Chen CH, Kao YH, Yang CF, et al. TGF- β 1 and IL-10 single nucleotide polymorphisms as risk factors for oral cancer in Taiwanese. *Kaohsiung J Med Sci* [revista en Internet]. 2015 [citado 20 marzo 2019]; 31(3):123-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1607551X14002563>
75. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017 [citado 20/08/2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas>
76. Toledo Pimentel BF, Cabañin Recalde T, Machado Rodríguez MC, Monteagudo Benítez MV, Rojas Flores C, González Díaz ME. El empleo del autoexamen bucal como actividad educativa en estudiantes de Estomatología. *Edumecentro*. 2014 [citado 14 nov 2018]; 6(1). Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/499>
77. Ortiz, M. & Ortiz, E. (2017). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica*, 135, 647-652.
78. Facchini, M. (2016). Aspectos del Tratamiento del paciente con lesiones bucales. *Boletín del Consejo Argentino de H.T.A*, 4(2), 19-22.

79. Novakofski, K. & Karduck, J. (2015). Improvement in Knowledge, Social Cognitive Theory Variables, and Movement through Stages of Change after a community-based in Cancer Education Program. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1613-1616.
80. Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, F. & Sánchez Sosa, J. J. (2015). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, depresión y condición médica de pacientes con neoplasias malignas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 445-462.
81. Sackett, D. L. & Haynes, B. (2015). *Compliance with Therapeutic Regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
82. Ortiz, M. (2016). Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adultos Mayores con cáncer oral. *PSYKHE*, 13(1), 21-31.
83. Rogert Alcolea IA, Palomino Rodríguez K, Pompa Sánchez Y. Intervención educativa sobre factores de riesgos para lesiones premalignas de la cavidad bucal. Bayamo. Enero .marzo 2016.
84. Tillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile. *International journal of odontostomatology* [internet]. vol.10, no.3, Temuco, dic. 2016 [consultado el 22 de abril del 2020]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X2016000300021&lng=es&nrm=iso
85. Mendoza Fernández M, Ordaz González AM, Abreu Noroña A, Romero Pérez O, García Mena M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Camagüey. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2016 Ago [citado 25 Dic 2018]; 17(4):24-6532. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942013000400004
86. Crespo Mafrán MI, Riesgo Cosme YC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Secundaria "Lidia Doce Sánchez". Las Tunas. *MEDISAN* [Internet]. 2015 Mar

- [citado 24 Dic 2018]; 14(2): Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_2_10/san14210.pdf.
87. 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. AMC [Internet]. 2015 [citado 25 Dic 2018]; 18(6):642-55. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v18n6/amc070614.pdf>.
88. Díaz Martell Y, Hidalgo Gato FI. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza preuniversitaria. Venezuela Rev Med Electrón [Internet] 2016 Feb [citado 27 Dic 2018]; 33(1):52-9. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201100100008.
89. Hernández Suárez A, Espeso Nápoles N, Reyes Obediente F, Rodríguez Borges L. Intervención educativo-curativa para la prevención de cáncer bucal en mayores de 60 años. AMC [Internet]. 2015 Dic [citado 2 Dic 2018]; 14(6): 1-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n6/amc050610.pdf>.
90. Espeso Nápoles N, Rivacoba Novoa E, Fernández Franch N, Mulet García M. Intervención educativo-curativa en salud bucal para el adulto mayor institucionalizado en casas de abuelos. II Congreso Internacional «Estrategias y Tecnologías en Estomatología. 2009 dic; 10(2 Suppl1).
91. Zayas Simón OP, Estrada Pereira GA, González Heredia E, González Alonso C, Castellanos Sierra G. Intervención educativa sobre la eritroplasia bucal. MEDISAN. [Internet]. 2016 [citado 5 Dic 2018]; 14(4). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san03410.pdf.
92. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel Soca PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. 2016 [citado 3 abr 2019]; 53(3):128-145. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072016000300006&lng=es

Anexo 1

MODELO DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Información al paciente:

Con motivo de contribuir a aumentar el conocimiento sobre las lesiones en la cavidad bucal e interesados en la búsqueda de métodos capaces de lograr una rápida curación del enfermo se realizará esta investigación en personas que acuden a la consulta de Atención Primaria con la patología que usted presenta. Teniendo en cuenta las molestias a que pueda ser sometido solicitamos su consentimiento y cooperación para proceder en nuestro estudio, respetando su derecho a negarse a participar en el mismo, si fuera el caso. Si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite. Si ha comprendido lo anterior agradeceremos su colaboración.

Si es su determinación incluirlo en la investigación anotaremos a continuación sus datos para propiciar un control adecuado.

Declaración de voluntariedad:

Yo _____, Carné de identidad # _____, en pleno juicio de mis facultades, expreso libremente mi conformidad para formar parte de la investigación propuesta y someterme a los interrogatorios y exámenes necesarios para la misma, comprometiéndome a cumplir todas las indicaciones al respecto. Se me ha explicado que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de la salud a cargo de la misma.

Firma del paciente

Anexo 2

Cuestionario dirigido a medir los conocimientos sobre lesiones premalignas y malignas.

-Modelo de recolección del dato primario

Datos Generales

Nombre y apellidos del encuestado_____

Edad_____ Sexo_____ Escolaridad_____

Raza_____ Dirección_____

Centro de trabajo_____

Ocupación_____

Área de Salud_____

1. ¿Cree usted que las personas deben visitar al estomatólogo?

Sí_____ No_____

a. En caso de responder afirmativamente, ¿Cada qué tiempo usted lo visitaría?
Marque con una X la respuesta correcta.

___ Una vez al año.

___ Cada seis meses

___ Cada dos años

___ Cuando tenga alguna molestia.

2. ¿Conoce usted sobre lesiones premalignas y malignas bucales?

___ Sí ___ No

3. Valore usted si las lesiones premalignas y malignas pueden ser un problema para su salud.

___ Muy peligroso

___ Peligroso

___ Poco peligroso

___ No es peligroso

4. ¿Cuántas veces usted se cepilla al día?

___ Ninguna

___ 1 vez

___ 2 veces

___ 3 veces

___ 4 veces

5. ¿Cree usted que es importante aprender a revisarse la boca para detectar algo “diferente”?

___ Sí

___ No

a) ¿Sabe usted realizarse el autoexamen de la cavidad bucal?

___ Sí

___ No

6- Marque con una X, si practica lo siguiente

___ Tabaquismo.

___ Ingiere bebidas alcohólicas.

___ Ingiere alimentos muy calientes y/o picantes.

___ Exponerse con frecuencia a la luz solar sin protección.

___ Usa prótesis desajustadas.

___ Tiene restauraciones defectuosas.

___ Tiene hábitos de morderse los labios, carrillos u otras zonas bucales.

7- ¿En su familia conoce usted de alguien que haya sufrido lesiones bucales de esta índole?

Sí____ No____

Si respondió afirmativamente, diga:

a. ¿Conoce las causas que las provocan?

Sí____ No____

8- ¿Qué haría usted ante una lesión premaligna o maligna en la cavidad bucal?
Marque con una X la respuesta correcta.

____ Esperar a ver si mejora.

____ Nada

____ Ir inmediatamente al estomatólogo.

____ Automedicarme.

a) - ¿Conoce usted cuáles son las señales de alarma que indican presencia de estas lesiones bucales?

Sí____ No____

b). Si respondió afirmativamente marque con una X las que considere:

1. ____ Fiebre

2. ____ Dolor y sensación de escozor en la zona afectada.

3. ____ Cambio de coloración del área y/o sangramiento

4. ____ Presencia de una pequeña úlcera en la mucosa cerca de los tejidos traumatizados.

5. ____ Observar aumentos de volumen

6. ____ Lesiones blanquecinas o manchas rojas

7. ____ Úlcera o heridas, sin causa aparente que no cicatrizan en dos semanas.

Anexo 3

Validación del cuestionario

1. Sí ☒ a) ☒ Cada seis meses
2. Sí ☒
3. ☒ Muy peligroso
4. ☒ 4 veces
5. ☒ Sí a). ☒ Sí
6. Se le dará 20 puntos al que no practique o presente ninguna actividad del enunciado.
7. Puede o no tener experiencia familiar a). ☒ Sí
8. ☒ Ir inmediatamente al estomatólogo.
a) ☒ Sí
b).
 1. ☐ Fiebre
 2. ☐ Dolor y sensación de escozor en la zona afectada.
 3. ☒ Cambio de coloración del área y/o sangramiento
 4. ☐ Presencia de una pequeña úlcera en la mucosa cerca de los tejidos traumatizados.
 5. ☒ Observar aumentos de volumen
 6. ☒ Lesiones blanquecinas o manchas rojas
 7. ☒ Úlcera o heridas, sin causa aparente que no cicatrizan en dos semanas.

La calificación del cuestionario se realizó de la manera siguiente.

Evaluación por aspectos:

Tema 1. "Generalidades"

Pregunta 1,2 y 3

De adecuado: cuando estén evaluados como adecuado 2 ítems

De inadecuado: cuando estén evaluados como adecuado 1 ítems

Tema 2. "Prevención"

Pregunta 4 y 5

De adecuado: cuando estén evaluados como adecuado 2 ítems

De inadecuado: cuando estén evaluados como adecuado 1 ítems

Tema 3. "Factores de riesgo"

Pregunta 6 y 7

De adecuado: cuando estén evaluados como adecuado 4 ítems

De inadecuado: cuando estén evaluados como adecuado 2 ítems

Tema 4. "Conductas a seguir ante las lesiones premalignas y malignas"

Pregunta 8

De adecuado: cuando estén evaluados como adecuado 4- 5 ítems

De inadecuado: cuando estén evaluados como adecuado 3 ítems

Anexo 4

Programa educativo “Tu salud bucal al alcance de tus manos”

Primera Sesión. Vamos a conocernos.

Tema: Introducción al programa

Tiempo: 40 minutos.

Material: Pizarra, tizas, lápices y encuesta.

Técnica: Lluvia de ideas.

Objetivos:

- Introducción al programa educativo.
- Propiciar un ambiente adecuado que le permita a los pacientes como participantes, su desenvolvimiento en el grupo.
- Resaltar la importancia del desarrollo de las actividades y el cumplimiento de las mismas.

Desarrollo:

Se comenzó realizando la introducción del curso. Todos los pacientes se presentaron con su nombre y lugar de trabajo. En esta reunión se coordinó la fecha, lugar y frecuencia de mayor factibilidad para todos y se les enfatizó su necesaria cooperación para lograr cambios significativos en sus conocimientos sobre las lesiones premalignas y maligna seleccionada (Carcinoma Epidermoide). En este momento se les aplicó el cuestionario (Anexo 2) para el cual tuvieron 20 minutos para que respondieran cómodamente.

Límites:

Geográfico: Área de salud de Buenaventura. Aula de la Clínica Estomatológica Docente “René Guzmán Pérez”.

Población: Pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente “René Guzmán Pérez”.

Tiempo: 2018-2020

Segunda Sesión. Hablemos de salud

Tema: Generalidades sobre lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.

Tiempo: 40 minutos.

Material: Pizarra, tizas, lápices, modelos dentales, láminas.

Técnica: Charla educativa, demostración y Discusión grupal.

Objetivo:

- Definir conceptos de salud bucal y lesiones premalignas (Leucoplasia, eritropasia y paladar de fumador invertido) y maligna seleccionada.(Carcinoma epidermoide)
- Conocer características clínicas para reconocerlas, clasificaciones (premalignas y malignas) y epidemiología de las mismas.

Desarrollo:

Se comenzó a desarrollar el tema a través de la charla y la demostración con laminarios y PowerPoint. Luego se seleccionaron dos pacientes voluntarios que demostraron a sus compañeros lo aprendido. Los pacientes previamente seleccionados a los que se les entregó tarjetas que contenían textos sobre enfermedades bucodentales las fueron leyendo y los demás fueron dando su opinión con una "Lluvia de Ideas". Las preguntas que iban surgiendo la autora las copiaba en la pizarra y les iba dando respuestas según correspondían. Los pacientes evacuaron todas sus dudas. Durante el desarrollo se garantizó la participación y el aprendizaje de todos de forma igualitaria.

Límites:

Geográfico: Área de salud de Buenaventura. Aula de la Clínica Estomatológica Docente "René Guzmán Pérez".

Población: Pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente "René Guzmán Pérez".

Tiempo: 2018-2020

Tercera sesión. Aprendamos juntos que.....

Tema: Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas.

Tiempo: 40 minutos.

Material: Pizarra, tizas, lápices y computadora.

Técnica: Charla educativa, Discusión grupal.

Objetivo:

- Desarrollar en los pacientes el conocimiento acerca de los factores predisponentes asociados a las lesiones bucales premalignas y malignas y la importancia de la prevención de las mismas
- Destacar la importancia de evitarlos a toda costa y los beneficios que esto aporta.(Dieta caliente y picante, restauraciones defectuosas con bordes filosos, prótesis desajustadas, hábitos tóxicos alcohol y tabaco)

Desarrollo:

Para el comienzo de esta sesión se desarrolló una “lluvia de ideas” en relación con el tema tratado en la sesión anterior, para comprobar los conocimientos adquiridos. Para el desarrollo de este tema se dividió el grupo en dos y cada grupo iba leyendo las preguntas que se encontraban en sus mesas en tarjetas de colores, y el segundo les iba dando respuesta y luego viceversa, con los conocimientos que ellos poseían, los cuáles le servían a la autora para conocer cuánto debía abarcar en este tema para desarrollar sus conocimientos.

Límites:

Geográfico: Área de salud de Buenaventura. Aula de la clínica docente “René Guzmán Pérez”.

Población: Pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente “René Guzmán Pérez”.

Tiempo: 2018-2020

Cuarta sesión. Entremos en materia

Tema: Conducta a seguir antes la presencia de estas lesiones.

Tiempo: 40 minutos.

Material: Pizarra, tizas, lápices y televisor y dispositivo USB con material audiovisual.

Técnica: Charla educativa, Discusión grupal.

Objetivo:

- Desarrollar en los pacientes el conocimiento acerca de la importancia de la atención temprana de las mismas a través de la explicación del tratamiento médico una vez diagnosticado y la actitud que debe asumir el paciente una vez que se haya detectado algún signo o síntoma que indique lesiones de este tipo.

Desarrollo:

Esta sesión se inició comprobando los conocimientos adquiridos de la sesión anterior. Luego la autora desarrolló el tema mostrando un árbol donde se encontraban las diferentes lesiones que pueden presentarse en la cavidad bucal así como la conducta que se debe seguir por parte del paciente y el médico una vez detectadas, las preguntas que fueron surgiendo se copiaron en la pizarra de forma enumerada y se les fueron dando respuesta en el transcurso de la sesión. Al finalizar se realizó un debate entre todos los participantes los cuales se contaban sus experiencias sobre el tema.

Límites:

Geográfico: Área de salud de Buenaventura. Aula de la Clínica Estomatológica Docente “René Guzmán Pérez”.

Población: Pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente “René Guzmán Pérez”.

Tiempo: 2018-2020

Quinta sesión: Hazlo hoy, mañana puede ser tarde.

Tema: Medidas de prevención de las lesiones premalignas y malignas bucales.

Tiempo: 40 minutos.

Material: Pizarra, tizas, lápices y computadora.

Técnica: Charla educativa, Discusión grupal.

Objetivo:

- Proporcionar en los pacientes el conocimiento sobre las acciones a seguir para evitar la aparición de ellas. Herramientas que le sirvan para prevenir estas lesiones y autocorregir comportamientos inadecuados o lesivos. (Autoexamen)

Desarrollo:

Se inició en retrospectiva comprobando los conocimientos adquiridos de la sesión anterior. Luego la autora preguntó a los pacientes si querían comentar sobre las experiencias personales vividas o de algún familiar y cuál había sido su proceder, para lo cual surgieron voluntarios que relataron sus historias. Luego se les impartió el tema correspondiente para que conocieran como debían proceder para ayudar a que el pronóstico sea más favorable empleando el autoexamen bucal (PDCB). Luego se seleccionaron algunos participantes quienes realizaron un dramatizado con el cual se mostraron muy entusiasmados y fue de mucha atracción para todos, sobre la manera de autoexaminarse y prevenir dichas lesiones. Al finalizar fueron evacuaron todas sus dudas.

Límites:

Geográfico: Área de salud de Buenaventura. Aula de la Clínica Estomatológica Docente "René Guzmán Pérez".

Población: Pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente "René Guzmán Pérez".

Tiempo: 2018-2020

Sexta sesión. Demuestra que sabes.

Tema: Evaluación final.

Tiempo: 40 minutos.

Material: Pizarra, tizas, lápices y cuestionario.

Técnica: Lluvia de ideas.

Objetivo:

- Evaluar la efectividad del programa educativo.

Desarrollo:

Para el desarrollo de esta sesión se dio inicio haciendo un resumen de los temas impartidos con una lluvia de ideas. La autora interrogó acerca de cómo se habían sentido durante todo el programa y cuáles eran sus sugerencias, para lo cual surgieron algunas ideas que fueron recogidas. Luego se les aplicó el cuestionario con las mismas preguntas y el cual se validaría bajo los mismos criterios del diagnóstico inicial. Al finalizar la autora les agradeció nuevamente por haber participado en el Programa Educativo.

Límites:

Geográfico: Área de salud de Buenaventura. Aula de la Clínica Estomatológica Docente “René Guzmán Pérez”.

Población: Pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Docente “René Guzmán Pérez”.

Tiempo: 2018-2020