

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS DE CIEINFUEGOS



Policlínico “Aracelio Rodríguez Castellón”, municipio Cumanayagua



**COMPORTAMIENTO DE FACTORES DE RIESGO EN AFECCIONES
PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL. CUMANAYAGUA,
2020.**

Tesis para optar por el título de especialista en primer grado en
Estomatología General Integral.

Autor: Dr. Julio Cesar González Moya / Residente de 2^{do} año en EGI

Tutora: Dra. Mavel Cristina Muñoz Medina.

Especialista en Estomatología General Integral. Profesora asistente.

Asesora: Dalia Rosa Ruiz Rojas

Lic. Gestión de la Información en Salud. Profesor Instructor.

Cienfuegos, 2021

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS DE CIEINFUEGOS



Policlínico “Aracelio Rodríguez Castellón”, municipio Cumanayagua

**COMPORTAMIENTO DE FACTORES DE RIESGOS EN AFECCIONES
PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE LA CAVIDAD BUCAL. CUMANAYAGUA,
2020.**

Tesis para optar por el título de especialista en Estomatología General Integral

Autor: Dr. Julio Cesar González Moya / Residente de 1^{er} año en EGI

Tutora: Dra. Mavel Cristina Muñoz Medina.

Especialista en Estomatología General Integral. Profesora asistente.

Asesora: Dalia Rosa Ruiz Rojas

Lic. Gestión de la Información en Salud. Profesor Instructor.

Cienfuegos, 2021

Pensamiento

Puedes ser una víctima o un superviviente, todo depende de la
forma de pensar.

Dave Pelzer

Índice.

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

Introducción	8
Fundamentación	15
Problema práctico.....	15
Pregunta científica:	15
Objeto de estudio.	15
Campo de acción.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos específicos.....	15
Justificación del Problema:.....	16
Marco Teórico.....	18
Factores de riesgo.....	18
Lesiones premalignas y malignas.....	20
Lesiones premalignas más frecuentes:.....	22
Lesiones malignas más frecuente.	23
El programa de detección del cáncer bucal (PDCB).....	24
Diseño Metodológico.....	28
Criterios de inclusión:.....	28
Criterios de exclusión:	28
Criterios de Salida:	28
Consideraciones éticas:.....	28
Métodos de investigación.	29
Técnicas de procesamiento y análisis de la información.	32
Principales variables.....	33
Procesamiento de la información.....	35
Análisis y discusión de los resultados.	37
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Referencias bibliográficas	

Anexos

Agradecimientos.

Agradezco a mis familiares en especial a mi madre por su apoyo constante, motivando mi superación y dando prioridad a mis sueños y compartir mis logros. A mi esposa por su amor incondicional su apoyo y comprensión sin límites. A la Dra Mavel Cristina Muñoz Medina y a todas aquellas personas que de una forma u otra contribuyeron al desarrollo de esta investigación.

Dedicatoria

Este trabajo es dedicado sobre todas las cosas a mi familia en especial a mis padres y esposa por ser el pilar que ha sustentado toda mi formación profesional. A mi tutora por guiar todo este duro y arduo trabajo.

Una personal dedicación a mi hijo por ser lo más hermoso que me ha dado la vida y me da fuerzas para seguir adelante.

RESUMEN

Fundamentación: el cáncer bucal, enfermedad en ascenso en Cuba y en el municipio de Cumanayagua, tiene asociado factores de riesgo bien establecidos pero cambiantes o modificables en cada región o país. Constituye un problema de salud no por su incidencia, sino por su mortalidad y está considerado como la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo. **Objetivo:** Identificar los factores de riesgo en pacientes con lesiones pre-malignas y malignas en cavidad bucal en la población mayor e igual a 45 años del municipio Cumanayagua. **Método:** se realizó una investigación observacional descriptiva, transversal, cuali-cuantitativa, en el período de estudio año 2020. El universo fue de 89 los pacientes de 45 años y más y la muestra estuvo representada por 76 (diagnosticados desde el 2017 hasta el 2020) que se remitieron por el PDCB (con resultado positivo) empleando una técnica de muestreo aleatorio simple teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Las variables fueron edad, sexo, factores de riesgo, tipo de lesiones y localización. **Conclusiones:** predominó el sexo masculino y el grupo de 55 a 64 años. Los principales factores de riesgo fueron el hábito de fumar y la deficiente higiene bucal. La leucoplasia fue la lesión premaligna con mayor número de casos y el Carcinoma epidermoide como la única lesión maligna encontrada. La localización más frecuente de las lesiones premalignas fueron la mucosa del carrillo y el labio inferior, en el caso de las malignas el labio inferior.

Palabras clave: cáncer bucal, factores de riesgos, lesiones premalignas, lesiones malignas

Introducción

Tener dientes, encías y bocas saludables son aspectos de la salud que las personas suelen dar por sentado hasta que ya no los tienen. Los expertos señalan que es un hecho lamentable ya que con buenos hábitos y chequeos regulares se podría prevenir la mayoría de problemas de la salud oral, lo cual es más fácil que suceda si las personas saben de la importancia de la salud bucodental. ⁽¹⁾

"Las enfermedades buco dentales pueden convertirse en un obstáculo importante para disfrutar de una vida saludable", afirmó Saskia Estupiñán, experta en Salud Buco dental de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS. "Hay que valorar y proteger la salud buco dental antes de que ocurran los problemas". ⁽¹⁾

La cavidad bucal es una puerta de entrada al organismo y, como tal, los problemas que sufra pueden repercutir en el resto del cuerpo. Por ese motivo, la salud bucal mantiene una estrecha relación con la salud sistémica, por su anatomía especial y múltiples funciones, así como por su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos tiene una peculiar significación en la salud humana. La incidencia de enfermedades en la cavidad bucal es relativamente alta: estas van desde simples procesos inflamatorios hasta importantes alteraciones neoplásicas. ⁽¹⁾

Las neoplasias de cabeza y cuello se encuentran dentro de las principales causas de cáncer, las que representan el 17,6 % de la totalidad de los tumores malignos, y en el 65 % de los casos se diagnostican en etapas avanzadas asociándose a un pronóstico de supervivencia pobre. ⁽²⁾

El cáncer bucal constituye un problema de salud no por su incidencia, sino por su mortalidad y está considerado como la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo. En Cuba, según la clasificación internacional de enfermedades, se encuentra entre los 10 más comunes en el hombre, constituye todos los años el 4 % de todos los cánceres con prevalencia en labios, cavidad bucal y faringe. ⁽³⁾

Dentro de las alteraciones de la mucosa bucal se encuentran: neoplasias benignas o malignas, lesiones y estados premalignos, lesiones

pseudotumorales (el épolis fisurado), estados inflamatorios (estomatitis subprótesis), queilitis angular, úlceras traumáticas, entre otras. ⁽⁴⁾

La lesión potencialmente maligna es descrita como un tejido de morfología alterada con gran predisposición a sufrir cambios y desarrollar cáncer. Este tejido tiene una predisposición de 5% mayor a convertirse en cáncer que el tejido similar de aspecto normal, independientemente de sus características clínicas o histológicas. Estas lesiones, básicamente la leucoplasia, son un estado reversible y no implica necesariamente el desarrollo de una neoplasia. ⁽⁴⁾

La forma de evitar el diagnóstico del cáncer avanzado y de mejorar la supervivencia de los pacientes, se realiza mediante la detección temprana de este a través de la identificación precoz de las denominadas lesiones premalignas o precancerosas actualmente considerados trastornos potencialmente malignos. ⁽⁴⁾

Existen factores capaces de provocar lesiones premalignas en individuos expuestos a ellos, entre lo que podemos encontrar: la edad, el tabaquismo, el alcoholismo, los traumatismos crónicos, la mala o deficiente higiene bucal, por solo mencionar algunos. Actualmente se le ha adjudicado un importante papel en la aparición de esta enfermedad a las infecciones producidas por el virus del papiloma humano y a la enfermedad periodontal. ⁽⁵⁻⁷⁾

Entre los factores de riesgo del cáncer bucal se encuentran causales exógenos como: el tabaco, el alcohol, las maloclusiones, la higiene oral defectuosa, infecciones localizadas, irritación por prótesis y la exposición a toxinas, y causales endógenos como: la herencia, las enfermedades hepáticas, la malnutrición, los factores hormonales, algunas infecciones sistémicas como la sífilis, y factores de riesgo de tipo profesional. 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. ^(6-8,10)

El cáncer bucal está asociado con una morbilidad y mortalidad significativas; cada año, en el mundo más de 400 000 personas desarrollan cáncer bucal, orofaríngeo o ambos. La tasa de supervivencia relativa es de 5 años, y varía en dependencia de la etapa de la enfermedad y el área donde se ubica. El cáncer

bucal puede estar oculto en algunos sitios anatómicos y ser completamente asintomático. El 50 % de los carcinomas de lengua ya han hecho metástasis una vez diagnosticados. ⁽⁸⁾

El diagnóstico temprano aumenta significativamente la expectativa de vida de los pacientes y reduce la morbilidad, ya que la extirpación de un cáncer bucal, en dependencia del lugar donde se encuentra y del tamaño, puede comprometer severamente la calidad de vida del paciente. En muchas regiones, la cirugía sigue siendo el tratamiento de primera elección para el cáncer bucal, aunque se pueden utilizar la radioterapia, la quimioterapia y la inmunoterapia; ya sean solas o en combinación. ⁽⁹⁾

Las lesiones premalignas y el cáncer bucal en estadios iniciales pueden cursar sutiles y asintomáticos, lo cual dificulta su diagnóstico precoz en poblaciones que no reciben una atención estomatológica sistemática. Aunque se ha investigado que las neoplasias bucales tienen relativamente peor pronóstico que las localizadas en otros órganos, estudios recientes no lo han podido demostrar. ⁽⁹⁾

La mayoría de las neoplasias bucales son carcinomas de células escamosas y se localizan con más frecuencia (en orden de frecuencia) en los bordes laterales de la lengua, en los labios y en el suelo de la boca, que son las localizaciones con mayor tasa de supervivencia; mientras que la tasa más baja es en la lengua y la encía. También pueden encontrarse otros tipos (melanomas, linfomas, carcinomas basales y lesiones metastásicas, entre otros), aunque se ha invocado que cerca de 50 % de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal pueden presentar otra lesión en lugares cercanos, por ejemplo, en faringe y esófago, pero no existe una evidencia irrefutable. ⁽¹⁰⁾

Muchos de los síntomas del cáncer bucal pueden ser causados por otros problemas que no resultan peligrosos; no obstante, la presencia de cualquiera de ellos debería estudiarse cuidadosamente porque la detección precoz es importante para el éxito del tratamiento. La presentación clínica es muy variada, va desde masas exofíticas, máculas blancas o rojas, hasta úlceras profundas no dolorosas con más de 15 días de evolución. Las áreas induradas

y fijas a planos profundos deben ser revisadas cuidadosamente, pues la palpación digital meticulosa siempre detectará estos cambios. ⁽¹⁰⁾

La leucoplasia es una zona o mancha blanca en la cavidad bucal; la eritroplasia, de mancha roja y elevada, que sangra si se fricciona. Se plantea que 25 y 70 %, respectivamente son cancerosas o precancerosas. Por su parte, la eritroleucoplasia está formada por manchas con zonas rojas y blancas. ⁽¹¹⁾

El cáncer bucal es un problema de salud que afecta a un grupo significativo de personas en el mundo y puede provocar notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. Es un problema de salud pública a nivel mundial, con tasas de incidencia y mortalidad en aumento. Desde el punto de vista estomatológico es una de las enfermedades más trascendentales en la vida de un ser humano, pues produce secuelas permanentes en el complejo bucal, que afectan psicológicamente y repercuten en el entorno social y familiar del enfermo. ⁽¹²⁾

Representa aproximadamente el 5% de la totalidad de los cánceres humanos, se estima que por año se diagnostican mundialmente, aproximadamente 263.000 nuevos casos. El cáncer más frecuente en la cavidad bucal es el carcinoma de células escamosas. Este carcinoma representa el 90% de todos los tumores malignos. La incidencia, la prevalecía y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro. ⁽¹²⁾

Mientras que algunos piensan que este es un cáncer poco común, el cáncer oral se diagnostica en alrededor de 100 nuevas personas cada día solo en los Estados Unidos de América y una persona muere de cáncer oral cada hora de cada día. Según informes mundiales, es el sexto cáncer más común, presentándose 575.000 casos nuevos y 200.000 muertes anualmente. ⁽¹³⁾

La prevalecía del cáncer bucal, varía según los diferentes países, y se reconoce entre las seis causas de muerte más frecuente entre todos los cánceres del mundo. Cada año se diagnostican en el mundo más de 575 000 casos nuevos de cáncer oral. Existe una variabilidad geográfica con una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste asiático y sobretudo en la India. Brasil tiene una de las incidencias más altas de América Latina. ⁽¹³⁾

Aproximadamente 42000 personas en los Estados Unidos de América se diagnosticaron con cáncer oral en 2013. En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, indica que el cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas y se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años. ⁽¹⁴⁾

Por su incidencia, el cáncer bucal se ubica entre las 10 primeras localizaciones de cáncer en el mundo y es el cuarto tipo con más alta incidencia en el sexo masculino; es el sexto tipo de cáncer más común, responsable de casi 4 % de los casos de cáncer diagnosticados. ⁽¹³⁾

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 personas mayores de 40 años. Se prevé que en el período de 2007 a 2030 la mortalidad por cáncer se incremente entre 7 y 17 millones de casos en el mundo, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento poblacional. En Estados Unidos se informan anualmente 30 000 nuevos casos de cáncer orofaríngeo (3 de cada 100 personas). ⁽²⁾

En Estados Unidos, 3 de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre 3-5 de cada 100 personas presentan neoplasias bucales. En Estados Unidos en el año 2019, se les diagnosticará cáncer oral y orofaríngeo a 53,000 adultos (38,140 hombres y 14,860 mujeres). ⁽¹³⁾

En Colombia, el cáncer es la tercera causa de muerte y el carcinoma escamo celular bucal ocupa el quinto lugar entre todos los cánceres, con una relación hombre/mujer 2:1.1 Anualmente se presentan aproximadamente 2 000 nuevos casos de cáncer bucal, en su mayoría diagnosticados en pacientes mayores de 60 años; es rara su presencia en la población menor de 40 años. ⁽¹⁵⁾

Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la cavidad bucal se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia, en algunos casos asociados a la ingestión de brebajes. ⁽¹⁵⁾ De todos los tipos de tumores que se diagnostican en España anualmente, el cáncer bucal representa 2,6 % de los casos y su mortalidad es de 1,5 por cada 100 000 habitantes, cifra que se acerca peligrosamente a la mortalidad del cáncer de cérvix uterino. La incidencia del cáncer bucal en 2013,

en España, fue de 6,7 por 100 000 habitantes (2,7 en mujeres y 11,0 en varones).⁽¹⁵⁾

En algunas zonas geográficas (América del Sur, sudeste asiático, Francia, Australia e India) este diagnóstico es más frecuente debido a múltiples factores, entre ellos el consumo de nuez de betel o de areca, mascar tabaco o fumar invertido; hábitos muy comunes en países asiáticos y suramericanos.⁽¹⁶⁾

Desde 1958 en Cuba el cáncer es la segunda causa de muerte y desde el 2008 ocupa la primera en 8 de las 14 provincias. El desarrollo alcanzado por los servicios estomatológicos en Cuba ha contribuido a la disminución de la incidencia del cáncer bucal, pero resulta preocupante que cada año esta enfermedad se diagnostique en un grupo considerable de personas.⁽¹⁷⁾

Cuba es uno de los primeros países del mundo en implantar un Programa Nacional de Control del Cáncer Bucal, donde su indicador más importante es el de la mortalidad. Este programa se oficializa mediante Resolución Ministerial en enero de 1986, respaldado por el Ministerio de Salud Pública, caracterizándose en el mundo por su cobertura nacional.⁽¹⁸⁾

Se estableció así, que al seguir la metodología de examen del complejo bucal se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta de estomatología o en pesquisas a la población en busca de alteraciones del complejo bucal. Si se detecta una alteración durante el examen bucal minucioso y ordenado, el paciente será remitido al segundo nivel de atención acompañado del modelo de remisión.⁽¹⁸⁾

El cáncer bucal es una enfermedad multifactorial que cada día aumenta su morbilidad y mortalidad. Se espera que esta tendencia se mantenga en los próximos años, por esa razón se hacen grandes esfuerzos preventivos, curativos e investigativos.⁽¹⁸⁾

Este examen físico debe ser minucioso y ordenado para posibilitar una evaluación integral del paciente. Si durante el examen se detectan alteraciones que hagan sospechar un trastorno potencialmente maligno o neoplasia benigna o maligna, el paciente debe ser remitido a la consulta de cirugía maxilofacial.⁽¹⁹⁾

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población en Cuba, contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez integra el Programa de Control de Cáncer. El Ministerio de Salud Pública cubano en 1986 dispuso con carácter oficial el PDCB, que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que, al seguir la metodología de examen de la cavidad bucal, se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta de Estomatología o en pesquisajes a la población en busca de alteraciones del complejo bucal. ^{(18) (19)}

La prevención primaria y los cuidados paliativos del cáncer bucal, pero especialmente la detección temprana, se convierte en un asunto de salud pública en todo el mundo, puesto que las enfermedades bucodentales son prevalentes en grupos poblacionales desprotegidos, en los cuales el cáncer tiene efectos tan devastadores como la pérdida de dientes, los traumas causados por accidentes y las lesiones no intencionales, que son situaciones que inciden en la calidad de vida de todos, principalmente de los adultos mayores. ⁽²⁰⁾

En Cuba, el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores. 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. En Cuba, el cáncer es la segunda causa de muerte para todos los grupos de edad, únicamente superada por las enfermedades del corazón. El cáncer bucal ocupa el sexto lugar entre todas las localizaciones de las neoplasias. ⁽²¹⁾

En la provincia de Cienfuegos en el año 2018 se reportó un total de 3765 defunciones, 124 fallecidos menos que el año anterior, continúa siendo el grupo de edad de 65 años y más el que más fallecidos aporta, de ellas 23 (11.2%) pacientes fallecen por tumores de labio, cavidad bucal, faringe. ⁽²¹⁾

La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles es la más elevada. Las principales causas de muerte por todas las edades son: Tumores malignos, enfermedades del corazón, seguidas de las enfermedades cerebrovasculares. ⁽²¹⁾

Fundamentación

El municipio de Cumanayagua al igual que el país y la provincia el cáncer constituyen uno de los principales problemas de salud donde se encuentra presentes las lesiones malignas y premalignas de cavidad bucal.

El insuficiente conocimiento de la población mayor de 15 años de los contenidos esenciales del programa de prevención del cáncer bucal, de los factores de riesgos asociados a estilos de vida que asumen el tabaquismo y el hábito de tomar alcohol y de la dramática evolución del cáncer oral, se convierten en fuente potencial de aumento de la incidencia de esta patología.

Problema práctico.

Incremento de lesiones premalignas y malignas en el municipio.

Pregunta científica:

¿Cuáles serán los factores de riesgo presentes en pacientes mayores de 45 años con lesiones premalignas y malignas de cavidad bucal del municipio Cumanayagua, en el periodo de tiempo de 2017 al 2020?

Objeto de estudio.

Enfermedades bucales.

Campo de acción.

Lesiones premalignas y malignas en la población mayor e igual a 45 años de Cumanayagua.

Objetivo General

Identificar los factores de riesgos en pacientes con lesiones pre-malignas y malignas en cavidad bucal en la población mayor e igual a 45 años del municipio Cumanayagua.

Objetivos específicos.

- Caracterizar la muestra estudiada según variables sociodemográficas por edad y sexo.
- Describir factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones en cavidad bucal en la población estudiada.

- Clasificar el tipo de lesión en cuanto a premalignas y malignas.
- Determinar las localizaciones más frecuentes de estas lesiones en pacientes diagnosticados.

Justificación del Problema:

Ante la magnitud y tendencia actual que presenta el cáncer bucal en Cuba y específicamente en nuestro municipio, donde la enfermedad se ubica entre las primeras causas de muerte, pretendemos en este estudio valorar todo lo referente a la misma y así poder realizar intervenciones que contribuyan a modificar estilos de vida para lograr controlar los factores de riesgo contribuyendo así a disminuir su morbilidad. Considerando que el estomatólogo debe ser el protagonista en la prevención del cáncer bucal, guiados por los objetivos que establece el programa del PDCB por parte del grupo básico de trabajo nos motivamos a realizar nuestra investigación.

MARCO TEÓRICO

La cavidad bucal, por las múltiples funciones que tiene en la vida del hombre y su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, tiene una peculiar significación, por lo cual merece una atención médica más cuidadosa, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de cualquier afección. Hay que recordar que para disfrutar un alto grado de salud general es necesaria la salud bucal.

En la caracterización epidemiológica de la población que padece cáncer bucal, juegan un papel importante los marcadores de riesgo. Estos marcadores son estados que no pueden ser modificados mediante acciones o cambios de conducta, o sea que son aquellos atributos biológicos, sociales y ambientales que son inherentes a la vida de las personas y pueden relacionarse con la aparición de una enfermedad, sin que sean agentes causales o factores de riesgo. Los marcadores más relacionados con el cáncer bucal son demográficos como la edad, el sexo, el color de la piel, además del contexto socioambiental.⁽¹⁹⁾

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad. Estos factores pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son modificables y observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Al mismo tiempo, los factores de riesgo pueden caracterizar al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente; actuando de manera aislada o conjunta, de modo que pueden combinarse y aumentar la probabilidad de experimentar un daño a la salud.⁽²²⁾

Los factores de riesgo del cáncer bucal han sido clasificados según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano, en dos grandes grupos:

EXÓGENOS:

Se originan fuera del organismo y se incorporan por varias vías, generalmente conocidas y ampliamente estudiadas, que se agrupan según su naturaleza como físicos, químicos o biológicos.

ENDÓGENOS:

Se originan en el interior del organismo, por mecanismos moderadamente esclarecidos y sometidos a estudios más complejos; ellos son la herencia, los trastornos hormonales, el déficit inmunológico y los desórdenes nutricionales que afectan los tejidos bucales.

Tabaco: el tabaco constituye un factor de muy alto riesgo para todas las afecciones premalignas y malignas, el Carcinoma Epidermoide, una de las enfermedades más comunes de este tipo, más del 95% de los pacientes son fumadores inveterados, considerándose que después del cáncer de pulmón el más asociado al tabaquismo es el de la bucofaringe, aumentando el riesgo de padecimiento en los fumadores en 4 a 10 veces más que el resto de las personas.⁽²³⁾

Alcohol: es de muy alto riesgo, existe una fuerte relación entre la aparición de los cánceres y la ingestión frecuente de bebidas alcohólicas, este riesgo aumenta cuando el hábito se encuentra arraigado desde edades tempranas y asociado con el hábito de fumar ⁽²⁴⁾

Dieta: las deficiencias nutritivas traen consigo marco propicio para la aparición de enfermedades malignas, sobre todo en los alcohólicos, hay datos epidemiológicos que sugieren que los carotenos de la dieta tienen un efecto protector y que existe una relación inversa entre el consumo de frutas y vegetales y la incidencia del cáncer de cabeza y cuello , del mismo modo las comidas calientes,picantes o muy condimentadas constituyen un factor etiológico significativo en todo el tubo digestivo.⁽²⁴⁾

Higiene Bucal deficiente y Sepsis: atenta contra la salud bucal, también la actitud inapropiada del paciente hacia su salud bucal, pues si no se domina el auto examen bucal, se mantienen un correcto cepillado y no se acude a consulta estomatológica periódicamente se crean barreras subjetivas que descuidan la detección precoz de cualquier lesión bucal. ⁽²⁴⁾

Traumatismos crónicos: la irritación traumática repetida ocurre por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo

plazo motiva a la multiplicación anormal de las mismas. Los irritantes traumáticos se manifiestan en los pacientes con las prótesis desajustadas (mal confeccionadas, con reparaciones, exceso de uso o biomecánica mente alteradas), los dientes o restos radiculares con bordes filosos, las obturaciones defectuosas, por el jugueteo con las prótesis, la introducción de objetos en la boca, la masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como la discinesia lingual, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua. ⁽²⁴⁾

Radiaciones ultravioletas e ionizantes: afectan fundamentalmente al cáncer de labio, siendo casi exclusivo de la raza blanca y es muy común en personas con riesgo laboral por exposición prolongada al sol. ⁽²⁴⁾

La herencia y el sistema inmune han sido objeto de muchas investigaciones y debates en los últimos años, pues con el descubrimiento del genoma humano, se han dado a esos importantes en el estudio de los mecanismos genéticos que permiten la formación del cáncer desde el nivel celular. Se han encontrado los oncogenes y los genes protectores del cáncer, igual que los mecanismos celulares y humorales que participan en el proceso de carcinogénesis. En el caso del complejo bucal se ha precisado que en algunas ramas del cromosoma 1 y el 11, se repiten alteraciones genéticas cuando hay cáncer bucal. ⁽²⁴⁾

También se ha señalado la importancia de los linfocitos T, los anticuerpos y las moléculas de histocompatibilidad compleja que participan en el control de los tumores. Los estudios citogenéticos e inmunológicos hasta el momento no están al alcance de los servicios sanitarios de nuestro país y por ahora, en los primeros niveles, solo se pueden utilizar las referencias el paciente, a través de los antecedentes oncológicos familiares y los antecedentes patológicos personales que clínicamente se relacionen con los tumores del complejo bucal. ⁽²⁴⁾

LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS

Las lesiones precancerosas o premalignas son un tejido alterado morfológicamente en el cual el cáncer puede ocurrir con mucha probabilidad. Este concepto de premalignidad, estado preneoplásico o cancerizable tiene aún algunos elementos oscuros, que no pueden explicar por qué algunas lesiones se convierten en un carcinoma o lesión maligna similar y otras con las

mismas condiciones permanecen sin sufrir variación; los eventos que ocurren en la población celular transformadas, aún no están claras, pero lo que sí demuestra la práctica clínica diaria es que hay un grupo de lesiones en la mucosa de la boca, que pueden dar origen a un cáncer. ^{(9) (24)}

Las condiciones precancerosas son estados clínicos generalizados asociados a un aumento significativo del riesgo a padecer cáncer. En otras palabras, estos estados pueden contribuir a que aparezca un carcinoma bucal, y por tanto poseen un efecto crónico casi siempre controlable, pero cuyas secuelas regularmente no se pueden modificar. En el año 2002, Santana⁽⁴⁾ de acuerdo con una investigación, publicó una lista de estas condiciones precancerosas, que son:

Estados Premalignos:

- Liquen plano de la mucosa bucal.
- Papilomatosis bucal florida.
- Fibrosis submucosa bucal.
- Queilitis actínica.
- Mucosa atrófica de la boca.
- Paladar de fumador.
- Deficiencias inmunológicas.
- Infección por el virus del Papiloma humano.
- Infección por el virus del herpes simple.
- Nevus de la mucosa bucal.
- Lupus eritematoso.

Tres años más tarde, la OMS publicó su actualización de la Clasificación de los Tumores de Cabeza y Cuello, donde se mencionaron las siguientes condiciones premalignas⁽¹⁾

Condiciones premalignas:

- Deficiencia de hierro.
- Fibrosis bucal submucosa.
- Sífilis.
- Liquen plano bucal.

- Lupus eritematoso.
- Epidermolisis bulosa distrófica

Lesiones premalignas más frecuentes:

Leucoplasia: Lesión fundamentalmente blanca de la mucosa oral que no se desprende con el raspado y que no puede caracterizarse como otra lesión, asociada al paciente fumador, déficit de hierro, folatos, vitamina B2 y A. Evolucionan hacia el cáncer cuando no son tratadas y que Santana desde 1964, ha propuesto una clasificación, que es: queratosis difusa, queratosis focal y Leucoplasia. Posteriormente, agrega a la leucoplasia maculosa.⁽¹²⁾

Los dos primeros estadíos son siempre reversibles y constituyen las primeras alteraciones de la queratinización, caracterizada histopatológicamente por distintos grados de hiperqueratosis. La leucoplasia maculosa tiene una connotación histológica definitoria, con grandes alteraciones de la maduración de la queratina que pueden definirse como disqueratosis o displasia epitelial. En la Leucoplasia maculosa se agrupan las leucoplasias de aspecto clínico no uniforme u homogéneo, caracterizadas por zonas rojas, que alternan con distintas formas blanquecinas.⁽²⁵⁾

La leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente la cual es una placa blanca de riesgo dudoso, esto excluye otras enfermedades o trastornos que no tienen riesgo para el cáncer.⁽²⁵⁾

Eritroplasia: Santana⁽⁴⁾ la define como placas aisladas, bien definidas, de superficie roja y aterciopelada. En el seminario de Uppsala en 1994 la asignaron a las lesiones de la mucosa oral que presentan áreas rojas y que no pueden ser diagnosticadas como ninguna otra lesión definible ni clínicamente ni histopatológicamente en la actualidad, los investigadores reconocen que la eritroplasia es una entidad clínica y una lesión de la mucosa, que histológicamente, en un alto porcentaje de los casos, evidencia cambios epiteliales que varían desde una displasia moderada hasta un carcinoma in situ e incluso un carcinoma invasor. Estas áreas rojas son especialmente frecuentes entre los fumadores y bebedores de alcohol y además resultan ser la forma clínica más común de presentación del cáncer oral precoz.⁽²⁵⁾

Hay que distinguirlas clínica e histológicamente de la candidiasis, tuberculosis, histoplasmosis, dermatosis e irritación por el uso de prótesis. ⁽²⁶⁾

Paladar del fumador inveterado: conocida anteriormente como estomatitis nicotínica, se inicia con un endurecimiento del paladar que continua con unos puntos grisáceos con una forma puntiforme central rojiza que se corresponde con la abertura de un conducto excretor de una glándula salival mucosa. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

Lesiones malignas más frecuente.

Carcinoma Epidermoide o Espinocelular: Formado por células capaces de producir queratina con puentes intercelulares y sin la propiedad de producir mucus. La oncogénesis o carcinogénesis tiene una cabal expresión de su complejidad en la causa del Carcinoma Epidermoide de la boca, sin olvidar que las teorías virales, las de las fallas inmunológicas y de la mutación genética han resistido el análisis científico. Es la neoplasia maligna de mayor incidencia en la boca (más del 95% de todas). El carcinoma espinocelular puede debutar como una pequeña mancha blanquecina o eritematosa, una úlcera plana, en forma exofítica, escavada, infiltrante y nodular. ⁽²⁷⁾

Carcinoma in situ o intraepitelial (CIS): se clasifica por su cuadro histopatológico expresado por una atipicidad celular limitada por la membrana basal que se mantiene intacta, puede encontrarse en cualquier edad y muchas evidencias aseguran que demora varios años en consentirse en un carcinoma invasor. Puede aparecer en las mucosas como una mancha roja o blanquecina, como un nódulo pequeño o una superficie finalmente granular. Hay alteraciones específicas como la eritoplasia y la enfermedad de Bowen cuyo cuadro histopatológico está representado por un CIS. ⁽²⁷⁾

Carcinoma basal o basocelular: Se genera fundamentalmente en la piel del cuero cabelludo y de la cara expuesta al sol, prefiere a los sujetos de piel blanca rosada, su aparición está estrechamente relacionada con la exposición a los rayos solares. Comienza en una pequeña pápula de aspecto céreo o con una elevación que se ulcera y cicatriza, después en el transcurso de su evolución vuelve a abrirse, otras veces se observa una úlcera costrosa con bordes redondeados y lisos que se extiende periféricamente. En las comisuras tiende a formar cavidades profundas y terebrantes. ⁽²⁷⁾

En los estadios iniciales el carcinoma bucal es asintomático hasta que se comienza a ulcerar y muchos pacientes acuden a consulta sólo cuando presentan un dolor severo y persistente. La queja más frecuente es una llaga, úlcera o irritación en la boca. De forma menos frecuente cuando el paciente acude a consulta por un "bulto" o inflamación en el cuello que puede representar una metástasis en un nódulo linfático procedente de una lesión bucal, de la cual el paciente está sin percatarse.

El programa de detección del cáncer bucal (PDCB)

En Cuba el desarrollo alcanzado en la educación y en la salud pública, ha servido de base para desarrollar diversos programas de prevención y promoción de la salud. Durante los últimos 40 años el nivel de salud de la población y en particular, la salud bucal ha experimentado notables avances como resultado de la alta prioridad que el Estado ha brindado a aquellos aspectos básicos y determinantes en la calidad de vida de los ciudadanos. ⁽¹⁸⁾

(28)

El PDCB orienta a todas las personas que acuden a los servicios e instituciones de salud sobre la prevención de esa enfermedad y realiza la promoción a través de los diferentes medios de difusión. ⁽²⁸⁾

Objetivos específicos

1. Desarrollar actividades de promoción y educación, prevención primaria para mantener a la persona sana como tal, eliminando las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.
2. Identificar y diagnosticar toda lesión o estado preneoplásico y maligno del complejo bucal en etapa temprana.
3. Ofrecer tratamiento, rehabilitación y seguimiento evolutivo a los casos detectados en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.
4. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutarán las acciones del Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC), en los servicios estomatológicos, y promover la actividad investigativa.

5. Controlar y evaluar periódicamente el cumplimiento de las acciones en todos los servicios estomatológicos y territorios.

Universo de trabajo

Se realizará el examen del complejo bucal a toda la población que acuda espontáneamente a los servicios de Estomatología. El pesquisaje activo anual de las lesiones del complejo bucal se realizará a todo sujeto de 35 años y más durante las actividades de terreno de médicos y licenciados en tecnología de la salud en atención estomatológica; en el chequeo integral a la familia cubana; y en las consultas externas de médicos y Estomatólogos en las siguientes instituciones de atención médica: consultorios del Médico de la Familia, servicios estomatológicos, instituciones de Asistencia Social, otros centros laborales, educacionales y de salud.

Actividades

1. Desarrollar actividades de Promoción, Educación para la Salud y prevención primaria de las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.
2. Identificar y diagnosticar toda lesión o estado premaligno y maligno del complejo bucal en etapa temprana.
3. Ofrecer tratamiento, rehabilitación y seguimiento evolutivo a los casos detectados con cáncer bucal.
4. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutarán las acciones para el control del cáncer bucal dentro del Programa Nacional para el Control de Cáncer (PNCC) y promover la actividad investigativa.
5. Cumplir con el Sistema de Información Estadística establecido.
6. Evaluar mensualmente en los consejos de dirección de los servicios estomatológicos y los territorios el seguimiento a las acciones para el control del cáncer bucal.

Funciones del estomatólogo en el PDCB

Estomatólogo

1. Realizar el examen del complejo bucal a toda la población que solicite los Servicios Estomatológicos.
2. Hacer constar en la historia clínica del paciente la visita estomatológica y el examen del PDCB.
3. Realizarle al menos una vez al año a todo paciente de 35 años y más, que habite en su área de atención, el examen del complejo bucal.
4. Examinar anualmente a la población de hogares de ancianos asignados.
5. Remitir a la consulta de Cirugía Maxilofacial a todo paciente sospechoso de lesiones preneoplásicas o malignas del complejo bucal y llenarle el anverso del modelo de remisión al Servicio de Cirugía Maxilofacial.
6. Dispensarizar y controlar a todo paciente de 15 años y más, remitidos a consulta de Cirugía Maxilofacial.
7. Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Maxilofacial.
8. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad de las acciones para el control del cáncer bucal.
9. Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa y asesorar al Médico de Familia en el examen y patologías del complejo bucal.
10. Cumplir los procedimientos establecidos para el llenado de los modelos del Sistema de Estadística.
11. Realizar tratamiento estomatológico priorizado a pacientes remitidos con cáncer bucal, lesiones premalignas o que recibieron tratamiento oncoespecífico.
12. Dispensarización de todos los pacientes confirmados con lesiones benignas, premalignas y malignas del complejo bucal para el control de los factores de riesgo, priorización de su rehabilitación protésica y seguimiento anual.

13. Participación en la discusión de fallecidos por cáncer bucal.

Diseño Metodológico.

Se realizó una investigación observacional descriptiva, de corte transversal, cuali-cuantitativa en el municipio de Cumanayagua en el período de estudio Año 2020.

El universo quedó conformado por 89 los pacientes de 45 años y más, de la base de datos del municipio que recoge desde el 2015 hasta el 2021 y la muestra estuvo representada por 76 (diagnosticados desde el 2017 hasta el 2020) que se remitieron por el PDCB (con resultado positivo) por presentar lesiones en la cavidad bucal empleando una técnica de muestreo aleatorio simple teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de 45 años y más que se remitan por el PDCB, con resultado positivo por presentar lesión en alguna de las estructuras de la cavidad bucal y que estuvieron expuestos a factores de riesgos de lesiones.

Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten enfermedades crónicas de base que sea imposible establecer un diagnostico o no estén aptos mentalmente.

Criterios de Salida:

- ✓ Pacientes que decidan abandonar la investigación o se trasladen a otra provincia.

Consideraciones éticas:

Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas en la actualidad: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El investigador no coaccionó, ni influyó para participar o mantenerse en el estudio, considerado este la máxima expresión del principio de autonomía. Se estableció una comunicación fluida con los pacientes, para lo cual se cumplieron con los principios éticos, con rigurosa seriedad y se respetaron los derechos a colaborar de forma voluntaria, sin dejar de conservar el secreto médico.

Se realizó la investigación teniendo en cuenta el Aval del director de la institución como unidad ejecutora principal (Anexo 1), además se sometió al comité de ética (Anexo 2), se recogió la declaración jurada del tutor (Anexo 3).

El proyecto de investigación se revisó desde el punto de vista científico y metodológico por el Consejo Científico del Municipio de Cumanayagua, el cual evaluó los principios éticos implícitos en el estudio que se realizó con seres humanos obteniendo Aval del consejo científico (Anexo 4).

Del mismo modo, se mantuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes solicitando consentimiento informado de los participantes (Anexo 5), plasmando los datos obtenidos en la Historia de salud bucal individual (Anexo 6).

Métodos de investigación.

La perspectiva metodológica de la investigación se apoyó en la complementación de la metodología descriptiva a la luz del método materialista-dialéctico.

En el desarrollo de esta investigación se utilizaron los siguientes métodos de investigación.

➤ Del nivel teórico:

Analítico - sintético.

Inductivo - deductivo.

Histórico - lógico.

➤ Del nivel empírico

Revisión de documentos.

Observación.

➤ Del nivel matemático

Análisis porcentual

Descripción de los métodos.

TEÓRICOS:

Nos aportó el enfoque general para abordar los problemas científicos de la investigación, lo cual permitió profundizar en la problemática y cualidades esenciales de la misma, para la elaboración de teoría a partir de los datos acumulados.

- Analítico – Sintético: se utilizó en el análisis de las diferentes fuentes bibliográficas consultadas y de la información recopilada a través de todo el instrumento que se aplicó. Permitió conocer cómo se comporta esta problemática a nivel mundial y en Cuba, así como los resultados obtenidos en investigaciones realizadas por otros autores en sobre el tema. Mediante el análisis se pudo conocer el comportamiento de los factores de riesgos en pacientes con lesiones malignas y pre-malignas en cavidad bucal de Cumanayagua 2020. En la síntesis se unificaron los resultados obtenidos de las diferentes fuentes la cual nos permitieron establecer comparaciones de los resultados arrojados en la investigación efectuada con investigaciones ya publicadas.
- Sistémico: se utilizaron en toda la actividad científica, durante la etapa del desarrollo del cronograma de la investigación y el proceso de la determinación del estado actual de las variables a estudiar en la población objeto de estudio.
- Inductivo – Deductivo: se manejaron para el trabajo con la bibliografía, así como para la valoración de los resultados de la investigación, que permitió la observación directa de los comportamientos de las lesiones en cavidad bucal y los factores de riesgo y las relaciones que existen entre ellas permitiéndonos analizar las estadísticas de cada una en forma individual.
- Deductivo: el método deductivo se aplicó en aquellos aspectos que permitieron determinar los hechos más importantes del problema de investigación, las causas que lo originaron y sus comportamientos, permitiendo a partir de conceptos generales, formular conceptos específicos, arribar a conclusiones y emitir recomendaciones

- Histórico – Lógico: se utilizó en la sistematización de los antecedentes del problema de investigación teniendo en cuenta la experiencia de otros investigadores que permitieron el estudio detallado de todos los antecedentes y condiciones históricas, análisis de documentos, artículos, tesis y bibliografías, de forma general en la sistematización de los antecedentes del problema de la investigación.

Métodos empíricos:

Permitieron la obtención y elaboración de los datos fundamentales que caracterizara a la muestra estudiada. Se utilizaron en la comprobación de los hechos permitiendo resolver el problema de investigación con la:

- Observación: posibilitó el conocimiento directo del investigador con la situación problemática objeto de estudio. Se utilizó la observación no participante:
- Análisis documental: se profundizó en el estudio y análisis de los documentos que norman y regulan y controlan según programa nacional de estomatología del sistema nacional de salud, así como bases de datos de pacientes diagnosticados desde el 2017 hasta el 2020.

Para los métodos empíricos se recolectaron datos de Historia clínica y modelo de remisión el PDCB, de aquellos pacientes de la base de datos aplicando la observación a los contextos de la enfermedad de los pacientes, con el fin de precisar el diagnóstico con los elementos necesario para el desarrollo de la investigación y realizar una amplia revisión bibliográfica, en la biblioteca de la Sede Universitaria “Aracelio Rodríguez Castellón”, bibliotecas virtuales de Internet e Infomed, la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y datos brindados por el departamento de estadísticas del municipio.

Del nivel matemático: con él se efectuó el análisis estadístico y los cálculos de los resultados en números y por ciento y la aplicación de la fórmula en el análisis matemático de los resultados que se obtuvieron en cada una de las variables estudiadas y analizadas lo ayudó a corroborar los por cientos de las respuestas dadas.

Recursos.

- ✓ Humanos: Autor de la investigación.
- ✓ Materiales: Informes estadísticos, hojas, computadora e impresora.

Descripción de los procedimientos:

- ✓ Planificación.
- ✓ Revisión de la literatura.
- ✓ Identificación de los objetivos y variables abordados.
- ✓ Identificación de la población.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información.

Se emplearon métodos empíricos para el análisis de documentos, la observación. Métodos diagnósticos: examen clínico de PDCB. Se revisaron las Historias Clínicas Estomatológicas Individuales con el objetivo de identificar variables asociadas a la aparición de lesiones. Se consultaron las bases de datos de literaturas para su posterior comparación con autores nacionales e internacionales.

Métodos diagnósticos

Se realizó el examen clínico para determinar la presencia de lesiones en cavidad bucal, comenzando con el interrogatorio a los pacientes se prosiguió con el examen físico, que consiste en la inspección y la palpación realizada simultáneamente con el propósito de detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambio de color, textura entre otros) y adenopatías inexplicables; de presentar el paciente prótesis o espejuelos pidiéndole su retiro antes de comenzar. El instrumental utilizado fue el explorador, pinza, espejo y gasa, de no estar disponible dicho instrumental se utilizó el depresor de lengua.

Los objetivos específicos de la investigación le dieron salida al objetivo general de la investigación para ello se efectuaron en 3 etapas:

- ✚ **Etapla Diagnóstica:** Esta etapa de la investigación nos permitió darle salida al objetivo general de la investigación para el cual se recolectaron los datos empleados con el examen físico efectuado al paciente, las historias clínicas individuales del paciente las que constituirá las fuentes documentales primaria en el estudio.
- ✚ **Etapla Evaluación del diagnóstico:** Le dio salida a los objetivos 1,2,3 y4 efectuando el análisis cuanti-cualitativo para determinar el comportamiento de los factores de riesgo en pacientes con lesiones malignas y pre-malignas en cavidad bucal de Cumanayagua, 2020, según las variables de interés seleccionada para el estudio, examen físico realizados a los pacientes, método estadístico empleado para el procesamiento de la información que se recogió en la etapa de diagnóstico.
- ✚ **Etapla de análisis y discusión de los resultados:** le dio salida al objetivo general y específico de la investigación, mediante el análisis de toda la información recogida y procesada.

Principales variables

Edad

Sexo

Factores de riesgos

Tipo de lesiones

Localización de las lesiones

Operacionalización de las variables:

Variable	Clasificación	Definición	Escala	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	Representa la edad biológica según años cumplidos.	45-54 55-64 65-74	Número y porcentual

			75 y más	
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Característica fenotípica y genotípica de los caracteres sexuales	Masculino Femeninos	Número y porcentual
Factores de riesgos	Cualitativa nominal Politómica	Cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad, que puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social.	Ingestión de alimentos calientes y/o picantes. Hábito de fumar. Consumo de alcohol. Sepsis bucal. Hábitos bucales nocivos. Prótesis mal ajustadas. Piezas dentales con bordes hirientes. Restauraciones defectuosas. Deficiente higiene bucal. Exposición solar Mordedura de labios o	Número y porcentual

			queilofagia Sepsis bucal	
Tipo de lesiones	Cualitativa nominal	Según apreciación de quien describe la lesión por primera vez, sin haber sufrido modificaciones.	Lesiones premalignas(Leucoplasia, Eritroplasia) Lesiones malignas Carcinoma epidermoide o espinocelular, carcinoma in situ o intraepitelial y carcinoma basal o basocelular	Número y porcentual
Localización de las lesiones	Cualitativa nominal	Lesión tumoral que afecta la mucosa de algún sitio de la cavidad bucal	Labios Superior Labios Inferior Encía Superior Encía Inferior Mucosa del carrillo Paladar duro Lengua	Número y porcentual

Procesamiento de la información

La información primaria se procesó en una microcomputadora mediante Microsoft Excel, quedando resumidos los resultados en tablas mostrándose en frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis, las comparaciones se realizaron teniendo en cuenta los resultados de la información recogida en el examen físico realizado a los pacientes , en la historia clínica individual y registros estadísticos del municipio. Los datos recogidos se analizaron

comparando las variables con la literatura consultada, permitiendo finalmente establecer resultados fundamentales, conclusiones y ofrecer recomendaciones.

Análisis y discusión de los resultados.

Tabla 1. Características demográficas de la población estudiada según edad y sexo .Cumanayagua 2020.

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
45 a 54 años	8	10,5	10	13,2	18	23,7
55 a 64 años	12	15,8	14	18,4	26	34,2
65 a 74 años	7	9,2	12	15,8	19	25,0
Más de 75 años	6	7,9	7	9,2	13	17,7
Total	33	43,4	43	56,6	76	100,0

Fuente. Historia de salud bucal individual

En la Tabla 1. Características demográficas de la población estudiada según edad y sexo podemos observar el predominio del sexo masculino con 43 pacientes que representa el 56,6% de la muestra. En cuanto a la edad el grupo de 55-64 años presentó la mayor cantidad de personas afectadas en ambos sexos constituyendo un 34,2%, mientras que las personas mayores de 75 años fueron las menos afectadas con solo 13 pacientes para un 17,7% de los 76 pacientes que participaron en la investigación.

En el estudio “Caracterización Clínico-epidemiológica de pacientes con cáncer bucal”²⁵ el sexo masculino se observó con mayor número, datos similares al obtenido en esta investigación, aunque no se comportó del mismo modo en cuanto a las edades, prevaleciendo los adultos mayores de 70 a 79 años. Por otro lado en el estudio “Prevención del cáncer bucal en el Policlínico Comunitario Arturo Puig Ruiz de Villa.”²⁶ y en “Incidencia del cáncer bucal en el adulto mayor en la provincia Holguín, año 2018”²⁷ predominaron los hombres en edades de 50 a 54 y 60 a 69 años respectivamente, mientras que en la publicación “Cáncer bucal en pacientes de la provincia de Las Tunas, estudio de siete años”²⁸ se ilustró la distribución de los pacientes según edades, con

mayor afectación de los 50 a 69 años, siendo resultados semejantes a los obtenidos en esta tesis.

En la publicación “Factores de riesgo asociados al cáncer bucal en pacientes de un consultorio médico de la familia”²⁹ existe una igual cantidad de pacientes referido al sexo, ofreciendo marcadas diferencias respecto al grupo de edades.

Es opinión de los autores tener presente en todo tipo de estudio y en especial en este la relación que existe entre el sexo y la edad, para poder analizar con mayor prudencia la incidencia, evolución y curación de esta enfermedad. Pues existen factores de riesgos que son más comunes en un sexo y edad determinada.

Tabla 2. Factores de riesgo en pacientes con lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. Cumanayagua 2020.

Factores de riesgo	No.	%
Ingestión de alimentos calientes y/o picantes.	4	5,5
Hábito de fumar.	65	85,5
Consumo de alcohol.	38	50,0
Sepsis bucal.	7	9,2
Hábitos bucales nocivos.	6	7,9
Prótesis mal ajustadas.	23	30,2
Piezas dentales con bordes hirientes.	9	11,8
Restauraciones defectuosas.	12	15,8
Deficiente higiene bucal.	39	51,3

Fuente. Historia de salud bucal individual

Dentro de los principales factores de riesgo en pacientes con lesiones pemalignas y malignas de la cavidad bucal (Tabla 2) .El hábito de fumar fue el

factor de riesgo que mas afecta a esta población con una alarmante cifra de 85,5%, encontrando 65 pacientes practicantes de este hábito tan perjudicial para la salud bucal y general. Según plantea la bibliografía y estudios realizados en diversas regiones que el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas está directamente relacionado a la aparición del cáncer bucal el cual se presenta en las últimas décadas con alta incidencia y elevada mortalidad en muchos países incluyendo Cuba en especial muestra provincia y localidad. Le siguen con un 51,3% no menos alarmante la deficiente higiene bucal y el consumo de alcohol con 50% afectando a la mitad de las personas investigadas.

En “Caracterización Clínico-epidemiológica de pacientes con cáncer bucal” el hábito de fumar fue el factor más observado, de igual modo, en “Prevención del cáncer bucal en el Policlínico Comunitario Arturo Puig Ruiz de Villa” se encontraron factores coincidentes como deficiente higiene bucal, hábito de fumar y prótesis desajustadas.⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

La investigación de Pérez Reyes YO y Bermúdez Núñez YI⁽²⁹⁾, sobre factores de riesgo, ilustra la ingestión de alimentos muy calientes y/o picantes como principal factor asociado al cáncer bucal, no comportándose del mismo modo en los resultados en tabla.

La publicación realizada sobre población rural mexicana, establece correlación entre las lesiones de cavidad bucal y factores como hábito de fumar y consumo de alcohol, sobre todo en lesiones premalignas, mostrando similitud.⁽³⁰⁾ De igual modo, “El Carcinoma Oral de células escamosas como un reto diagnóstico en nuestra población: una revisión de la literatura”, revela un grupo de factores de riesgo, brindando especial atención al tabaco, alcohol e higiene bucal, en directa congruencia con los descritos en nuestra investigación.⁽³¹⁾

“Adaptación española de la Guía Europea para la evaluación y tratamiento de la Queratosis Actínica”, describe la exposición a los rayos ultravioletas solares como principal factor de riesgo en la aparición de la Leucoplasia, no mostrando semejanzas con los factores prevalentes expuestos en tabla 2.⁽³²⁾

Es válido destacar que no se encontraron presentes lesiones diagnosticadas que guardaran relación con la exposición solar, mordedura de labios o queilofagia, o sepsis bucal.

Es opinión del investigador que, aunque se realizan estrategias, se imparten actividades educativas sobre hábitos nocivos como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la deficiente higiene bucal, aun la población no tiene una percepción real del riesgo que representan los mismos en el deterioro de la salud bucal y general. A esto se suma que son hábitos muy arraigados y por lo tanto difíciles de controlar o eliminar incluso usualmente practicados por adolescentes y jóvenes con una tendencia ascendente. Esto representa un gran reto para los profesionales de la salud que somos responsables del bienestar de nuestra comunidad.

Tabla 3. Caracterización de los tipos de lesiones bucales. Cumanayagua 2020.

Tipo de lesiones bucales					
Lesiones premalignas	No	%	Lesiones malignas	No	%
Leucoplasia	71	93,4	Carcinoma epidermoide	5	6,5

Fuente. Historia de salud bucal individual

Según se aprecia en la Tabla 3 “Caracterización de los tipos de lesiones bucales” la Leucoplasia se evidenció en casi la totalidad de los pacientes examinados o sea 71 para un 93,4%, apareciendo en sus diferentes clasificaciones propuestas por Sanatana¹² desde 1964 que iba desde queratosis difusa, queratosis focal y Leucoplasia propiamente dicha, no existiendo la leucoplasia maculosa. Esto coincide en gran medida con estudios anteriores y en general con la literatura consultada que sitúan la leucoplasia como la lesión premaligna más frecuente en la cavidad bucal. No se detectaron lesiones premalignas de tipo Eritroplasia. En cuanto a las lesiones malignas el Carcinoma Epidermoide resultó ser la única lesión detectada en 5 pacientes que representan el 6,5% del total de casos positivos remitidos.

En “Prevención del cáncer bucal en el Policlínico Comunitario Arturo Puig Ruiz de Villa” entre las lesiones premalignas, la leucoplasia fue la más frecuente, igual resultado que el expresado.⁽²⁶⁾

Los estudios llevados a cabo en “Factores de riesgo asociados al cáncer bucal en pacientes de un consultorio médico de la familia”, se enfocaron en un grupo conformado por varias lesiones premalignas, en primer lugar, las leucoplasias, siendo esta una conclusión parecida⁽²⁹⁾

En “Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en población de Oaxaca de Juárez” las lesiones más frecuentes fueron ulceraciones, pápulas y nódulos, hallazgos no semejantes a los recopilados, donde prevalecen otros tipos de lesiones.⁽³⁰⁾

“El Carcinoma Oral de células escamosas como un reto diagnóstico en nuestra población: una revisión de la literatura”⁽³¹⁾, aporta elementos que ubican al Carcinoma Epidermoide como principal lesión maligna de la cavidad bucal en la práctica clínica, ofreciendo semejanzas.

Revisiones bibliográficas en la realización de “Expresiones clínicas de los trastornos potencialmente malignos en la cavidad oral”, identificaron numerosas lesiones premalignas coincidente con la Leucoplasia como más frecuente.⁽³⁴⁾

Es opinión de los autores, la gran asociación que existe entre los factores de riesgo y en especial el hábito de fumar y la higiene bucal deficiente y aún más cuando se asocian varios factores de riesgo con la aparición de lesiones premalignas en la cavidad bucal. Observándose como se puede llegar a la resolución de los estados patológicos más leves con el simple hecho de erradicar los factores incidentes. Coincidiendo con las bibliografías consultadas.

Tabla 4. Localizaciones más frecuentes de las lesiones premalignas de la cavidad bucal. Cumanayagua 2020.

Localizaciones	Lesiones premalignas (Leucoplasia) n=71	
	No	%
Lengua (móvil)	4	5,6
Lengua (base)	5	7,0
Labio superior	1	1,4
Labio inferior	12	16,9
Encía inferior	7	9,8
Mucosa del carrillo	21	29,5
Reborde inferior	3	4,2
Paladar duro	11	15,4
Suelo de la boca	7	9,8

Fuente. Historia de salud bucal individual

Al analizar las “Localizaciones más frecuentes de las lesiones premalignas de la cavidad bucal” tabla 4. Encontramos en la mucosa del carrillo 21 pacientes con leucoplasia para un 29,5%, representando el mayor porcentaje, seguido por el labio inferior con 16,9% y el paladar duro con 15,4%. Las zonas de localizaciones de leucoplasia de menor porcentaje fueron el reborde inferior con 3 pacientes (4,2%) y en el labio superior solo se evidenció en una persona (1,4%).

Análisis obtenidos en “Incidencia del cáncer bucal en el adulto mayor en la provincia de Holguín, año 2018”, develaron sitios más frecuentes de localización en base de lengua y lengua móvil, el artículo “Cáncer bucal en pacientes de la provincia Las Tunas, estudio de siete años”, muestra los sitios

más afectados, siendo las amígdalas, la base de la lengua y los labios, difiriendo del resultado ilustrado en tabla; del mismo modo.⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾

En investigación sobre leucoplasia, “Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con leucoplasia bucal”, se concluyeron localizaciones en reborde alveolar residual, no estando en congruencia con las detectadas.⁽³⁵⁾ Otro resultado que fue el obtenido por la Facultad de Odontología, Universidad de Chile, donde el labio inferior ocupó el sitio de mayor número en teniendo similitud con lo determinado en tabla⁽³⁶⁾.

Tabla 5. Localizaciones más frecuentes de las lesiones malignas de la cavidad bucal. Cumanayagua 2020.

Localizaciones	Lesiones malignas		
	n=5		
	Carcinoma Epidermoide	No	%
Lengua (parte móvil)	1	1	20,0
Labio inferior	4	4	80,0

Fuente. Historia de salud bucal individual

En la tabla 5 “Localizaciones más frecuentes de las lesiones malignas de la cavidad bucal” encontramos que de los 5 pacientes detectados con carcinoma, 4 de ellos presentaban dicha lesión en el labio inferior, representando el 80% y solo se localizo en la parte móvil de la lengua 1 paciente (20%) del total.

Teniendo en cuenta que el sitio donde mayormente se ubican las lesiones malignas fue el labio inferior, en “Incidencia del cáncer bucal en el adulto mayor en la provincia de Holguín, año 2018”⁽²⁷⁾ se expuso un mayor número en base de lengua y lengua móvil, siendo diferentes del anteriormente determinado, sin embargo, el Carcinoma Epidermoide fue la lesión prevalente, dato coincidente con nuestra investigación.

En el estudio “El Carcinoma Oral de células escamosas como un reto diagnóstico en nuestra población; una revisión de la literatura”³¹. Plantearon como esta patología era la más frecuente en cuanto a su incidencia en las personas, demostrando su mayor aparición en el labio inferior, coincidiendo con los resultados plasmados en la tabla 5.

“Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en población de Oaxaca de Juárez”, describe ubicaciones diferentes, mayormente en mucosa del carrillo, área retromolar, encías y paladar blando y duro. ⁽³⁰⁾

El Carcinoma epidermoide fue explicado y definido como lesión maligna más prevalente a nivel mundial en “El Carcinoma Oral de células escamosas como un reto diagnóstico en nuestra población: una revisión de la literatura” mostrado así en tabla, siendo un resultado concluyentemente igual ⁽³¹⁾ y difiere del trabajo “Mortalidad por cáncer bucal, provincia Cienfuegos, periodo 2014-2018”, en sus conclusiones estima mayor representatividad de lesiones malignas en la lengua.⁽³⁷⁾ En cuanto a la localización más frecuente obtenida en la tesis, podemos decir que difieren a los hallazgos del estudio Mortalidad por Cáncer bucal, provincia de Cienfuegos, periodo 2014-2018 ³⁷, donde concluyen que el mayor porcentaje de estas patologías se localizan en la lengua.

Conclusiones

- Predominó el sexo masculino y el grupo de edades de 55 a 64 años
- Los principales factores de riesgo que afectaron esta población fueron el hábito de fumar seguidos de la deficiente higiene bucal y el consumo de alcohol.
- La leucoplasia fue la lesión premaligna con mayor número de casos y el Carcinoma epidermoide la única lesión maligna encontrada.
- Los sitios de localización más frecuentes de las lesiones premalignas fueron la mucosa del carrillo y el labio inferior, en el caso de las malignas se encontraron en el labio inferior.

Recomendaciones

- Sabiendo la importancia que tiene este problema de salud actualmente se recomienda hacer hincapié en las medidas de promoción de salud y prevención de enfermedades desde edades tempranas.
- Educar a los pacientes de la importancia que tiene mantener modos y estilos de vida saludables, creando conciencia, de que estas enfermedades pueden ser letales y que la prevención es la mejor opción.
- Se recomienda para estudios posteriores, continuar investigando esta problemática en poblaciones con características similares en otras regiones geográficas, con la finalidad de comparar los resultados obtenidos de las variables estudiadas.

Referencias bibliográficas:

1. OMS. Cáncer [Internet]. Cáncer. 2018. Available from: http://www.who.int/cancer/media/news/Childhood_cancer_day/es/
2. Batista Castro Z, González Aguilar V, García Barceló Md, Rodríguez Pérez Id, Miranda Tarragó JD, Chica Padilla MA, Portal Pineda JA, et al. Evaluación clínico-epidemiológica de trastornos bucales potencialmente malignos en adultos de Montalvo en Ambato, Ecuador. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 2020 Ene 8];56(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1561>
3. Rodríguez Martín O, Betancourt Valladares M, García Ranero AB, Giance Paz L. Pronóstico de incidencia y mortalidad del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Ene 08]; 54(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000300005&lng=es
4. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010
5. Lazo Nodarse R, Sariol Pérez D, Hernández Reyes B, Hernández Reyes E, Rodríguez Rodríguez M, Sanford Ricard M. La prótesis estomatológica como factor de riesgo de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal Rev. Arch Med Camagüey. [Internet]. 2019 [citado 2020 Ene];123(4).Disponible en : <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v23n4/1025-0255-amc-23-04-487.pdf>
6. Renaud Vilmer C, Cavelier Balloy B. Les lésions précancéreuses sépithéliales buccales. Ann Dermatol Venerol [Internet]. 2017 [citado 2020 Enero 12];144(2): [aprox 8 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.07.017>
7. Zaldivar Pupo OL, Leyva Infante M, Castillo Santiesteban Y, Machado Cuayo M, del Toro Chang K de la C. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Artemio Mastrapa.

- Holguín, 2015. ccm [Internet]. 2017 Sep [citado 2020 Ene 08]; 21(3): 786-797. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300015&lng=es.
8. Milanés Chalet A, Rogert Alcoleaml A, Pérez Milán AS, Palomino Rodríguez IK, Beatón Sablón AM. Factores de riesgo asociados con leucoplasia bucal en pacientes del consultorio 43. Ciro Redondo. Bayamo. 2017. Multimed [Internet]. 2018 [citado 2020 enero 12]; 22 (2). Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2018/mul182f.pdf>
9. Cáncer oral y orofaríngeo: Estadísticas. American Society Clinical Oncology. Estomatol [Internet] 2019 [citado 2020 Ene 08] 2019. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/estad%C3%ADsticas>
10. Izaguirre Pérez PM. Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012 [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2016. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2812/Izaguirre_pp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Morales-Basulto R, Reina-Rodríguez Y, Viamontes-Beltrán J. Estudio clínico-epidemiológico de pacientes con cáncer en suelo de boca. Medisur [revista en Internet]. 2019 [citado 2020 Ene 27]; 17(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4161>
12. Cabrera-Escobar D. Virus papiloma humano. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 26 Mar 2021]; 25(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7412>
13. Dirección Provincial de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico De Salud. [Internet]. [citado 2021 Mar 1];.Disponible

- en:<http://www.ftp.cfg.sld.cu/medisur/Anuario%20Estadistico%20Provincial/ANUARIO%202018%20FINAL%2006082019.pdf>.
14. Mufida L, Setijanto R, Palupi R, Bramantoro T, Ramadhan C, Ramadhani A. Caries dental and oral hygiene profile of drug (narcotics and dangerous drugs) users at drug rehabilitation centers. *Int Oral Heal*. 2019; 11:6–9.
 15. Ghaffari M, Rakhshshanderou S, Rankmezankhani A, Noroozi M, Armoon B. Oral Health Education and Promotion Programmes: Meta-Analysis of 17 Year Intervention. *Int J Dent Hyg*. 2018;(July 2017):59–67.
 16. Leite RB, Marinho AC, Costa BL, Laranjeira MB, Araújo Kleyber DT, Cavalcanti Anaícla FM. A influência da associação de tabaco e álcool no câncer bucal: revisão de literatura. *J. Bras. Patol. Med. Lab.* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 26]; 57: e2142021. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442021000100300&lng=en.
 17. Secretaría de Salud. Prevención, Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal Programa de Acción Específico. 2018.
 18. Oliveira Friestino JK, Mendonça D, Oliveira P, Oliveira CM, Moreira Filho DDC. Childhood cancer: incidence and spatial patterns in the city of Campinas, Brazil, 1996-2005. *Salud Colect*. 2018 Apr 11;14(1):51.
 19. García-San-Juan C, González-Manso B, Gil-Milá J. Nivel de conocimientos sobre cáncer oral en estudiantes de 3ro a 5to año de Estomatología. *Medisur* [revista en Internet]. 2019 [citado 2020 Ene 27]; 17(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4315>
 20. Rodríguez Guerrero K, Clavería Clark RA, Peña Sisto M. Consideraciones actuales sobre envejecimiento y cáncer bucal. *MEDISAN* [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Ene 27]; 20(12): 2526-2535. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001200012&lng=es.
 21. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 38-67.

- 22.** Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población Ciudad de La Habana. [monografía en Internet]. 2013. [citado 3 de diciembre 2019]; Disponible en:
<http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf>.
- 23.** Dispensarización del año 2018. Departamento de Estadística del Policlínico Universitario Aracelio Rodríguez Castellón. Municipio de Cumanayagua, 2018.
- 24.** Pérez Valladares D de la C. Comportamiento de factores de riesgos en afecciones premalignas y malignas de cavidad bucal. CMF # 25, 2016. Policlínico Universitario. “Aracelio Rodríguez Castellón”. Cumanayagua-Cienfuegos, 2017.
- 25.** Cabrera J, de la Rosa Santana JD, Pérez Mola K, Ramírez González G, Peñón Guerra M, Vázquez Gutiérrez GL. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con cáncer bucal. 16 de Abril. [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; 59(278): e984. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/984
- 26.** Laplana de la Torre Y, Cárdenas Freixas JL. Prevención del cáncer bucal en el Policlínico Comunitario Arturo Puig Ruiz de Villa. Rev Hum Méd. [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; 20(2): 382-400. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_artext&pid=S17278120202000200382&lng=es.
- 27.** Crespo Cuenca L, Gómez González D, Parra Enríquez S, Bauzá Botey X. Incidencia del cáncer bucal en el adulto mayor en la provincia de Holguín, año 2018. [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; [aprox 10 p]. Disponible en: <http://medicinafamiliar2019.sld.cu>
- 28.** De la Paz Suárez TR, Mendoza Font Y, Durán Téllez L, García Alguacil C. Cáncer bucal en pacientes de la provincia de Las Tunas, estudio de

- siete años. [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 20]; 43(4): 1-7. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1375>
- 29.** Pérez Reyes YO, Bermúdez Núñez YI. Factores de riesgo asociados al cáncer bucal en pacientes de un consultorio médico de familia. [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; 45(5): 1-7. Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2172>
- 30.** Arias Fernández C, Ramírez Santiago AC, Meza García G. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en población de Oaxaca de Juárez. [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; 15(39): 1-8. Disponible en: http://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q
- 31.** Mungarro Cornejo GA, Muñíz Trevizo KE, García Calderón AG, Espinosa Cristóbal LF, Donohue Cornejo A, Cuevas González JC, Fornelli Martín LF. El Carcinoma Oral de células escamosas como un reto diagnóstico en nuestra población: una revisión de la literatura. [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; 16(1): 21-31. Disponible en: <http://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/3919>
- 32.** Ferrándiz C, Fonseca Capdevila E, García Díez A, Guillen Barona C, Belinchón Romero I, Redondo Bellón P, Moreno Giménez JC, Senán R. Adaptación española de la Guía Europea para la evaluación y tratamiento de la Queratosis Actínica. [revista en Internet]. 2014 [citado 2021 Abr 20]; 105(4): 378-393. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.11.013>
- 33.** Batista Vila M, Borges Troya E, Batista Boch M de las M, Téllez Marcos M. Principales lesiones bucales. Facultad de Estomatología, la Habana. 2017-2019. [Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 20]; 1-12. Disponible en: www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/285/225
- 34.** Tovia Martínez EG, Carmona Lorduy MC, Díaz Caballero AJ, Harris Ricardo J, Lanfranchy Tizeira HE. Expresiones clínicas de los trastornos

potencialmente malignos en la cavidad oral. Revisión integrativa de la literatura. [revista en Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 20]; 37(78): 1-16. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231260072005>

- 35.** Castelnau Martínez M, Montoya Sánchez I, Serguera Batista Y, Giraldo Morán RM, Pérez Rosabal A. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con leucoplasia bucal. Medisan. [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 20]; 24(1): 4-15. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96037>
- 36.** Díaz Valdivia AI. Frecuencia, caracterización clínica e histopatológica de pacientes con lesiones potencialmente malignas y malignas de cavidad oral, atendidos en la Clínica de Medicina Oral, Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. 2005-2015. [revista en Internet]. 2015 [citado 2021 Abr 20]; 1-78. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137587>
- 37.** Fuguet Boullón JR, Suarez Rodríguez AE, Capote Femenías JL, González Beriaux Y, Soto Rodríguez J, Hernández Millán AB. Mortalidad por cáncer bucal, provincia Cienfuegos, periodo 2014-2018. [revista en Internet]. 2018 [citado 2021 Abr 20]; 1-10. Disponible en: www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/408/372

ANEXO 1:

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN
UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El _____ que _____ suscribe:
_____, hago
constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:
_____, de los autores:

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de
problemas del centro, y principales problemas de salud del territorio, que
tiene como propósito obtener resultados científicos, económicos y/o
sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe
del proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20 ____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

ANEXO 2

DICTAMEN DEL COMITÉ ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de los autores _____

y encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐
NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐
☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas.
S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐
N ☐ NP ☐

15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

ANEXO 3

Compromiso del tutor del trabajo de terminación de especialidad.

Cienfuegos _____

Año _____

A: Vice Dirección Docente:

Mediante la presente le comunico que he asumido la responsabilidad de trabajar en calidad de tutor en el proyecto de investigación del

Dr. (a): _____

Residente de 1er año de la Especialidad de _____

Titulado:

Por tanto, ya en funciones de tutor resuelvo acatar todas y cada una de los aspectos que se relacionan a continuación:

- Delimitar con el residente mis funciones como tutor de la investigación.
- Orientar en lo que se respecta al tema elegido, el cual deberá guardar relación con el banco de problemas del área.
- Evaluar el avance del residente en lo relacionado con la investigación de forma frecuente y el cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los Consejos de Actividades Científicas de los distintos niveles.
- Rendir cuentas a la Vice Dirección de Docencia Médica del área sobre el estado de la investigación con la periodicidad requerida.
- Responsabilidad de forma incondicional con la investigación en cuestión siempre y cuando el residente cumpla con su responsabilidad de autor.
- Emitir una evaluación final del TTE, requisito indispensable para que el residente entregue la tesis y que debe incluir la propuesta de puntuación.

Sin más, atentamente, Dr. (a)

Firma

ANEXO 4:

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar,
y discutir el proyecto titulado _____

presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del
año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor
científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y
estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según
las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de
____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

ANEXO 5:

Consentimiento Informado:

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación

_bajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema y no se divulgue en el orden personal y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor Firma del estomatólogo cargo de la investigación

ANEXO 6:

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

[illegible]

MOD. 4702-4	HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA		FECHA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA			No de H. CLINICA
UNIDAD:	CONSULTORIO No.		
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:	NOMBRE:	
DIRECCION:			
EDAD:	SEXO: MASC. () FEM. ()	ESCOLARIDAD:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL			
ANTECEDENTES PATOLOGICOS (Personal - Familiar) Hemorragias reacc. ción y Medicamentos. HABITOS Succión Lengua Proclatili, Cepillado Bruxismo, Tabaquismo Café, Alcohol y otros. EXAMEN BUCAL (Señalar Afectaciones) EXAMEN FISICO General (Piel y Mucosas. Hábito Externo)			

[illegible][illegible]