



UNIVERSIDAD DE
Ciencias Médicas
"Dr. Raúl Dorticós Torrado"

Tesis para optar por el título de Estomatólogo General Integral

Factores de riesgo del Cáncer Bucal .Consultorio #24. Cruces; Cienfuegos, 2022"

Autora: * Dra. Rosangela González de la Rosa

Tutora: ** MsC. Magdevys Fernández Sosa.

* Residente de 2º año de Estomatología General Integral.

** Especialista de I grado en Estomatología General Integral. MsC.

Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente.

Cienfuegos, 2022

“No debe perderse por abandono lo que
luego debe recuperarse por necesidad y a
gran precio.”

“José Martí”

Agradecimientos

A mis padres por darme la vida y mi carrera, a mi esposo por su amor, comprensión y apoyo; a todos los maestros que he tenido durante mi vida, pues cada uno ha contribuido a mi formación como mujer y, de diversas maneras, despertaron mi interés por las ciencias. De ellos, con amor y, muy especialmente, a la Dra. Magdevys Fernández Sosa, quien ha sido mi amiga, mi tutora, y es un digno ejemplo para las nuevas generaciones de estomatólogos.

A todas las personas que me han ayudado en la realización de esta investigación, y sobre todo a los buenos amigos que me han brindado su aporte espiritual e intelectual.

A usted, que se interesó por el tema y ahora lee mi tesis.

A todos... ¡Muchas Gracias!

Resumen

Fundamento: 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. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgos de cáncer bucal más frecuentes en la población mayor de 18 años perteneciente al Consultorio Médico #24 del municipio de Cruces. **Diseño Metodológico:** estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el período comprendido de octubre de 2020 a abril de 2021. El universo de trabajo estuvo constituido por los 510 pacientes mayores de 18 años que pertenecen al consultorio y la muestra quedó conformada por 215 pacientes seleccionados a través de un muestreo aleatorio simple. **Resultados fundamentales:** el grupo etario que predominó fue el de 66 y más años y el sexo masculino fue el de mayor supremacía, el mayor porcentaje de pacientes practican el hábito de fumar, el uso de prótesis desajustada es el irritante traumático que más afecta a la población, los irritantes térmicos están presentes en más de la mitad de los individuos estudiados, la higiene bucal deficiente alcanza los valores más representativos en el grupo etáreo de 66 y más años. **Conclusión:** La incidencia de los factores de riesgo en la cavidad oral es directamente proporcional al desarrollo del Cáncer Bucal.

Palabras claves: factor de riesgo, cáncer bucal.

Índice

Introducción.....	1
Problema científico	7
Objetivos	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos.....	8
Marco teórico.....	9
Caracterización de la Investigación.....	16
Métodos y técnicas.....	16
Análisis Estadístico	23
Aspectos Éticos.....	23
Análisis de los resultados.....	23
Tabla 1	23
Tabla 2	24
Tabla 3	24
Tabla 4.....	25
Tabla 5.....	26
Discusión.....	27
Resultados fundamentales	31
Conclusiones.....	32
Recomendaciones.....	33
Referencias Bibliográfica.....	34

Introducción

Antecedentes y estado actual de la temática

La cavidad bucal, 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. Su incidencia, prevalencia y severidad varían de un país a otro. Es la única enfermedad bucodental conocida que incide en la mortalidad de las poblaciones. Es prevenible con la modificación de los estilos de vida. Su detección precoz incrementa la supervivencia y disminuye las secuelas y afecciones a la salud y calidad de vida de las personas. ⁽¹⁾

Es tarea de los estomatólogos realizar un minucioso examen a cada paciente que atienden teniendo siempre presente que además de la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones, el cáncer es también una enfermedad que puede aparecer en boca, en cualquier de sus variedades, además, en los últimos años bajo la influencia de una serie de factores se ha ido incrementando su incidencia y es deber de todos impedir su desarrollo. ^(1,2)

De acuerdo a la clasificación del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de Norteamérica, el cáncer oral considera las siguientes estructuras anatómicas: labio, dos tercios de la parte anterior de la lengua, mucosa bucal, piso de la boca, encía inferior, trígono retromolar, encía superior y paladar duro. ⁽³⁾

El cáncer es una de las causas más comunes de morbimortalidad en la actualidad, con más de 10 millones de casos nuevos y más de 6 millones de muertes cada año en todo el mundo. La prevalencia de esta enfermedad varía según los países. Ejemplo, en África de cada 100 diagnósticos de cáncer en diferentes localizaciones, 40 corresponden a cavidad bucal. En Estados Unidos, tres de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre tres y cinco de cada 100 personas padecen de neoplasias bucales. Aproximadamente el 3% de todos los tumores malignos se originan en la cavidad oral 2,3 de los cuales la gran mayoría corresponden a carcinoma

espinocelular (CEC) (90%).^(4,5) Los avances de la medicina moderna han hecho que cada vez más individuos alcancen edades avanzadas y se expongan en forma prolongada a carcinógenos, acumulando mutaciones y desarrollando neoplasias malignas.⁽⁶⁾

El cáncer en cavidad bucal es más visible y el que más mutila desde el punto de vista estético y funcional al paciente, ya que después de las intervenciones quirúrgicas este pierde parte de su cara y del cuello, con dificultades para deglutir, tragar, ver, oler y oír, a lo cual se suman las reacciones secundarias de la quimioterapia y la radioterapia. Constituye la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo, es un factor importante de la carga mundial de morbilidad y lo será cada vez más en los decenios venideros.⁽⁶⁾

Sin embargo, desafortunadamente, en el mundo entero, es diagnosticado en etapas loco regionalmente avanzadas (generalmente tumores voluminosos en cavidad bucal con ganglios metastásicos en el cuello) lo cual no sólo implica los tratamientos antes mencionados; sino pobres resultados terapéuticos.^(5,7) Su incidencia aumentará cada vez más en los decenios venideros. Se estimó que el número anual de casos nuevos pasaría de los 10 millones registrados en 2000 a 15 millones antes de 2020, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento poblacional. Cerca de 60% de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta. De los 10 millones anuales de casos nuevos de cáncer 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los menos desarrollados.^(7,8) Se diagnostican aproximadamente en un año 30 000 nuevos casos de cáncer orofaríngeo (3 de cada 100 personas), de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer (EE. UU.).⁽⁹⁾

En América Latina las incidencias más altas se reportan en Argentina, sur de Brasil y Uruguay. El 30% de los casos se presentan en las capitales. En Brasil ocupa el tercer lugar de frecuencia en el hombre con 8,5 % con respecto a las otras localizaciones y en la mujer es de 2,3 %, ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. En el estado de Paraíba ocupa el segundo lugar en el hombre con 15,8 % y el cuarto en la mujer con 5,8 %. ⁽¹⁴⁾.

En los Estados Unidos de Norteamérica se estiman 45.780 casos nuevos de cáncer oral y de faringe, correspondiendo a 2,8% del total de cánceres. Se estimaron 8.650 muertes por cáncer oro faríngeo, correspondiendo a 1,5% del total de muertes por cáncer en ese país. La edad media de diagnóstico del cáncer es a los 62 años de edad. En el Caribe, el país que presenta la mayor incidencia es Puerto Rico, con más de 15 casos por 100.000 habitantes. En Colombia anualmente se producen 100 a 120 nuevos casos de cáncer oral. (7,8,9)

El pronóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer de boca depende de la etapa, y si bien la identificación de población en riesgo y de lesiones precursoras, así como el diagnóstico precoz disminuyen la tasa de mortalidad, el esfuerzo mayor debe hacerse en la prevención primaria, con el objeto de disminuir la presencia de factores de riesgos que promueven los cambios neoplásicos en la mucosa de la cavidad oral. (1,11)

En Cuba, a iniciativa del profesor Dr. C Julio César Santana Garay, se implementó el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB), el cual se oficializó en 1986 por resolución ministerial. En 1992, este se incluyó en las directrices del Programa de Atención Estomatológica Integral a la Población. En el año 2002, el PDCB fue revisado e integrado como un componente del programa estomatológico, según se acordó por la Comisión Técnica del Programa de Cáncer Bucal y la Dirección Nacional de Estomatología, y ha mantenido la promoción de salud y la prevención del cáncer como su eje central, convirtiéndose en uno de los primeros países a nivel mundial en implantar un Programa como este, único en el mundo por su cobertura nacional. Este programa se oficializa mediante Resolución Ministerial en enero de 1986, respaldado por el Ministerio de Salud Pública. (11,12)

Actualmente se realiza 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 realiza 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 y otros centros laborales, educacionales y de salud. ^(5,11)

El Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal concibe dentro de sus objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad mediante la promoción y educación para la salud a través de actividades e intervenciones educativas que modifiquen hábitos y estilos de vida no saludables en la población expuesta, con la participación social y comunitaria; este aspecto no ha sido desarrollado adecuadamente con los beneficios que pudiera alcanzar, si tenemos en cuenta la accesibilidad y facilidad de la realización del examen del complejo bucal por el individuo, que con los conocimientos y entrenamiento necesarios estaría capacitado para determinar alteraciones desde los dos o tres meses de su aparición, lo que posee gran importancia, pues la detección temprana reduce significativamente la mortalidad. ^(5,11,)

Las causas múltiples de morbilidad y mortalidad en Cuba se han reducido de forma significativa para muchas enfermedades, y la población ha alcanzado una expectativa de vida al nacer cercana a los 78 años de edad, algo similar a los países desarrollados del mundo. Esa reducción tiene un alto impacto humanista, siempre capaz de perfeccionarse, lo que demuestra la eficacia del carácter preventivo y el monto asignado de recursos humanos y materiales que proporciona la política de la Revolución Cubana en materia de salud. Sin embargo, la existencia de factores relacionados con el estilo de vida, como los hábitos tóxicos, la dieta y la exposición a diversos agentes exógenos, afectan de forma negativa los índices de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas como las neoplasias. Esto ha contribuido a que la incidencia de tumores malignos haya aumentado en Cuba, al punto que 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, por encima de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares. ^(11,15)

Actualmente en nuestro país, según datos del Registro Nacional de Cáncer(RNC), el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores desde el año 1970, ocupa entre el séptimo y décimo lugares.El porcentaje oscila entre el 4,6 y el 11,3% del total de tumores

malignos, dependiendo de si se incluye o no el cáncer de labio. En cuanto a la aparición del cáncer oral según el Instituto Nacional de Cancerología se presentan anualmente entre 100 y 120 nuevos casos, apareciendo el 50% en lengua, siendo 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres y perteneciendo el 74% de los casos a grupos etáreos entre los 50-70 años. En el año 2014, según el Anuario estadístico de salud, el riesgo de morir por cáncer fue de 212.6 por 100000 habitantes, siendo por cáncer de labio, cavidad bucal y faringe fue 11.3 por 100 000 en el hombre y 3.3 en la mujer, seguida de la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón. ^(12,13)

Se considera factor de riesgo, cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad. El programa nacional de atención estomatológica integral refiere, que dentro de los factores físico-químicos los más importantes son el tabaco y el alcohol, el consumo del tabaco es el principal factor de riesgo asociado con cáncer oral y hay que añadirles a sus múltiples sustancias carcinogénicas, otro factor muy importante, el calor. El hábito de fumar constituye uno de los peligros más extendidos en el mundo actual, el 95 % de los pacientes con carcinoma bucal son fumadores inveterados, por lo que en ellos es 4 veces mayor el riesgo de padecer esta neoplasia. Santana afirma que después del cáncer de pulmón, el más influido por el hábito de fumar es el de bucofaringe. ⁽¹⁵⁾

También se añaden otros como las prótesis mal adaptadas, los bordes cortantes de obturaciones o dientes y alimentos muy calientes o muy condimentados. Docel y cols 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 colaboradores, 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. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾

Existe predominio de la enfermedad en pacientes de piel blanca (94,1 %), sin embargo, países de América Latina como; los Estados Unidos reportan una frecuencia dos veces mayor en la población negra, pero señalan los especialistas lo poco probable de encontrar una razón genética, ya que no se toman en cuenta factores socioeconómicos como los niveles de ingreso,

educación, la accesibilidad a la salud, así como un mayor consumo de tabaco y alcohol, por parte de los diferentes grupos étnicos. Por el contrario, Brasil informa que el 90 % de los casos con cáncer bucal son de piel blanca. Santana, reporta en un estudio anterior, 84 % de pacientes de piel blanca atendidos en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Si se tiene en cuenta el alto índice de pacientes de piel blanca afectados por cáncer bucal, y la proporción entre los colores de piel en el continente americano y en Cuba, los autores consideran que es necesario un estudio genético en la población cubana, que corrobore el predominio del color de piel blanca, a pesar de presentar los mismos factores de riesgo e igualdad de conocimientos sobre este tema. ⁽¹⁸⁾

En Cienfuegos la morbilidad por Cáncer Bucal en los últimos cinco años alcanzó cifras de 164 casos detectados; para un promedio de 32.8, el año 2014 arrojó 30 casos, en 2015 fueron examinados 20 casos, el 2016, 2017 y 2018 se detectaron 35, 52 y 27 nuevos casos respectivamente. ^(10,14)

Justificación del estudio

El cáncer es la única enfermedad bucodental conocida que incide en la mortalidad de las poblaciones. En Cienfuegos la morbilidad y mortalidad por cáncer bucal no deja de ser una preocupación, por su detección en etapas tardías y su incidencia en la afectación psicológica del paciente y familiares, así como por las afectaciones de funciones vitales en la vida de un ser humano. Cruces, como municipio no está exento de este problema de salud, por consiguiente, el esfuerzo mayor debe hacerse en la prevención primaria, con el objetivo de disminuir la presencia de factores de riesgos que promueven los cambios neoplásicos en la mucosa de la cavidad oral. Profundizar en esta problemática arrojará una serie de resultados que sin dudas serán de gran utilidad para la planificación y gestión de los Programas de Salud Bucal, con la consiguiente elevación de la calidad de vida de la población.

En este sentido podríamos preguntarnos: ¿Qué factores de riesgos asociados al cáncer bucal están presentes en la población objeto de estudio? ¿Cuál de dichos factores es el más frecuente?

Problema científico

¿Cuáles serán los factores de riesgos de cáncer bucal presentes en la población mayor de 18 años del consultorio 24 del municipio de Cruces en el período comprendido de octubre de 2020 y abril de 2021?

Novedad científica

Por primera vez se realiza un estudio de este tipo en dicho consultorio 24 del municipio de Cruces, por consiguiente la investigación aportará nuevos conocimientos que favorecen la caracterización de esta entidad, así como datos relevantes al Análisis de la Situación de Salud de este consultorio.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la presencia de los factores de riesgo de cáncer bucal en la población mayor de 18 años del consultorio 24, municipio Cruces, período comprendido de octubre de 2020 y abril de 2021.

Objetivos Específicos

1. Clasificar a los individuos de la muestra según edad y sexo.
2. Identificar la presencia de hábitos nocivos tales como; tabaquismo y alcoholismo en los individuos seleccionados.
3. Comprobar la presencia de deficiente higiene bucal en los individuos objeto de estudio.
4. Precisar la acción de los irritantes crónicos de la mucosa oral.

Marco teórico

La cavidad bucal es un órgano más de nuestra economía en el cual se pueden desarrollar enfermedades que de no atenderse en estadios iniciales llegarían a ocasionar a los pacientes un elevado grado de incapacidad, desde el punto de vista estético y funcional o la muerte, en el peor de los casos, se hace referencia a las neoplasias, ya sean benignas o malignas. Por todas estas razones merece la atención médica más cuidadosa, tanto en la prevención como en la detección precoz de cualquier afección, se define como el territorio entre la cara mucosa de los labios y el istmo de las fauces (pilar anterior) que la separa de la orofaringe. Los subsitios que contiene la cavidad oral son: labio, 2/3 anteriores de la lengua, piso de la boca, gíngiva, cara interna de la mejilla, trígono retromolar y paladar duro. La cavidad oral está revestida por epitelio pluriestratificado y contiene glándulas salivares menores. El cáncer oral es una enfermedad compleja que involucra todos los tejidos de la cavidad oral, aunque el más afectado es el epitelio, de ahí que el carcinoma escamoso sea el más prevalente.⁽¹⁹⁾

El cáncer comprende un grupo de enfermedades caracterizadas por proliferación autónoma de células neoplásicas que tienen varias alteraciones, incluyendo mutaciones e inestabilidad genética, en el cual las células estarán multiplicándose hasta afectar estructuras adyacentes o incluso a distancia (metástasis) desgastando al organismo y causando su deceso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación de las llamadas metástasis. Las neoplasias en la boca alcanzan magnitudes importantes y su prevención primaria consiste realmente en evitar el inicio del proceso cancerígeno en las células y aumentar así las posibilidades de cura.⁽²⁰⁻²⁵⁾

El cáncer es una enfermedad genética provocada por la alteración en la expresión de los genes de la célula de forma acumulativa y secuencial; las

células transformadas crecen sin control, y adquieren capacidad para invadir y metastatizar.⁽²⁵⁾

Carcinogénesis

El desarrollo de un tumor maligno requiere interacciones complejas entre factores exógenos y endógenos, y se produce a través de múltiples estadios. El cáncer se debe a la acción de agentes externos que alteran los genes, o a fallos en los procesos celulares intrínsecos. Los carcinógenos son agentes que causan mutaciones en protooncogenes, genes supresores y genes reparadores del ADN.⁽²⁴⁻²⁹⁾

En la actualidad se aceptan, al menos, tres etapas en el proceso de carcinogénesis: iniciación, promoción y progresión tumoral.

El carcinógeno se une de forma irreversible al ADN, y se produce una mutación, lo que conlleva la activación de un oncogén o la inactivación de un gen supresor. Es un proceso irreversible y con memoria, que parece depender de la dosis del carcinógeno, aunque no se ha podido demostrar la existencia de un umbral; en el proceso de iniciación pueden ser necesarias varias divisiones celulares. El resultado de la mutación es la adquisición de una ventaja selectiva en el desarrollo de la célula y su descendencia, ventaja conseguida mediante fenómenos de resistencia a la apoptosis o menor sensibilidad a los factores inhibidores del crecimiento.⁽²⁹⁾

Riesgo

Las investigaciones de Oncología y Patología Bucal han demostrado que la formación del cáncer bucal es un proceso crónico y complejo, en el que actúan varios elementos de forma conjunta y posiblemente ningún agente por sí solo sea capaz de causar una neoplasia maligna, esto confirma que el cáncer bucal es una enfermedad de origen multifactorial causada por alteraciones en los genes mediante una amplia gama de mecanismos que involucran también factores no genéticos. Pues son relevantes en la carcinogénesis algunos factores como las infecciones, la irritación crónica, los estados de inmunodepresión, etc, aunque sus dos factores de riesgo más importantes son el hábito de fumar y el consumo de alcohol.⁽²⁹⁾

Con frecuencia estos factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer, si bien en algunos casos, los factores genéticos o ambientales pueden jugar algún papel en grado variable. No se conocen todos los factores de riesgo y no siempre las asociaciones son de causa-efecto.⁽³⁰⁾

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o 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.⁽³⁰⁾

Factores de riesgos que actúan como agentes carcinogénico favoreciendo el desarrollo de la enfermedad:

Edad

La edad avanzada es un marcador importante en el origen de todos los tumores que afectan al hombre, pues con el paso de los años se produce un deterioro de los tejidos y ocurre un efecto acumulativo de los carcinógenos que han estado presentes en la vida del individuo; a esto se le suma la temporalidad o efecto temporal de los factores de riesgo, que es directamente proporcional al aumento de la edad. El cáncer bucal es más frecuente en las personas mayores de 35 años que crónicamente se han intoxicado con tabaco y alcohol, sin embargo el espectro epidemiológico ha cambiado en la última década y actualmente personas menores de 45 años, no fumadores/bebedores y mujeres se ven cada vez más frecuentemente afectados por esta neoplasia, probablemente de origen viral.⁽³¹⁾ Los epidemiólogos coinciden en que su mayor incidencia es a partir de la sexta década de la vida.

Sexo

El incremento en el hábito tabáquico de la mujer, desde fines de los años sesenta, ha hecho que la proporción hombre:mujer cambie de 6:1 a 4:1.

Existen informes de una leve disminución de la tasa de cáncer de cabeza y cuello en el hombre y aumento en las mujeres.⁽³¹⁾

Hábito de fumar

El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para cáncer de boca; 90% de los cánceres de la cavidad oral en hombres y 60% en mujeres se atribuyen al consumo del tabaco.⁽³¹⁾

En el humo inspirado del tabaco existen más de 30 carcinógenos(los más importantes son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas),que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno.Otras sustancias cancerígenas como el níquel y cadmio, elementos radioactivos como carbono-14 y polonio-210, incluso residuos de pesticidas se han detectado en el humo del tabaco. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal.⁽³¹⁾

El hábito de colocarse tabaco en la mucosa oral, ya sea sublingual o en el carrillo (*smokeless tobacco*), incrementa el riesgo cuatro a seis veces más para padecer cáncer de la cavidad oral (labios, lengua y mucosa de carrillo). El consumo de betel, nuez de areca y otras raíces utilizadas en el «aseo» dental, como la de souke en la India y Túnez, se asocia a cáncer de encía y piso de la boca⁽³¹⁾.

Según *Scully* los carcinógenos como las nitrosaminas específicas del tabaco, los hidrocarburos, algunos metales y radicales libres, bloquean a las enzimas antioxidantes glutatión-S-transferasa, la glutatión reductasa, la superóxido dismutasa y la glutatión peroxidasa. Los fumadores exponen su aparato aerodigestivo superior a la acción de los carcinógenos del humo de tabaco, lo que provoca cambios en esa mucosa que persiste años, aun si el paciente deja de fumar. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa o mascado o aspirado o por fumar invertido.⁽³¹⁾

El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también de la calidad y la técnica de consumo⁽³¹⁾.

Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol se asocia a incremento en el riesgo de padecer cáncer de boca, orofaringe y laringe supraglótica; es el segundo agente en importancia después del tabaco. El riesgo de cáncer de VADS en bebedores es seis veces mayor que en no bebedores, y el riesgo de muerte por cáncer de orofaringe es cuatro veces mayor en los bebedores.⁽³¹⁾

Los mecanismos conocidos de la carcinogénesis alcohólica son deficiencias nutricionales e hipovitaminosis, factores metabólicos, deficiencia de células T y de su actividad mitótica, irritación local, disminución de la acción protectora de la saliva, potencialización y solvencia de los carcinógenos del tabaco, lo que promueve su penetración en la mucosa, desregulación del sistema enzimático del citocromo p450,14 enzima que favorece el cambio de procarcinógeno a carcinógeno, disminuye la actividad de enzimas reparadoras del ADN, incrementa el daño cromosómico y los niveles séricos de acetaldehído (principal irritante y carcinógeno de la mucosa de la boca-orofaringe)⁽³¹⁾.

La dosis de alcohol consumido tiene una relación directamente proporcional con la posibilidad de tener un cáncer de boca-orofaringe; después de ajustar la variable tabaquismo, el riesgo relativo de cáncer de faringe se incrementa de 1 en los consumidores de < 25 g de alcohol/ día (dos tragos) a 125 en los que consumen > 100 g/día (siete tragos o más).⁽³¹⁾

Probablemente, el efecto más importante es la irritación local; el consumo de alcohol se asocia a cáncer en los sitios donde hay contacto durante la ingestión y deglución (piso de boca, bordes linguales, región glosoamigdalina, valléculas (límite entre la lengua y la laringe), hipofaringe región supraglótica y esófago; la prevalencia de cáncer de nasofaringe, senos paranasales y región glótica (en donde el alcohol no está en contacto directo) no es mayor en bebedores que en abstemios.⁽³¹⁾

Tipo de alcohol

La cerveza contiene nitrosodimetilamina; el vino y destilados, diferentes tipos de taninos; cuando se compara el tipo de alcohol con el tipo y cantidad de carcinógenos, se observa que los «licores oscuros» como el whisky, el ron añejo y el coñac, contienen mayor proporción de carcinógenos éster y acetaldehído que los licores ligeros (vodka, ginebra, ron claro); la proporción de cáncer hipofaríngeo y de laringe supraglótica es mayor en los consumidores de alcoholes oscuros.⁽³¹⁾

Asociación alcohol-tabaco

La intoxicación alcohol-tabaco actúa sinérgicamente en la génesis del carcinoma epidermoide de la cavidad oral-orofaringe¹ e incrementa hasta 50% el riesgo de padecer cáncer de boca en comparación con la población sin esta intoxicación. El riesgo de un no bebedor que fuma 40 cigarrillos al día se multiplica por 2.5, al igual que el de un bebedor excesivo que no fuma; sin embargo, en un fumador y bebedor el riesgo relativo se multiplica por 16. 2.⁽³¹⁾

Higiene bucal

La higiene oral deficiente se ha asociado a cáncer de la cavidad oral, pero en realidad no existe una causa-efecto. Con frecuencia los pacientes con este tipo de cáncer, presentan problemas de salud bucal como la gingivitis, restos radiculares, pérdida de órganos dentarios y el cepillado dental menos de 1 vez al día se encuentran más en pacientes con cáncer de cavidad oral. El número de dientes perdidos se ha asociado con el cáncer bucal, pero las variables relacionadas con la salud bucal también se vinculan con el consumo de tabaco y alcohol, un factor de confusión difícil de controlar en los estudios epidemiológicos. Además, la enfermedad periodontal incrementa el riesgo de cáncer de cabeza y cuello y esta asociación se mantiene en sujetos que nunca han fumado o bebido. También es más probable que los pacientes con periodontitis presenten carcinomas bucales de células escamosas más indiferenciados. Algunos microorganismos bucales pueden producir acetaldehído carcinogénico a partir del alcohol, lo que pudiera explicar el porqué la mala higiene bucal se asocia con el cáncer bucal en grandes bebedores y tomadores, en quienes las concentraciones salivares de acetaldehído se incrementan con la mala higiene.⁽³¹⁾

La hipótesis donde se plantea que: “la presencia de carcinógenos en la placa dentobacteriana favorece la irritación crónica de encías, mucosa del piso de la boca y bordes linguales y, finalmente, la aparición de carcinomas epidermoides en estas regiones y la placa dentobacteriana es la causa de los carcinomas originados en estos sitios en personas de la tercera edad que no tienen otros factores de riesgo”; es cuestionable. ^(32,33)

Traumas Crónico

El **trauma crónico** constituye un factor de riesgo físico muy importante en el origen del cáncer en el complejo bucal. 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 induce 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 biomecánicamente 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 disquinesia lingual, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua. ^(22,11)

Prótesis desajustada: Se define según lo referido por los pacientes y lo constatado en el examen clínico. Se considerará desajustada cuando no cumpla los principios de retención, soporte y estabilidad. ^(22,11)

Obturación defectuosa: Se considerarán aquellas obturaciones que tengan solución de discontinuidad con respecto a la estructura del diente o recidiva de caries, ya que estas contribuyen a una mayor acumulación de placa dentobacteriana y brindan un medio ideal para la colonización bacteriana. ^(22,11)

Dientes con bordes filosos: Se considerarán aquellos dientes o restos radiculares que tengan pérdida de la continuidad en su estructura cuyos bordes faciliten la irritación de la mucosa bucal. ^(22,11)

Caracterización de la Investigación

Descripción general

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal el cual incluyó a la población mayor de 18 años perteneciente al consultorio 24, municipio de Cruces, período comprendido entre octubre de 2020 y abril de 2021.

Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 510 personas mayores de 18 años que pertenecen al consultorio 24, municipio Cruces.

La muestra para dicho estudio, la conformaron 215 individuos que fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple en el período de tiempo establecido entre octubre de 2020 y abril de 2021.

Métodos y técnicas

Métodos: La investigación está basada en el *método universal* de la ciencia el Materialismo Dialéctico.

Métodos científicos

➤ **Métodos teóricos:**

- Histórico-Lógico: facilitó abordar los antecedentes y estado actual de la temática.
- Análisis y síntesis: se utilizó para profundizar en los elementos más esenciales de nuestra investigación (cáncer bucal-factores de riesgos).

➤ **Método Empírico:**

- Observación: constituyó un método esencial de utilización desde el inicio hasta el final de la investigación que permitió realizar una correcta identificación de los diferentes factores de riesgo del cáncer bucal presentes en la población objeto de estudio.
- Análisis documental: permitió realizar el análisis de diversos documentos y seleccionar los elementos de mayor importancia para este estudio.

Método Estadístico

- Estadística descriptiva: se empleó la distribución de frecuencias absolutas, relativas y la representación gráfica para el procesamiento de los datos obtenidos de los diferentes instrumentos aplicados.

Métodos y procedimientos

Para la realización de la investigación, primeramente, se requirió el consentimiento informado de la dirección municipal de salud (Anexo 1) y de la dirección de la institución (Anexo 2), previo conocimiento de los objetivos del estudio, su importancia y el problema de salud que se encuentra incluido dentro del banco de problemas del área.

Posteriormente la autora del trabajo asistió al consultorio 24 el cual atiende como Estomatóloga Básica del mismo, y previo consentimiento informado del paciente (Anexo 3), se le realizó el interrogatorio y examen bucal pertinente con el objetivo de obtener los datos que se requieren para el formulario de datos (Anexo 4).

Métodos para obtener la información

La recolección de los datos se realizó por la autora en el período comprendido de octubre de 2020 y abril de 2021, a través del llenado del modelo recolector de datos (Anexo 4) y las historias clínicas estomatológicas, según las variables de interés para analizar en este estudio.

Metódica

Población:

Conjunto de personas cuya actividad vital transcurre en el marco de una sociedad determinada y en un territorio concreto.

Para dar salida al objetivo No 1

Para dar salida al objetivo No. 1 se procedió a determinar:

Los años exactos cumplidos y posteriormente se conformaron grupos de edades según se relacionan a continuación:

1. De 18 a 33 años.
2. De 34 a 49 años.
3. De 50 a 65 años.
4. De 66 años y más

El sexo: según sexo biológico de cada paciente en femenino y masculino.

Para dar salida al objetivo No. 2,3,4, se procedió a determinar

Factores de riesgo: según el o los factores de riesgo presentes en nuestros pacientes se tomaron en consideración los siguientes:

1. Hábito de fumar

Se cuestionó por la presencia del hábito. Se consideró fumador aquella persona que en el momento del estudio eran fumadoras activas, en cualquiera de sus formas, al menos una vez al día.

2. Alcoholismo

Se determinó la ingesta habitual de bebidas alcohólicas y frecuencia semanal. Se clasificó como alcohólico aquellas personas con consumo semanal de al menos 200ml de bebidas alcohólicas fuertes o sus equivalentes (una botella de vino, ron o cinco latas de cerveza).

3. Higiene Bucal.

Se clasificó como deficiente si el índice de Love resulta superior al 20%. En los pacientes portadores de aparato protésico total se consideró una higiene bucal deficiente cuando la prótesis o la mucosa bucal presenten, al menos en una zona o punto, restos de alimentos o cualquier otra sustancia sea cual sea su consistencia, depósitos y/o cualquier tipo de suciedad.

Método de aplicación del Índice de Love

Para detectar la placa se emplean tabletas de plac-dent, se le indica al paciente triturlarla con las superficies oclusales y con la lengua expandir por todas las superficies dentales y después se le indica enjuagar.

Con la ayuda del espejo se comprueba las caras de los dientes que han sido coloreadas por las sustancias reveladoras (excluyendo los terceros molares) registrándose con un punto de color rojo en el diagrama del formulario.

-Los dientes ausentes son indicados en el diagrama con una línea horizontal azul.

-Los dientes que no han sido manchados se señalaron con un punto azul.

Indicador

Número de superficies manchadas

IHB-L = _____ x 100

Número de superficies examinadas

Criterios de Evaluación

Hasta el 20 % de superficies teñidas: Eficiente

Más del 20 % de superficies teñidas: Deficiente

4. Traumatismo crónico

Se buscaron los agentes irritantes traumáticos presentes en el complejo bucal. Se evaluó y examinó la presencia de prótesis desajustadas, dientes con bordes filosos u obturaciones defectuosas.

Prótesis desajustada: Se define según lo referido por los pacientes y lo constatado en el examen clínico. Se consideró desajustada cuando no cumpla los principios de retención, soporte y estabilidad.

-Obturación defectuosa: Se consideraron aquellas obturaciones que tenían solución de discontinuidad con respecto a la estructura del diente o recidiva de caries, ya que estas contribuyen a una mayor acumulación de placa dentobacteriana y brindan un medio ideal para la colonización bacteriana.

-Dientes con bordes filosos: Se consideraron aquellos dientes o restos radiculares con pérdida de la continuidad en su estructura cuyos bordes faciliten la irritación de la mucosa bucal.

Criterios de inclusión

Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, pertenecientes al consultorio 24, municipio Cruces.

Pacientes a los cuales se les confeccionó la historia clínica individual estomatológica.

Pacientes con capacidad psíquica para responder a las preguntas de la entrevista (sujeto mentalmente apto).

Criterios de exclusión:

Pacientes encamados con presencia de enfermedad terminal.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Definición Operacional	Escala de clasificación:	Definición operacional:
Edad	Cuantitativa discreta.	Edad en años cumplidos que conforman cada grupo.	1. De 18 a 33 años. 2. De 34 a 49 años. 3. De 50 a 65 años. 4. De 66 en lo adelante. .	Frecuencias relativas y absolutas (No. y %)
Sexo.	Cualitativa nominal Dicotómica.	Característica fenotípica y genotípica de los caracteres sexuales.	Femenino. Masculino.	Frecuencias relativas y absolutas (No. y %)

Hábito de fumar	Cualitativa nominal dicotómica	Cuando consumen 1 o más cigarrillos diario.	SI NO	Frecuencias relativas y absolutas (No. y %)
Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Cuando el consumo semanal es de al menos 200ml de bebidas alcohólicas fuertes o sus equivalentes (una botella de vino o cinco latas de cerveza).	SI NO	Frecuencias relativas y absolutas (No. y %)

Irritantes traumáticos	Cualitativa nominal	Presencia de prótesis desajustadas, dientes o restauraciones con bordes filosos	SI (presentes) NO (ausentes)	Frecuencias relativas y absolutas (No. y %)
Higiene bucal Deficiente	Cualitativa nominal Dicotómica	Higiene Bucal según el Índice de Love .	Eficiente Deficiente	Frecuencias relativas y absolutas (No. y %)

Análisis Estadístico

Una vez recogidos los datos se procesaron en una computadora personal. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos con análisis porcentual y estadístico. Para la edición y procesamiento de los mismos, se utilizó el programa Microsoft Word 2013 y Microsoft Excel 2013. Los datos se procesaron por el paquete estadístico SPSS 21.0

Aspectos Éticos

Los aspectos bioéticos fueron respetados y dicha investigación fue evaluada por el Consejo Científico y por el Comité de Ética de Investigación Científica en Salud de Estomatología.

Este estudio se realizó con previa autorización de la dirección de la institución, tutores y participantes en el estudio. Se garantizó la confidencialidad y el manejo ético de la información aportada por ellos; la misma solo fue usada a los fines de la investigación. (Anexo 1-2). Se tuvo en cuenta los principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Análisis de los resultados

Tabla 1. Distribución de los pacientes examinados según grupo de edad y sexo. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre de 2020 - abril de 2021.

Grupos etarios	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-33	14	6.5	15	7.0	29	13.5
34-49	20	9.3	22	10.2	42	19.5
50-65	32	14.9	34	15.8	66	30.7
66 y más	36	16.7	42	19.5	78	36.3
Total	102	47.4	113	52.6	215	100

Fuente: Formulario de datos

La tabla 1 muestra la distribución de la población que conforma el estudio según grupo de edad y sexo. De un total de 215 pacientes seleccionados, el

52.6 % corresponde al sexo masculino y el 47.4 % corresponde al sexo femenino, por lo que el sexo predominante resultó ser el masculino. El mayor porcentaje de pacientes se agrupa en las edades de 66 y más años con un 36.3 % seguido del grupo de 50 a 65 años con el 30.7 %.

Tabla 2. Distribución de los pacientes examinados según grupo etario y hábitos tóxicos. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre de 2020 - abril de 2021.

Grupos etarios	Hábitos Tóxicos									
	Tabaquismo		Alcoholismo		Ambos		Ninguno		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-33	12	5.6	4	1.9	6	2.8	7	3.3	29	13.5
34-49	10	4.7	6	2.8	20	9.3	6	2.8	42	19.5
50-65	18	8.4	14	6.5	24	11.2	10	4.7	66	30.7
66 y más	24	11.2	18	8.4	30	14.0	6	2.8	78	36.3
Total	64	29.8	42	19.5	80	37.2	29	13.5	215	100

Fuente: Formulario de datos

En la tabla 2 se representa la distribución de la población según grupo etario y hábitos tóxicos, se observa que 29.8 % de la población estudiada practica el hábito de fumar; siendo el grupo de 66 y más años el más representativo con el 11.2 % ; en el 37.2 % de la población inciden ambos agentes carcinógenos resultando ser el grupo de 66 y más años el de mayor frecuencia, seguidos por el grupo de 50-65 años, el 19.5 % es consumidora habitual de alcohol, y solo el 13.5 % del total de la población no está expuesta a dichos factores de riesgos de cáncer bucal.

Tabla 3. Distribución de la población según traumatismos crónicos y sexo. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre de 2020 - abril de 2021.

Traumatismos crónicos	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%

Prótesis desajustadas	52	46.0	40	39.2	92	42.8
Dientes con bordes filosos	29	25.7	19	18.6	48	22.3
Obturaciones defectuosas	25	22.1	16	15.7	41	19.1

Fuente: Formulario de datos

En la tabla 3 se muestra que dentro de los traumatismos crónicos el que más afecta a la población estudiada fue el uso de prótesis desajustada con un 42.8 %, siendo más relevante en el sexo masculino con 46.0 %, seguido con un 22.3% la población con presencia de piezas dentarias con bordes filosos, y con obturaciones defectuosas un 19.1 % con respecto al total de la población, factor retentivo de biopelícula dental que dificulta los procedimientos de higiene bucal lo cual trae al traste la irritación de la mucosa.

Tabla 4. Distribución de los pacientes examinados según grupo etario y factor de riesgo higiene bucal deficiente. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre de 2020 - abril de 2021.

Grupos etarios	Higiene Bucal Deficiente					
	Sí		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-33	16	7.4	13	6.0	29	13.5
34-49	30	14.0	12	5.6	42	19.5
50-65	48	22.3	18	8.4	66	30.7
66 y más	64	29.8	14	6.5	78	36.3
Total	158	73.5	57	26.5	215	100

Fuente: Formulario de datos

En la tabla 4 se muestra la distribución de la población examinada según grupo etario y factor de riesgo higiene bucal deficiente, del total de los pacientes estudiados el 73.5 % presentó higiene bucal deficiente, o sea más del 50% de los individuos presentan malas prácticas de higiene bucal, destacándose con un 29.8 % el grupo etario de 66 y más años, seguido por un 22.3 % los individuos entre 50-65 años respectivamente.

Tabla 5. Distribución de los pacientes examinados según grupo etario y acción de irritantes térmicos. Consultorio 24. Municipio Cruces. Octubre de 2020 - abril de 2021.

Grupos etarios	Irritantes térmicos					
	(bebidas y/o alimentos sólidos)				Total	
	Expuesto		No Expuesto			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18-33	12	5.6	17	7.9	29	13.5
34-49	24	11.2	18	8.4	42	19.5
50-65	42	19.5	24	11.2	66	30.7
66 y más	52	24.2	26	12.1	78	36.3
Total	130	60.5	85	39.5	215	100

Fuente: Formulario de datos

En la tabla 5 se muestra un mayor porcentaje de pacientes sometidos a la acción de bebidas y/o alimentos sólidos calientes representado por el 60.5 % del total de individuos, siendo el grupo de 66 y más años el más representativo con el 24.2 %, seguidos por el grupo de 50-65 años, el 39.5 % de los individuos no se encuentran expuestos a la incidencia de dicho factor de riesgo del cáncer bucal.

Discusión

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Es un deber de los estomatólogos identificarlas, prevenirlas y eliminarlas, porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o la prevención de un cáncer

En el estudio fueron examinados 215 pacientes; de los cuales 113 pertenecían al sexo masculino y 102 al sexo femenino, representado por un 52.6 % y 47.4 % respectivamente.

Estudios realizados en el territorio nacional como los de Mendoza y Suarez; citados por Pérez Pérez,³³ refieren que el sexo masculino y el grupo de 60 y más años tienen la más alta prevalencia del cáncer.

A nivel internacional, según Vera Vera,³⁴ se han publicado numerosos trabajos como los de Teixeira en Brasil, Pardo en Argentina, y Radoi que muestran iguales resultados.

Los datos del programa SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) de los Estados Unidos de América (EUA) muestran que la mediana de edad en pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad oral (CCECC) se encuentra entre 59 y 69 años.³⁵ Un estudio descriptivo de 2500 casos con diagnóstico de CCECC realizado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona informó resultados demográficos similares con un predominio del sexo masculino (92%).³⁶

De forma general se corrobora que la aparición del cáncer es un fenómeno que se incrementa de manera lineal después de los 40 años y alcanza sus mayores índices en el grupo de 60 y más años por el efecto acumulativo en el tiempo de la acción de los factores que se involucran en el génesis del cáncer bucal, presentando amplias variaciones geográficas y temporales. De forma general, el efecto del tiempo en función de exposición a los factores de riesgo es un elemento valioso en los estudios epidemiológicos ya que conduce a la aparición de lesiones en el complejo bucal. De acuerdo con los resultados de estudios realizados, la mayor incidencia en el sexo masculino, se atribuye a los roles de género, pues tradicionalmente los varones asumen estilos de vida

menos saludables, se dedican a profesiones de riesgo y descuidan con más facilidad su salud bucal.^{37,38}

En dicho estudio se comprobó la alta y variada presencia de factores de riesgo, dentro de ellos y con mayor representatividad se encontraron los hábitos tóxicos como son: el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas, para un 29.8 % y un 19.5 %, resultando ser el grupo de 66 y más años el de mayor supremacía.

A coincidencia con esta investigación; Alpízar y Cols, tuvieron como resultado que el hábito de fumar fue el factor de riesgo más relevante en su población objeto de estudio.³⁹

Varios estudios retrospectivos realizados en el INOR muestran resultados similares con altos porcentajes de tabaquismo y consumo de bebidas alcohólicas en pacientes con CCECC.⁴⁰

Vera Vera³⁴ en su trabajo de tesis reportó un 69% de fumadores y un 20% de consumidores de bebidas alcohólicas. Santana y col.⁴¹ en un estudio de 1080 casos con carcinoma de lengua reportaron cifras similares (78.9% consumía tabaco y 54.0% alcohol).

Existen múltiples estudios de casos/controles y estudios de cohorte que muestran incremento del riesgo de CCECC en fumadores o personas que ingieren bebidas alcohólicas. Por otro lado, en grupos poblacionales que practican la abstinencia basados en sus creencias religiosas (ejemplos: mormones, adventistas del 7mo día) el riesgo de CCECC es significativamente menor.

Kalson⁴² y Keller⁴³ plantean que los fumadores y alcohólicos tienen 3 veces más probabilidades de padecer cáncer bucal que los que no son adictos a estos hábitos, y lo demuestran en un estudio donde de 543 casos con carcinomas bucales, solo el 3 % no practicaba el hábito de fumar; si a esto le sumamos lo planteado por Worman⁴⁴ y López⁴⁵ que por lo general los bebedores son grandes fumadores y que ambos factores coinciden en la boca.

La exposición combinada al tabaco y al alcohol aumenta el riesgo de padecer neoplasia siguiendo un modelo multiplicativo y propende a acortar el período de aparición de la misma. En el 37.2 % de los individuos de la presente investigación están presentes ambas adicciones.

Según Zygogianni⁴⁶ y otros, alrededor del 80 % de los pacientes alcohólicos fuman cigarrillos y la adicción a la nicotina es más severa en fumadores con dependencia alcohólica. El hábito de fumar incrementa la carga de acetaldehído que sigue al consumo de alcohol y las bebidas alcohólicas favorecen la activación de los procarcinógenos del tabaco, por lo que tienen efectos aditivos. Se estima un riesgo atribuible de cáncer bucal debido al tabaco y alcohol de más del 80 %; los grandes bebedores y fumadores tienen un riesgo 38 veces superior.

Dentro de los traumatismos crónicos el que más afecta a la población estudiada fue el uso de prótesis desajustada con un 42.8 %, siendo más relevante en el sexo masculino con 46.0 %, seguida de los dientes con bordes filosos con un 22.3%.

El trauma crónico produce una irritación continua que puede actuar como agente hiperplasiante (aumento de espesor del epitelio) o llegar a provocar una solución de continuidad que favorezca la acción de otros agentes promotores, tales como: tabaco, *Candida albicans* y el virus del papiloma humano (VPH).⁴⁷

En este sentido es fundamental el hallazgo epidemiológico de que la combinación tabaco- alcohol- prótesis defectuosas contribuye a incrementar la susceptibilidad de sufrir afecciones en la mucosa bucal. Además, el efecto traumático sostenido de las prótesis sobre las mucosas es algo que puede detectarse y es, por tanto, un riesgo con posibilidad de ser controlado, lo cual tiene importantísimas implicaciones para la profesión estomatológica.

La mayoría de los investigadores consideran que la prótesis desajustada constituye un factor determinante en la aparición del cáncer bucal. De igual manera en la intervención educativa para la prevención de cáncer bucal en adultos mayores de la Dra. Mirna Mendoza Fernández⁴⁸ se evidencia un predominio de pacientes con prótesis desajustadas y la Dra. Miliannys Samón Guindo en el 2012 presentó datos similares en su investigación con un 43.3%.

Diferentes resultados arrojaron la investigación del Dr. Juan Cardentey García⁴⁹ donde solo el 3.8% presentó uso de prótesis desajustada.

La higiene bucal deficiente no sólo incluye la limpieza de los dientes remanentes (en el caso de que existan), sino también la limpieza del aparato protético y el enjuagatorio de los tejidos blandos que se encuentran en contacto con la prótesis. Del total de los pacientes estudiados el 73.5 % presentó higiene bucal deficiente, o sea más del 50% de los individuos presentan malas prácticas de higiene bucal, destacándose con un 29.8 % el grupo etario de 66 y más años.

Estudios realizados por Lugones M y Bermúdez M ⁴⁰, muestran que la insuficiente higiene bucal, es un factor significativo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. El sexo masculino fue el que mayor presencia de factores de riesgo mostró, de manera similar el reporte de Quintana ⁵⁰.

En la investigación de la Dr. Pérez Mallo L⁵¹, la sepsis bucal fue el factor de riesgo que prevaleció en los pacientes diagnosticados con cáncer bucal. Todas estas enfermedades constituyen la señal de que las mucosas y tejidos bucales están reaccionando de manera atípica ante los estímulos crónicos de los factores de riesgo modificables.

Por otro lado dicho estudio arrojó en la tabla 5, que el 60.5 % del total de individuos se encuentra expuesto a la acción de bebidas y/o alimentos sólidos calientes, siendo el grupo de 66 y más años el más representativo con el 24.2 %, donde un 50% de los pacientes se encuentran sometidos a dicha irritación hace más de 1año y menos de 10, en el estudio de Martín y Cols.²⁸ sobre los hábitos dietéticos demostró que el 100% acostumbraban a ingerir comidas calientes.

Resultados fundamentales

1. El grupo etario que predominó fue el de 66 y más años y el sexo masculino fue el de mayor supremacía.
2. El mayor porcentaje de pacientes practican el hábito de fumar; siendo el grupo de 66 y más años el más representativo.
3. Dentro de los traumatismos crónicos el que más afecta a la población estudiada fue el uso de prótesis desajustada estando presente en 92 individuos, siendo más relevante en el sexo masculino.
4. La higiene bucal deficiente afecta 158 individuos, alcanzando los valores más significativos en el grupo etario de 66 y más años.
5. La irritación térmica afecta a 130 de los 215 individuos estudiados.

Conclusiones

Luego de realizado el presente estudio se pudo conocer la situación real de dicha población entorno a los factores de riesgo que promueven los cambios neoplásicos en la mucosa bucal, tales como; tabaco, alcohol, irritantes traumáticos, higiene bucal deficiente e irritantes térmicos; con el fin de establecer un mayor control de los mismos, con enfoque preventivo y así confeccionar programas de intervención para disminuir su incidencia ;pues el cáncer es la única enfermedad bucodental conocida que incide en la mortalidad de las poblaciones.

Recomendaciones

Continuar fomentando e incrementar las campañas de educación para la salud para la detección temprana del cáncer en la cavidad bucal a través del programa de detección precoz del cáncer bucal, siendo vital el uso de los medios masivos de comunicación hacia la desmotivación del hábito de fumar y el abuso de bebidas alcohólicas.

Incrementar el estímulo hacia la investigación científica de nuestros profesionales en el ánimo de hacer las cosas mejor y oportunamente, desarrollando el uso de las armas terapéuticas con las que contamos.

El estomatólogo debe ser el protagonista en la educación, prevención y diagnóstico de lesiones y estado premalignos del complejo bucal en la comunidad. La mejor expresión de la educación que puede ofrecer a la población es el autoexamen del complejo bucal.

Reestructurar nuevas estrategias del enfoque de riesgo del cáncer bucal en la provincia, una vez que se evalúen los resultados epidemiológicos y comunitarios a largo plazo.

Referencias Bibliográfica

1. Cruz PM, Niño A, Batista K, Soca PE. Factores de riesgo del cáncer bucal. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2017 jul-sept [citado 28 mayo 2021];53(3):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072016000300006&script=sci_arttext&lng=pt
2. Alvarado Solórzano, Alcira M. Restrepo Escudero, María T. Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2017 [citado 26 junio 2021]; 2(Extra 2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5761579.pdf>
3. De Massachusetts, General, et al. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. *Lancet Oncol* [Internet]. 2017/citado 20 de julio de 2021;14: 391-436. Disponible en : http://scholar.google.com/cu/scholar?q=La+planificaci%C3%B3n+del+control+del+c%C3%A1ncer+en+Am%C3%A9rica+Latina+y+el+Caribe&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
4. Santelices Ch María Josefina, Cárcamo I Marcela, Brenner A Claudio, Montes F Rodrigo. Cáncer oral en Chile: Revisión de la literatura. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 mayo 29]; 144(6): 758-766. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000600011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600011>.
5. Miranda Tarragó Josefa Dolores. Retos y posibilidades en la disminución de la mortalidad por cáncer bucal. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 junio 22]; 51(3): 248-249. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000300001&lng=es.
6. Rodríguez González Gloria María, Valentín González Federico, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Nivel de conocimiento

- sobre cáncer bucal en un sector de la población. Rev.Med. Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 julio 23]; 39(2): 233-244. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200009&lng=es.
7. Galeone C, Edefonti V, Parpinel M, Leoncini E, Matsuo K, Talamini R, et al. Folate intake and the risk of oral cavity and pharyngeal cancer: a pooled analysis within the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. Int J Cancer [revista en Internet]. 2017 [citado 25 junio 2021];136(4):904-14. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29044/full>
 8. OMS. Cáncer [Internet] 2018. [citado 10 ene 2021].297. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
 9. Valentín González Federico, Rodríguez González Gloria María, Conde Suárez Heberto Fidencio, Vila Morales Dadonim. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev.Med. Electrón. [Internet]. 2017 Abr [citado 2021 mayo 22]; 39(2): 245-258. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es.
 10. Rodríguez Ricardo Emilio, Santana Fernández Kadir Argelio, Fong González Yaivet, Rey Ferrales Yusleine, Jacas Gómez Manuel Jesús, Quevedo Peillón Karelia. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. AMC [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 julio 28]; 18(6): 642-655. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007&lng=es.
 11. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
 12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico [Internet]2018 [citado 28 de agosto de 2021]. La Habana: MINSAP; 2016.Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf

13. Miguel Cruz Pedro Antonio, Niño Peña Aluett, Batista Marrero Kelia, Miguel-Soca Pedro Enrique. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 junio 28]; 53(3): 128-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es.
14. Scully C. Oral cancer aetiopathogenesis; past, present and future aspects. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [revista en Internet]. 2017 [citado 15 Feb 2021];16(3): e306-11. Disponible en: <http://preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21441876>
15. Rodríguez Soto Agustín, Fernández Collazo María Elena, Vila Morales Dadonim, Vigo Campbell Martha, Robaina Consuegra Pedro Luis. Mortalidad por cáncer bucal en La Habana, 2001-2010. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 2021 marzo 22]; 52(Suppl 1): 11-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500003&lng=es.
16. 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]. 2017 [citado 22 de octubre 2021];18(3):269-74. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309150>
17. Cueto-Eduardo I. Anuario estadístico. Medisur [revista en Internet]. 2017 [citado 4 enero 2021]; 14(6): [aprox. 109 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3503>
18. Hermida Rojas M, Santana Garay JC, González Docando YE, Borroto Alcorta DC. Factores de riesgo del cáncer bucal. Rev MEDICIEGO [serie en Internet]2017 [citado 28 de abril 2021]; 13(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a12_v13_0107htm
19. Khajuria N, Metgud R. Role of bacteria in oral carcinogenesis. Indian J Dent [revista en Internet]. 2017 [citado 28 abril 2021];6(1):37-43. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357077>

20. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol [Internet]. 2017 Ag [citado 4 enero 2021];31(4):247-59. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n4/original1.pdf>
21. Cheesman Mazariegos SS, Suárez Lugo N. Tabaquismo en estudiantes de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Mar; 41(1): [aprox. 0 p.]. [Citado 2021 marzo 29]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100003&lng=es
22. Polz-Gruszka D, Stec A, Dworzański J, Polz-Dacewicz M. EBV, HSV, CMV and HPV in laryngeal and oropharyngeal carcinoma in Polish patients. Anticancer Res [revista en Internet]. 2017[citado 20 febrero 2021];35(3):1657-61. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25750324>
23. Ardila Medina CM, Jiménez Gómez R, Álvarez Martínez E. Revisión sistemática de los efectos del hábito de fumar invertido sobre la mucosa oral. AMC [Internet]. 2018 Jun 17(3):405-15. [Citado 2021 agosto 26]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000300015&lng=es
24. Rojas JP, Rojas LA, Hidalgo R. Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. Rev Clínica Periodon 2017 Chile [Internet]. 2017; (6): [aprox. 6 p.]. [Citado 2021 Feb 12]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072014000200010>
25. Tan Castañeda NN, Salamanca Villazón L, Roche Martínez A, Nasco Hidalgo N. Comportamiento del consumo de alcohol y el tabaquismo en estudiantes de tercer año de Estomatología. Rev Hosp Psiquiatr Hab [Internet]. 2018; 11 (Suplemento): [aprox. 6 p.]. [Citado 2021 junio 26]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202015/comportamiento%20del%20consumo%20de%20alcohol.html>
26. González Ramos RM, Rodríguez Lorenzo E, Madrazo Ordaz D, Quesada M. Comportamiento del hábito de fumar y alcoholismo. Consultorio 9

- Policlínico Plaza de la Revolución. Rev Hosp Psiquiatr Habana [Internet]. 2018. [Citado 2021 agosto 26]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/sup%20esp%202015/comportamiento%20del%20habito%20de%20fumar.html>
27. Stillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. Oral Cancer and Dentists: Knowledge, Attitudes and Practices in Chile. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 enero 21]; 10(3): 521-529. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2016000300021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300021>.
28. Shetty SR, Babu S, Kumari S, Shetty P, Hegde S, Karikal A. Status of trace elements in saliva of oral precancer and oral cancer patients. J Can Res Ther [revista en Internet]. 2018 [citado 20 marzo 2021];11(1):146-149. Disponible en: <http://www.cancerjournal.net/text.asp?2015/11/1/146/137973>
29. Olalekan G, Olutola E, Akinola L, et al. Knowledge, opinions and practices about oral cancer among general medical practitioners in Lagos, Nigeria. J Oral Research Review [Internet]. 2017 [citado 3 Dic 2021]; 7(1). Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/309429300_Knowledge_opinions_and_practices_about_oral_cancer_among_general_medical_practitioners_in_Lagos_Nigeria
30. Sarabadani J, Pakfetrat A, Dairsani Z, et al. Oral cancer: prevention and early detection, dentists opinions and practices (Mashhad-Iran). J Cancer Edu. 2017 jul;5(4). Citado en PubMed; PMID: 10770007.
31. Gheno JN, Martins MA, Munerato MC, Hugo FN, Sant'ana Filho M, Weissheimer C, et al. Oral mucosal lesions and their association with sociodemographic, behavioral, and health status factors. Braz Oral Res. [revista en Internet]. 2017 [cited 2021 Feb. 04];29(1):4-4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242015000100289&lng=es
32. Rodríguez Martín Odalys, Betancourt Valladares Miriela, García Ranero Adriana Bárbara, Giance Paz Letissia. Pronóstico de incidencia y mortalidad

- del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Rev cubana Estomatol [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 enero 18]; 54(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000300005&lng=es.-
33. Padilla EM, Sexto M, Quintero I, et al. Propuesta de superación profesional sobre cáncer bucal en la Atención Primaria de Salud. Rev Finlay [Internet]. 2017 abr-jun [citado 12 febrero 2021];6(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200003.
34. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1973- 1998. National Cancer Institute, Bethesda (MD). [citado 2021 oct 03] disponible en: [http:// seer. cancer.gov /publications/](http://seer.cancer.gov/publications/)
35. Quer M, León X, Orús C, et al. Analysis of 2500 squamous cell carcinoma of the head and neck. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017; 2(3):201-205.
36. Shin DM, Donato NJ, Perez-Soler R, et al. Epidermal Growth Factor Receptortargeted Therapy with C225 and Cisplatin in Patients with Head and Neck Cancer. Clin Cancer Res. 2017; 7:1204–1213.
37. Álvarez CA, Llorente JL, Franco V, et al. Recidivas en el cáncer escamoso de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017;58(4):156-63
38. Alpízar R, Mora MC, Montenegro I, Pérez T, Rodríguez AL. Programa de pesquiasje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev cubana Med Gen Integr. 2018;17(3):240-3
39. Lugones M, Bermúdez M, Pichs LA, Miyar E. Las consecuencias del tabaquismo. Policlínico "26 de Julio", Ciudad de La Habana. Rev cubana Hig Epidemiol. 2016;44(3).
40. Santana J. Carcinoma de lengua: Su detección temprana en función del pronóstico [Tesis]. La Habana: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 1976.
41. Kolson H. Epidermoide carcinoma of the floor of the mouth. Analysis 108 cases. Aren Otolaringol 1993;(8):280-3

42. Keller AZ, Terris M. The association of alcohol and tobacco with cancer of the mouth and pharynx. *AMJ Pub Health* 1985;(55):1578-80.
43. Worman LH. Carcinoma on the lip. *Am J Surg* 1975; 130:470-4.
44. López Chaguín A. Factores de riesgo etiopatogénicos del carcinoma verrugoso de cavidad bucal. *Acta Odontológica Venezolana* 2020;38(2):9-14.
45. 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]. 2017 [citado 20 de octubre 2021];3:2. Disponible en: <http://www.headandneckoncology.org/content/3/1/2>
46. Suárez Lugo N. Mercado y consumo de cigarrillos en Cuba y la decisión entre tabaco o salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2017 Sep; 40(3):331-44. [Citado 2021 octubre 16]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300003&lng=es
47. Mendoza Fernández M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Rev. CiencMéd.* 2018 ,17(4): 24-32.
48. Cardentey García J. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. *Rev. CiencMéd de Pinar del Rio.* 2017; 15(2): 76-86.
49. Quintana JC, Fernández M, Laborde R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Hospital General "Ciro Redondo García", Artemisa. *Rev cubana Estomatol.* 2017;3(41).
50. Mallo Pérez L, Rodríguez Baciero G, Lafuente Urdinguio P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. Situación en España. *RCOE.* 2018;7(2):153-62.

Anexos

Anexo 1

Aval del Directora municipal de Salud Cruces.

El que suscribe:

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en la investigación titulada:

Factores de riesgo del Cáncer Bucal. Consultorio #24. Cruces; Cienfuegos, 2022_____

en su condición de institución ejecutora.

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, ASS y cuadro clínico de la provincia que tiene como principales resultados científicos, económicos y/o sociales a obtener:

Científicos: Responde al banco de problemas del centro, además constituye una temática de gran importancia ya que las pacientes al adquirir conocimiento sobre la problemática del mundo actual "Cáncer", modifican su entorno de vida en base a disminuir su incidencia.

Social: Contribuye grandemente ya que una sociedad culta se desenvuelve mejor.

Económico: Al realizar ésta investigación, ayudará de alguna manera a disminuir gastos al país.

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la jefa del proyecto a los días del mes _____ de 20__.

Directora de Salud municipal Cruces

Dra.

Jefe del proyecto

Dra..

Anexo 2

Aval del Director del Policlínico “Manuel Piti Fajardo” Cruces.

El que suscribe: Hago constar que estoy plenamente de acuerdo que nuestra institución participe en la investigación titulada:

Factores de riesgo del Cáncer Bucal. Consultorio #24. Cruces; Cienfuegos, 2022 _____

en su condición de institución ejecutora.

Conocemos que se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, ASS y cuadro clínico de la provincia que tiene como principales resultados científicos, económicos y/o sociales a obtener:

Científicos

Responde al banco de problemas del centro, además constituye una temática de gran importancia ya que los pacientes al adquirir conocimiento sobre la problemática del mundo actual “Cáncer”, modifican su entorno de vida en base a disminuir su incidencia.

Social

Contribuye grandemente ya que una sociedad culta se desenvuelve mejor.

Económico

Al realizar ésta intervención educativa, ayudará de alguna manera a disminuir gastos al país.

Nuestro consentimiento de permitir y apoyar el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y está sustentado en el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con la jefa del proyecto a los días del mes _____ de 20__.

Director

Policlínico “Manuel Piti Fajardo”.

Jefe Proyecto.

Anexo 3

Acta de Consentimiento Informado

Yo, _____, me encuentro en la entera disposición de participar en el desarrollo de una investigación que servirá para elevar el nivel de conocimiento en el municipio acerca de la incidencia de los factores de riesgos asociados al cáncer de la cavidad bucal. Toda la información que brindaré será de carácter anónimo y únicamente utilizada para dar fin a esta investigación, tendré la posibilidad de retirarme del estudio si así lo estimo conveniente sin que ello se pueda desprender alguna medida represiva contra mi persona.

Para que así conste registro mi nombre, dos apellidos y firma.

_____	_____
Nombre y apellidos	Firma

A los _____ días del mes _____ de 20__.

Anexo 4

Formulario de Datos

1. Generalidades:

-Edad del paciente__

- Sexo: Femenino__ Masculino__.

2. Factores de riesgo:

2.1 – Hábito de fumar:

2.1.1 ¿Usted es fumador? SI _____ NO _____

2.2 - Alcoholismo:

2.2.1 ¿A usted le gusta tomar bebidas alcohólicas? SI _____ No _____

3- Irritantes traumáticos:

3.1 – Presencia de alguno de los siguientes irritantes bucales traumáticos:

Irritante	Presente	Ausente
-----------	----------	---------

Prótesis desajustada	SI_____	NO_____
----------------------	---------	---------

Restauraciones defectuosas	SI_____	NO_____
----------------------------	---------	---------

Diente(s) con borde(s) filoso(s)	SI_____	NO_____
----------------------------------	---------	---------

4- Higiene bucal:

Para los pacientes con dientes -• Escalas y valores:

Higiene bucal deficiente: --- Si (índice superior al 20%)

----No (índice inferior al 20%).

Para los pacientes portadores de aparato protésico total

Prótesis no higiénica ____ SI_____ NO