



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**TESIS**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL  
DIAGNÓSTICO DE CANCER ORAL EN CIRUJANOS  
DENTISTAS AFILIADOS EN EL COLEGIO  
ODONTOLOGICO DE ABANCAY APURÍMAC DE MAYO  
– AGOSTO 2016.”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO  
DENTISTA**

**TESIS PRESENTADO POR:  
Bach.: JAIME BALDARRAGO LEÓN**

**Asesor: Dr. Esp. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

**Abancay, Apurímac -2017**

## **DEDICATORIA**

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos más difíciles, y por ayudarme con los recursos más necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios. Mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

## **AGRADECIMIENTO**

De antemano gracias a Dios por su amor incondicional por darme la sabiduría incondicional y por darme la sabiduría necesaria para poder culminar mi proyecto y alcanzar mí meta más anhelada.

## RESUMEN

El cáncer oral es la enfermedad más frecuente de los cánceres de cabeza y cuello.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016.

**Método:** Se trata de un estudio según el nivel de medición de la variable Cuantitativo, transversal y de tipo descriptivo. La investigación se llevó a cabo con los Odontólogos del Colegio Odontológico del Perú Consejo Regional Abancay Apurímac en el año 2016. La muestra estuvo representada por 50 participantes, los mismos que cumplieron los criterios de inclusión propuestas para el presente estudio.

**Resultados:** El nivel de conocimientos sobre cáncer oral en cirujanos dentistas es medio y está representado con una frecuencia de 24 sujetos que representa a la muestra.

**Conclusión:** El nivel de conocimientos sobre cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el Colegio Odontológico de Abancay es medio, esto quiere decir que tienen idea sobre la epidemiología, el tratamiento, la etiología y la prevención del Cáncer Oral.

**Palabras clave:** Cáncer Oral, Nivel de Conocimientos.

## **ABSTRACT**

Oral cancer is the most common disease of head and neck cancers.

**Objective:** To determine the level of knowledge about the diagnosis of oral cancer in dental surgeons affiliated with the Dental School of, Abancay Apurímac, 2016.

**Method:** This is a study according to the level of measurement of the variable Quantitative, transverse and descriptive type. The research was carried out with Odontologists of the Peruvian Dental College Abancay Apurímac Regional Council in 2016. The sample was represented by 50 participants, who met the inclusion criteria proposed for the present study.

**Results:** The level of knowledge about oral cancer in dental surgeons is medium and is represented with a frequency of 24 subjects representing the sample.

**Conclusion:** The level of knowledge about oral cancer in dental surgeons affiliated with the Abancay Dental School is medium, meaning they have an idea about the epidemiology, treatment, etiology and prevention of oral cancer.

**Key words:** Oral Cancer, Level of Knowledge.

## INDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
INDICE DE TABLAS .....	ix
INDICE DE FIGURAS .....	x
INTRODUCCION .....	xi
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
1.1. Descripción de la Realidad Problemática .....	12
1.2. Formulación del Problema .....	13
1.2.1. Problema principal .....	13
1.2.2. Problema secundario .....	13
1.3. Objetivo de la Investigación .....	14
1.3.1. Objetivo General .....	14
1.3.2. Objetivos Específicos .....	14
1.4. Justificación de la investigación .....	14
1.4.1. Importancia de la investigación .....	15
1.4.2. Viabilidad de la investigación .....	16
1.5. Hipótesis de la Investigación .....	16
1.5.2. Hipótesis Secundarias .....	16

CAPITULO II .....	17
MARCO TEÓRICO .....	17
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	17
2.1.1. A nivel Internacional.....	17
2.1.2. A nivel Regional. ....	22
2.2. BASES TEÓRICAS.....	22
2.2.1. CÁNCER ORAL: .....	22
2.2.2. NEOPLASIA:.....	23
2.2.3. EPIDEMIOLOGIA:.....	23
2.2.4. FACTORES DE RIESGO:.....	23
2.2.10. PREVENCIÓN: .....	37
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:.....	37
CAPITULO III .....	40
METODOLOGÍA .....	40
3.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN. ....	40
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. ....	40
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	40
3.3.1. POBLACIÓN .....	40
3.3.2. MUESTRA.....	41
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	41
3.4.1. Técnicas.....	41

3.4.2. Instrumentos .....	41
CAPÍTULO IV.....	43
RESULTADOS.....	43
4.1. Descripción de las Variables .....	43
DISCUSIÓN .....	54
CONCLUSIONES .....	56
RECOMENDACIONES .....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	58
ANEXOS.....	60
Delimitación de la investigación .....	72
1.2.1. Espacial:.....	72
1.2.2. Temporal: .....	72
1.2.3. Social: .....	72

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	43
Tabla 2 Nivel de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	45
Tabla 3 Nivel de conocimiento sobre el tratamiento del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	46
Tabla 4 Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	47
Tabla 5 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	48
Tabla 6 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, por edades en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	49
Tabla 7 Tabla 7: Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, por sexo en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	50
Tabla 8 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, por años de experiencia en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	51
Tabla 9 Estadísticos descriptivos sobre las dimensiones y la variable de estudio. ....	52
Tabla 10 Prueba de hipótesis de la variable de estudio y sus dimensiones. ....	53

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	44
Figura 2 Nivel de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	45
Figura 3 Nivel de conocimiento sobre el tratamiento del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	46
Figura 4 Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	47
Figura 5 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016. ....	48

## INTRODUCCION

El cáncer oral es la enfermedad más frecuente de los cánceres de cabeza y cuello. Aproximadamente el 26% de los peruanos se diagnosticaron con cáncer oral hasta el 2016 en el Perú, el instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN), indica que el cáncer de cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuentes en nuestro país y se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años. Cuando el cáncer se diagnostica en las fases tempranas de desarrollo tienen una tasa de supervivencia del 80 al 90 %. Desafortunadamente en este momento, la mayoría se encuentran como cánceres de etapa tardía, y la tasa de mortalidad es muy alta de aproximadamente 43%. La mayoría de estos cánceres son difíciles de descubrir es debido a la falta de conciencia pública junto con la falta de un programa nacional de detección precoz de cáncer oral, La falta de conocimiento sobre cáncer oral, en la población común, ha sido reportada en estudios anteriores como un factor significativo que retrasa la referencia y tratamiento del cáncer oral. Así mismo una deficiencia en el conocimiento de esta enfermedad en los médicos y odontólogos también contribuiría en el retraso del tratamiento de los pacientes que la padecen. De esta manera, se resalta la necesidad del conocimiento de su diagnóstico dentro de los conocimientos básicos del odontólogo general. Esta investigación nace de esta necesidad, para conocer cuál es el nivel de conocimientos sobre cáncer oral con que el odontólogo termina su formación académica, los conocimientos con los que iniciará su práctica profesional, en la cual podrá ser parte del primer eslabón en la detección del cáncer oral.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

El presente trabajo realizado tiene como objetivo mejorar la enseñanza educativa de los estudiantes de la carrera de estomatología. Quienes presentan un gran desconocimiento sobre como diagnosticar de cáncer oral a nivel epidemiológico, etiológico, diagnóstico, tratamiento y preventivo. La finalidad del estudio es aumentar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico del cáncer oral por parte de los docentes y de todos los cirujanos dentistas colegiados en el colegio odontológico de la región Apurímac. Por otra parte el estudio brindara tanto a la comunidad apurimeña, alumnos y docentes poder prevenir, diagnosticar y tratar a todos los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la Universidad Alas peruanas de la filial de Abancay y en el consultorio privado. En cuanto a mi persona el estudio realizado me ayudó a cultivar mayores conocimientos y tener mayor información sobre esta enfermedad que en los últimos años ha ido

aumentando a nivel nacional como también a conseguir mis logros y obtener el título profesional de cirujano dentista como profesional, y contribuir con la gran familia universitaria de la universidad alas peruanas de la filial de Abancay Apurímac, y con la población Apurimeña.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema principal.**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016?

### **1.2.2 Problema secundario.**

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prevención del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la etiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el tratamiento del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016?
4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la epidemiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016?

### **1.3 Objetivo de la Investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General.**

Determinar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos.**

2. Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre la etiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016.
5. Determinar el nivel de conocimiento sobre la epidemiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016.

### **1.4 Justificación de la investigación**

El presente estudio de investigación se realizó con la finalidad de medir y demostrar el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay mayo a agosto 2016. Con el objetivo de mejorar la calidad de enseñanza y educativa en los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la universidad Alas Peruanas filial Abancay, aumentar el interés de los Cirujanos Dentistas en buscar mayores

conocimientos en las diferentes ramas de la odontología, brindar una atención de calidad personalizada a la población en general para tratar las diversas enfermedades de la cavidad oral, promover más cursos de relevante importancia auspiciados por el colegio odontológico en las diferentes especialidades para motivar al profesional. El estudio beneficiara a todos los pacientes que acuden a la clínica de la universidad alas peruanas de la filial de Abancay y a toda la población apurimeña, alumnos y docentes de la escuela de estomatología. A la comunidad de investigadores a nivel regional y nacional. En cuanto a mi persona con el grado de bachiller me ayudara a conseguir mis logros propuestos como persona y profesional, llegando a obtener el título profesional de cirujano dentista. El valor de la tesis es para incentivar a la población de estudiantes docentes y profesionales en general a realizar más estudios sobre el tema mencionado y otros que contribuyan en mejorar la salud, la enseñanza y a brindar un apoyo de valor científico, metodológico en las ciencias de la salud. La utilidad del trabajo de investigación es contribuir y facilitar diversos trabajos de tesis a la biblioteca de la universidad alas peruanas de la filial de Abancay y tener registrado antecedentes de estudios de tesis en la región Apurímac y de este modo mejorar los conocimientos de nuestros estudiantes, docentes y población en general. De este modo contribuir con la ciencia.

#### **1.4.1 Importancia de la investigación.**

La investigación se considera importante porque brinda al lector, al usuario y a los profesionales de la salud bucal, información relevante sobre el diagnóstico de cáncer oral

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación.**

La investigación se considera importante porque brinda al lector, al usuario y a los profesionales de la salud bucal, información relevante sobre el diagnóstico de cáncer oral. Las informaciones extraídas son de autores selectos y de artículos científicos que explican el tema de investigación.

### **1.5 Hipótesis de la Investigación**

#### **1.5.1 Hipótesis General.**

El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral se encuentra en el rango medio, en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

#### **1.5.2 Hipótesis Secundarias.**

1. El nivel de conocimiento sobre la prevención del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016, es medio.

2. El nivel de conocimiento sobre la etiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016, es medio.

3. El nivel de conocimiento sobre el tratamiento del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016, es medio.

4. El nivel de conocimiento sobre la epidemiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016, es medio.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1. A nivel Internacional.

Como dice Brandon Gonzales Zegarra “Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en los alumnos del último semestre de la carrera de medicina humana de 5 universidades Costa Rica 2010” arribando a los siguientes resultados La población la constituyó en su totalidad estudiantes del último año de la carrera de medicina. La evaluación fue aplicada a 114 personas donde el 51 % eran hombres y la edad promedio fue de 24 años. Concluyendo que los participantes tenían poco conocimiento sobre el cáncer oral. El valor promedio fue de 39,8%, con un valor mínimo del 5% y el máximo del 77,5%. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas universidades que evaluaron.<sup>1</sup>

Como dice Pablo del Rio Martínez “Biopsias realizadas entre los años 2005-2009, en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima 2010” arribo a los siguientes resultados Obtuvo un total de 43 diagnósticos histopatológicos de Carcinoma Epidermoide lo que representó una prevalencia del 2.3% El predominio de ocurrencia fue en varones con 65.1%y el rango de edad donde se encontraron la mayor cantidad de casos de carcinoma epidermoide fue entre 61-70 años. Concluyendo que La localización del tumor en cavidad

oral se manifestó en su mayoría en lengua (30.2%) Con respecto a la etapa clínica, la mayoría fueron detectados en estadios avanzados III y IV (27.9% y 55.8% respectivamente), Dentro de sus recomendaciones finales, Chichón Aguilar sugiere promover la capacitación sobre el conocimiento de tumores para el profesional médico y sobre todo para el odontólogo para así poder evaluar la incidencia de casos oncológicos y abordarlos en fases tempranas de manera adecuada.<sup>2</sup>

□ Como dice APPLEBAUM y COLS “conocimientos actitudes y practicas sobre el cáncer oral en odontólogos y médicos de atención primaria en el estado de Massachusetts, Estados Unidos de Norteamérica. 2011” arribando a los siguientes resultados y Concluyendo que Se evaluó los conocimientos, actitudes y prácticas frente al cáncer oral, en un programa estadístico. El 49% de los médicos reportaron realizar un examen orientado al cáncer oral en los pacientes con edades de 40 a 55 años, comparado con el 92% de los dentistas. Más del 96% de los médicos dijeron pedir datos a los pacientes sobre el consumo de tabaco y alcohol. Sin embargo, sólo el 9 % de los médicos y el 39 % de los dentistas fueron capaces de identificar los dos sitios más comunes en los que se desarrolla el cáncer oral. El 57% de los dentistas y el 24 % de los médicos identificaron correctamente los síntomas comunes de cáncer oral.<sup>3</sup>

□ Como dice Pedro Fernández Samayoa “El papel del odontólogo en la detección temprana y control del cáncer oral la Abana Cuba 2012” arribando a los siguientes resultados que en este estudio se enfatiza la importancia de la detección temprana del cáncer oral como herramienta de prevención y control. La evidencia científica registra que el Cáncer oral no es estadísticamente significativo comparado con otros cánceres. Sin embargo el cáncer oral es más agresivo y letal que otros tumores, posee múltiples factores etiológicos y otras características como su alto potencial metastático que le da la relevancia debida. Concluyendo que cáncer oral debe ser prevenido y controlado mediante la instrucción sobre factores de riesgo, detección temprana y la suficiente actualización epidemiológica y

clínica por parte de los odontólogos. Luego se reflexiona acerca de la importancia de la detección precoz del cáncer oral sobre todo cuando es persistente la falta de educación y de prevención en la enseñanza de los odontólogos, quienes suelen detectarlo clínicamente en etapas tardías. 4

□ Como dice Patricia M, Izaguirre Pérez “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” arribo a los siguientes resultados y conclusiones en el estudio realizado. La muestra fue estratificada, constituida por 150 estudiantes de tres universidades de Lima que se encontraban finalizando su internado hospitalario correspondiente. Para determinar el nivel de conocimiento se realizó una revisión bibliográfica y se elaboró un cuestionario de 24 preguntas cerradas que fue validado mediante juicio de expertos, según la escala establecida. El 44,7% de los estudiantes participantes de la investigación tenían un nivel regular de conocimientos sobre cáncer oral. En el nivel de conocimientos, bajo, se distribuyó el 39,3% de la población y en el nivel de conocimientos, bueno, se encontró el 16% de la población. Las secciones donde los participantes obtuvieron mayor puntaje fueron: etiología y diagnóstico, estas secciones comprendían preguntas factores de riesgo, signos y síntomas y localización del cáncer oral. En cambio las secciones sobre tratamiento y prevención del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes. El estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes de odontología del último año de la carrera y subraya la necesidad de mejorar la educación sobre el cáncer oral para beneficio de la población que podrá ser atendida por los futuros profesionales.<sup>5</sup>

□ Como dice Villarroel y COLS. “determinar el conocimiento y la actitud del odontólogo frente al tabaquismo en tres países Venezuela, Madrid y Milán 2013” arribando a los siguientes resultados que según a las preguntas fueron en relación al nivel de conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento del tabaquismo, la práctica de dichos conocimientos en la

clínica y la participación en el diagnóstico o detección del cáncer oral. El 44% de los odontólogos encuestados eran de práctica general. El 86% de los odontólogos venezolanos, 73% de los odontólogos españoles y todos los odontólogos italianos encuestados refirieron consignar siempre datos sobre tabaquismo en las historias clínicas del paciente, desde su primera atención. Concluyendo finalmente que los 137 odontólogos encuestados habían diagnosticado cáncer oral en su práctica clínica. Esta investigación nos sugiere que el odontólogo es capaz de ejercer un gran impacto en el tabaquismo a través de su contacto con los pacientes y la detección precoz de lesiones bucales, teniendo en cuenta que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo más importantes para el cáncer oral. Así mismo Villarroel y col. comentan que los odontólogos están conscientes de su responsabilidad en el tratamiento del tabaquismo y su prevención, sin embargo no se sienten lo suficientemente preparados para brindar dicha terapéutica. Probablemente debido a la falta de entrenamiento a nivel de pregrado y/o postgrado y al poco énfasis que se hace al tabaquismo y el manejo del paciente en forma integral durante los estudios de odontología. Se podría extrapolar los alcances de su investigación e indagar en una población de odontólogos locales con respecto al nivel de conocimientos sobre cáncer oral.<sup>6</sup>

□ Como dice CARTER Y OGDEN “determinar la concientización de los futuros profesionales de medicina y odontología con respecto al cáncer oral Dundee 2014” arribando a los siguientes resultados De los estudiantes evaluados, los estudiantes de medicina fueron los menos propensos a examinar la mucosa oral y aconsejar a sus pacientes sobre los factores de riesgo del cáncer oral. Los estudiantes de medicina identificaron menos los factores de riesgo para desarrollar cáncer oral en comparación con los estudiantes de odontología. Se identificó muy poco al alcohol como factor de riesgo y a la eritroplasia y leucoplasia como lesiones precancerosas. Los estudiantes de odontología manifestaron sentirse con la suficiente preparación académica sobre cáncer oral. Concluyendo que Este estudio mostró la persistencia de un bajo nivel de

conciencia sobre el cáncer oral en la próxima generación de médicos generales y por lo tanto resalta la necesidad de mejorar la educación de los estudiantes de medicina y odontología en materia de prevención y detección precoz del cáncer oral.<sup>7</sup>

□ Como dice Christian Paliza Farfán “conocimiento de los factores de riesgo de cáncer oral signos síntomas y procedimientos para el examen de la cavidad oral Carolina del Sur, Estados Unidos 2015” arribando a los siguientes resultados por medio de un cuestionario (el índice de respuesta fue del 79.1%). El cuestionario incluyo preguntas sobre factores de riesgo de cáncer oral, así como los signos y síntomas y procedimientos para el examen de la cavidad oral. El 93% de los estudiantes respondieron que el tabaco, el alcohol y las lesiones previas de cáncer eran factores de riesgo. Ciento seis estudiantes (65%) sabían que la localización más común de cáncer oral es el borde ventro lateral de la lengua. Concluyendo que El promedio de conocimiento de los estudiantes difirió en las áreas de factores de riesgo, factores que no representan riesgo y procedimientos de diagnóstico. Se concluye que a pesar que el nivel de conocimiento de los estudiantes aumenta con cada año académico, los educadores y generadores de protocolos necesitan dar mayor énfasis a la educación sobre cáncer oral y el entrenamiento en las facultades de odontología.<sup>8</sup>

□ Como dice John Deluca Marshall “ identificar las características clínicas y epidemiológicas del cáncer oral en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia 2015” arribando a los siguientes resultados con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos diagnosticados de cáncer oral Se analizaron las historias clínicas y los formatos de archivo del Departamento de Patología del Hospital y de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Concluyendo que De los 228 casos encontrados, el mayor porcentaje correspondía a hombres de sesenta años y más; el sitio más frecuentemente afectado fue la lengua con 30%, la siguió el suelo de boca con una frecuencia del

20,7% y el paladar con 17,7%. Dentro de los antecedentes, el 67% de los casos fueron consumidores de tabaco y el 29,8% había consumido alcohol. Se detectó una lesión pre maligna previa al desarrollo del cáncer en 56 casos, la más común fue la leucoplasia. Los casos analizados presentaron estadios de cáncer IV y III con 55,1% y 19,8% de frecuencia respectivamente. Los tratamientos realizados fueron la radioterapia en el 46,1% de los casos y la cirugía en el 39,6%. Álvarez concluye que En la población estudiada el carcinoma escamo celular bucal se diagnostica principalmente en mayores de edad y en estadios avanzados, esto disminuye las probabilidades de éxito de los tratamientos curativos y a su vez desmejora la calidad de vida de los pacientes. Por lo que es necesario para los odontólogos conocer el comportamiento clínico, las manifestaciones, las características de los estadios iniciales y los posibles factores de riesgo asociados, con el fin de realizar el diagnóstico temprano y el control precoz de esta neoplasia.<sup>9</sup>

### **2.1.2. A nivel Regional.**

A nivel local no existen estudios sobre cáncer oral o el nivel de conocimientos sobre dicha patología.

## **2.2. Bases teoricas**

**2.2.1. CÁNCER ORAL:** es un término general en medicina para cualquier crecimiento maligno localizado en la boca. Puede aparecer como una lesión primaria del mismo tejido de la cavidad oral, o por metástasis de un sitio de origen distante, o bien por extensión de estructuras anatómicas vecinas, tales como la cavidad nasal o el seno maxilar. El cáncer que aparece en la cavidad bucal puede tener diversas variedades histológicas. Teratoma, Adenocarcinoma, Linfoma o melanoma de células pigmentadas de la mucosa oral, Carcinoma de células escamosas: Cáncer oral: se produce en los labios generalmente en el inferior dentro de la boca, en la parte posterior de la garganta en las amígdalas o en las glándulas salivales, afecta con mayor frecuencia a los varones que a las mujeres, y personalmente lo padecen personas

mayores de 40 años, el tabaquismo en combinación con la ingesta fuerte de alcohol contribuyen a los factores claves de riesgo.

**2.2.2. NEOPLASIA: El (INEN)** Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas del Perú menciona que el Cáncer de la cavidad oral se encuentra dentro de las 10 neoplasias malignas más frecuentes, Se observa un aumento de los casos diagnosticados de cáncer oral en los últimos 10 años. Las neoplasias malignas se dan con más frecuencia en el hombre y el rango de edad es entre los 65 y 84 años, en hombres y mujeres, es el que presenta mayor número de casos de cáncer de cavidad oral en nuestro país. La cantidad de casos diagnosticados de cáncer oral en hombres es ligeramente mayor que en mujeres, en este rango de edad. Sin embargo las estadísticas nos muestran que en los varones, los diagnósticos de cáncer oral empiezan entre los 30-40 años, con una frecuencia significativa, y en las mujeres aparece una frecuencia significativa de casos entre los 65 y 84 años.<sup>1</sup>

**2.2.3. EPIDEMIOLOGIA:** En estados unidos más de 34,000 individuos serán diagnosticados con cáncer de boca. Un 66% de los casos son diagnosticados en los estadios 3 y 4 de la enfermedad es decir en sus fases terminales la baja concientización pública sobre la enfermedad es un factor significativo sin embargo pueden ser detectados en sus estadios tempranos por medio de simples procesos diagnósticos poco invasivos por un profesional de salud capacitado. Los hombres son más propensos que las mujeres en especial los hombres de 50 años. Histológicamente los individuos de raza negra presentan mayor incidencia que los individuos de raza blanca.

**2.2.4. FACTORES DE RIESGO:** Muchos de los factores de riesgo que predisponen a que una persona desarrolle un cáncer en la boca han sido ya estudiados e identificados epidemiológicamente.

**2.2.4.1. TABAQUISMO-** Todos los tipos de cáncer son enfermedades que alteran el ADN celular, son células cuyo oncogenes han sido activados por razones de una mutación en el ADN. El tabaquismo está asociado a cerca del 75% de los canceres de la boca causa una irritación crónica de las membranas mucosas de la boca, tanto el humo como el calor emanado del

cigarro o pipas el tabaco es un polvo contaminador que contiene más de 19 carcinógenos conocidos y la combustión de estos y sus productos secundarios es el principal modo de acción.

2.2.4.2. *NUTRICIONAL*-. En muchas de las culturas se mastican tabaco, betel, areca que son usados como estimulantes, antisépticos. Los cuales está fuertemente asociados al desarrollo de cáncer bucal en la india y estados unidos el cáncer oral representa el 60% de todos los tipos de cáncer comparado con tan solo el 4% en el reino unido.

2.2.4.3. *ALCOHOLISMO*-. El uso de licor es otra actividad que se acompaña de un alto riesgo de cáncer de boca. Existe un fuerte efecto sinérgico sobre el cáncer cuando el individuo es un gran alcoholico.

2.2.4.4. *CANABIS*-. Estudios recientes sugieren que las personas que han consumido marihuana pueden estar en riesgo superior al promedio de desarrollar cáncer oral de cabeza y cuello.

2.2.4.5. *VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO*-.*El VPH*. En especial las cepas 16 y 18 existen más de 100 variedades es uno de los factores de riesgo y agentes causales independientes de cáncer de boca. Tienden a afectar a las amígdalas la base de la lengua y la orofaringe.

**2.2.5. CUADRO CLÍNICO:** Algunas formas de cáncer en la boca comienza como una leucoplasia es decir lesiones blanquecinas, o lesiones enrojecidas que no se alivian y que han estado presentes por más de 14 días. Las lesiones o úlceras pueden aparecer en:

- Lengua, labio o cualquier otra área de la boca.
- Usualmente de pequeño tamaño.
- De color pálido o pueden ser oscuras o descoloradas.
- Inicial mente sin dolor.
- Con una sensación quemante o dolorosa en estados avanzados.
- Otros síntomas que pueden verse asociados con esta enfermedad son:  
Problemas inusuales en la lengua, y Dificultad para tragar, hablar.

**2.2.6. DIAGNÓSTICO:** Se realiza por medio de un examen de la boca por parte de un profesional de la salud capacitado o un dentista le mostrara lesiones visibles y en algunos casos palpables en uno de los labios, la lengua y otras

áreas en la boca. A medida que el tumor crece, puede volverse ulcerativo y comenzar a sangrar. Si el cáncer avanza sobre la lengua, el individuo puede experimentar dificultades del habla, en la masticación o al tragar. El único medio para determinar si una lesión es cancerosa, es por medio de una biopsia y la evaluación microscópica de las células extraídas de la lesión.

**2.2.7. TRATAMIENTO:** El tratamiento específico para el cáncer oral será determinado por su médico basándose en la edad, su estado general de salud y su historia médica. Como de avanzada esta la enfermedad. Su tolerancia a ciertos medicamentos, procedimientos o terapias. Sus expectativas para la trayectoria de la enfermedad. Su opinión o preferencia. Usualmente se recomienda la escisión del tumor, si es de pequeño tamaño y si la cirugía tendrá un resultado funcional satisfactorio. La terapia con radiación suele emplearse junto con la cirugía, o como un tratamiento radical definitivo, especialmente si el tumor es inoperable.

**2.2.8. COMPLICACIONES:** Desfiguración postoperatoria de la cara, cabeza o cuello. Complicaciones de la terapia de radiación, incluyendo sequedad bucal y dificultad para tragar. Metástasis diseminación del cáncer.

**2.2.9. TIPOS DE CÁNCER ORAL:** El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Las cuales en casi cualquier parte del cuerpo pueden convertirse en cáncer y pueden extenderse a otras áreas del cuerpo.

*2.2.9.1. TUMORES BENIGNOS:* Es un tipo de neoplasia que carece de malignidad de los tumores cancerosos. Este tipo de tumor no crece en forma desproporcionada ni agresiva, no invade a tejidos adyacentes y no hace metástasis a tejidos y órganos distantes.

*2.2.9.1.1. TORUS PALATINO-* Se encuentra en la línea media del paladar de más de un 20% de los adultos. No está presente en pacientes jóvenes, apareciendo sólo después de la pubertad en individuos susceptibles. Una vez iniciado, las lesiones suelen crecer lentamente a lo largo de toda la vida del paciente. Las excrecencias consisten comúnmente en cuatro lóbulos uniformemente espaciados constituidos por hueso denso con una fina capa de mucosa tensa sobre la superficie. Las lesiones pueden aumentar de

tamaño y hacerse a veces pediculadas. Los torus de mayor tamaño interfieren con el habla, la colocación de aparatos protésicos y el mantenimiento de la higiene bucal y pueden producir úlceras que no cicatrizan que evolucionan a osteomielitis crónica.

2.2.9.1.2. *TORUS MANDIBULAR*-. El torus mandibularis se encuentra generalmente a ambos lados en el área de los caninos de la parte lingual de la mandíbula. En algunos grupos raciales, como en los pueblos nativos nórdicos, aparece en más de 130% de los adultos. Los torus son de crecimiento lento, suelen ser multilobulados y pueden llegar a ser muy grandes. Las masas de mayor tamaño pueden entorpecer el movimiento de la lengua, el mantenimiento de la higiene bucal y la posibilidad de llevar una prótesis intraoral. Se erosionan fácilmente y curan con lentitud.

2.2.9.1.3. *EXOSTOSIS*-. Las exostosis se encuentran al azar en pacientes adultos, presentándose por lo general en la encía adherida sobre los vértices de las raíces de los dientes. Aparecen con mayor frecuencia en la lámina bucal sobre los premolares en forma de nódulos múltiples, redondeados u ovals, de hueso denso. Son de escasa trascendencia para el paciente a no ser que sean inaceptables estéticamente o estorben la colocación de una prótesis.

2.2.9.1.4. *OSTEOMA*-. Los osteomas se observan casi a cualquier edad y pueden ser solitarios o múltiples. Pueden localizarse superficialmente o en el seno de cualquier hueso del cráneo o la cara o en el interior de las cavidades sinusales. Cuando son múltiples a menudo se asocian al síndrome de Gardner, un trastorno hereditario con un patrón autosómico dominante. El síndrome está constituido por pólipos intestinales múltiples con potencial maligno, dientes normales y supernumerarios no erupcionados y quistes y fibromas de la piel.

**2.2.9.1.4.1. HISTOPATOLOGÍA**.- Cada una de las lesiones está formada por hueso cortical denso con un patrón laminar. El hueso cortical es esclerótico y relativamente avascular. El hueso medular es más denso que el normal, con espacios medulares reducidos. La capa perióstica suele ser más activa en el osteoma que en los torus o las exostosis.

**2.2.9.1.4.2. TRATAMIENTO-** Las lesiones sólo se tratan si plantean problemas para el paciente o se necesita la aplicación de una prótesis. El tratamiento de los tori y exostosis consiste en la reducción quirúrgica de las lesiones hasta el nivel del hueso circundante. Sólo se intenta la eliminación de las lesiones intraóseas si los dientes incluidos tienen que ser extirpados o llevados a sus posiciones para hacer posible que lleguen a la erupción.

**2.2.9.1.5. OSTEOMA OSTEÓIDE U OSTEOLASTOMA:** El osteoma osteoide y el osteoblastoma comparten muchos rasgos clínicos e histológicos comunes entre sí y con el cementoblastoma. Todos ellos producen tumefacción y dolor (especialmente al aplicar presión) y todos se presentan en pacientes jóvenes. Todas las lesiones comparten un patrón histológico similar que consiste en un nido central de aumento de vascularización con osteoblastos y osteoclastos sumamente activos rodeados por hueso celular que contiene una extensa zona de osteoide. Se diferencian en que el osteoma osteoide es pequeño (0,5 a 2 cm) y los osteoblastomas y cementoblastomas son grandes (>2 cm). El cementoblastoma también difiere porque rodea y está en continuidad con el cemento radicular de un molar. Las tres lesiones se consideran variantes del mismo proceso.

**2.2.9.1.5.1. RADIOLOGÍA-** Los rasgos radiográficos del osteoma y del osteoblastoma son característicos y patognomónicos. Son redondeados, con una radio transparencia central bien definida rodeada por una zona de mayor radio opacidad.

**2.2.9.1.5.2. HISTOPATOLOGÍA-** Todas las lesiones atraviesan varias fases. Al principio, un pequeño foco de osteoblastos activos se sigue de un período en el cual se depositan amplias zonas de osteoide. En la etapa madura, el osteoide resulta bien calcificado, creando una forma atípica de hueso. El centro suele seguir siendo vascularizado, con un mayor número de osteoblastos gruesos y grandes osteoclastos La

densidad y el tamaño del componente celular son a menudo causa de preocupación y pueden confundirse con un signo de malignidad.

**2.2.9.1.5.3. TRATAMIENTO-** El tratamiento del osteoma osteoide se orienta a la extirpación del nido o área celular activa radiotransparente de la lesión. En algún caso esto se ha llevado a cabo con éxito mediante legrado, pero otros casos requieren resección en bloque. El osteoblastoma suele requerir la extirpación de una gran pieza quirúrgica en bloque debido al tamaño de la lesión.

**2.2.9.1.6. FIBROMA OSIFICANTE:** El fibroma cementificante-osificante (FCO) se conoce también generalmente como fibroma osificante, término aplicado a lesiones de huesos distintos de los maxilares que no contienen la calcificación esférica que se encuentra comúnmente en las lesiones de los maxilares. Aunque las lesiones maxilares y no maxilares pueden contener o no las calcificaciones esféricas que algunos autores consideran una forma aberrante del cemento («cementículos»), la incidencia es muy superior en la mandibular. En algunas lesiones de los maxilares, las calcificaciones son exclusivamente «cementículos» y las lesiones se denominan fibroma cementificante. Diversos estudios han mostrado que el comportamiento biológico de todas las variantes histológicas es idéntico, originando expansión de las láminas corticales, sustitución del hueso normal por tejido fibroso celular neoplásico y formación de calcificaciones esféricas y estructuras óseas irregulares orientadas al azar. Los rasgos histológicos de muchos FCO se parecen mucho a los de la displasia fibrosa. Se diferencia de la displasia fibrosa principalmente por sus rasgos clínicos y radiográficos y el hallazgo de que el tejido neoplásico no se mezcla con el hueso circundante, sino que está delimitado nítidamente respecto a él por una delgada zona de tejido fibroso. Se denomina fibroma osificante juvenil (agresivo) a una variante más destructora del FCO que se presenta a veces en pacientes menores de 15 años de edad.

**2.2.9.1.6.1. CLÍNICA-** El fibroma cementificante- osificante se localiza con mayor frecuencia en la región de la mandíbula posterior a los caninos y otras localizaciones. y dos veces más frecuente en mujeres y principalmente en el grupo de 20 a 30 años de edad. La lesión suele ser indolora y crece despacio presentando una expansión ósea pronunciada bucal y lingual.

**2.2.9.1.6.2. RADIOLOGÍA-** El aspecto radiográfico es de primerísima importancia en el diagnóstico del FCO porque suele ser preciso distinguirlo de otras lesiones osteofibrosas. Las lesiones pueden ser uniloculares o multiloculares. En las etapas tempranas las lesiones son pequeñas y por lo general completamente radiotransparentes. Cuando aumentan de tamaño, aparecen cantidades mayores de radioopacidades irregularmente conformadas en el área radiotransparente. En la etapa posterior más madura, las estructuras radioopacas aumentan de tamaño y coalescen, formando a menudo una lesión casi radioopaca con un estrecho borde de radiotransparencia que la separa del hueso normal circundante. La reabsorción de la raíz y el desplazamiento de los dientes son hallazgos frecuentes.

**2.2.9.1.6.3. HISTOPATOLOGÍA-** Los hallazgos microscópicos son el reflejo de las radiografías. Las lesiones más radiotransparentes están constituidas por tejido conjuntivo fibroso celular, frecuentemente con un patrón espiral. A menudo hay calcificaciones amorfas esféricas de varios tamaños («cementículos») distribuidas al azar. Frecuentemente se entremezclan estructuras calcificadas de forma irregular que contienen osteocitos.

**2.2.9.1.6.4. TRATAMIENTO-** El tratamiento es la extirpación quirúrgica con una extensión que depende del tamaño y de la localización de la lesión concreta. Las lesiones se han extirpado con éxito mediante legrado, escisión local y resección en bloque.

**2.2.9.1.7. LESIONES DE CÉLULAS GIGANTES:** Muchas lesiones de la mandíbula y el maxilar superior contienen tejido de células gigantes. Entre ellas, el granuloma periférico de células gigantes, el granuloma/tumor central de células gigantes, el quiste óseo aneurismático, el «tumor pardo» del hiperparatiroidismo y la etapa temprana del querubismo. En todas estas lesiones el tejido de células gigantes tiene la misma composición.

**2.2.9.1.7.1. HISTOPATOLÓGICA:** Acúmulos de células gigantes multinucleadas en un fondo de células fibrohistiocíticas mononucleares, fibroblastos gruesos y eritrocitos extravasados. Los rasgos histológicos de cada una de estas lesiones son notablemente parecidos, aunque varían considerablemente en su comportamiento clínico.

**2.2.9.1.7.2. CLÍNICA:** El granuloma periférico de células gigantes (GPCG) es la lesión de células gigantes más frecuente de los maxilares y se origina a partir del tejido conjuntivo del periostio y de la membrana periodontal. Afecta a todas las edades, con máximos de incidencia durante los años de dentición mixta y en el grupo de edad de 30 a 40 años. Es más frecuente en las mujeres. El GPCG suele presentarse como un nódulo focal sésil de color púrpura en la encía. Las lesiones pueden aumentar de tamaño, alcanzando algunas 2 cm. Suelen ser exofíticas y abarcar uno o más dientes extendiéndose mediante penetración de la membrana periodontal. A veces se originan en el periostio que cubre las áreas edéntulas.

**2.2.9.1.7.3. RADIOLOGÍA:** Puede haber pocos signos radiográficos de algunas lesiones de áreas no edéntulas porque dichas lesiones pueden ser pequeñas y localizarse principalmente en los tejidos blandos. Las lesiones de mayor tamaño muestran una erosión superficial del hueso cortical y pueden presentar algún ensanchamiento del espacio periodontal adyacente. El examen detallado del área puede descubrir pequeñas

espículas de hueso que se extienden verticalmente hacia la base de la lesión. En las áreas edéntulas, el hueso cortical presenta un área cóncava de reabsorción por debajo de la lesión, que suele denominarse «aplanamiento». Las radiografías son importantes para determinar si la lesión es de origen gingival o de origen central con extensión a la superficie. Si la lesión es de origen central es preciso excluir otras afecciones predisponentes antes de hacer un diagnóstico definitivo.

**2.2.9.1.7.4. TRATAMIENTO:** La mayor parte de las lesiones del GPCG responden bien a un legrado quirúrgico minucioso que exponga todas las paredes óseas. Cuando está afectada la membrana periodontal puede requerirse la extracción de los dientes asociados para conseguir una extirpación completa. A veces las lesiones pueden recurrir. Esto no constituye una indicación de tratamiento más radical.

**2.2.9.2. TUMORES MALIGNOS:** Este tipo de tumores son cancerosos. Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor, pueden separarse del tumor maligno y entrar al sistema linfático o al flujo sanguíneo, que es la manera en que el cáncer alcanza otras partes del cuerpo. Este cáncer puede crecer rápidamente y de manera descontrolada e independiente del tejido donde comenzó.

**2.2.9.2.1.- OSTEOSARCOMA:** El osteosarcoma es el tumor óseo maligno más frecuente, presentándose en 1 de cada 100.000 personas. Es el segundo de los procesos malignos originados en los huesos, después del mieloma múltiple. El osteosarcoma aparece más comúnmente en los huesos largos y tiene predilección por las áreas distales y proximales del fémur, la tibia y el húmero. Aproximadamente un 7% de los sarcomas osteógenos aparecen en la región de la cabeza y el cuello. Muchas patologías predisponen a las personas al osteosarcoma. Algunas lesiones pueden originarse por medio de la misma mutación génica asociada al retinoblastoma, porque en pacientes con dicho tumor se

observa un considerable aumento de incidencia de osteosarcoma. El retinoblastoma se debe a delección génica en el cromosoma 13 en la localización 13q14. Las lesiones también se desarrollan frecuentemente en huesos situados debajo del tejido blando que ha recibido radioterapia. La incidencia de osteosarcoma está considerablemente aumentada en pacientes mayores con historia de enfermedad de Paget del hueso.

**2.2.9.2.1.1.- CLÍNICA:** El máximo de incidencia del osteosarcoma de los maxilares es 10 años posterior al máximo en los huesos largos, con una media de edad de comienzo a los 33 años en lugar de a los 24 años de edad. Las lesiones de la mandíbula y el maxilar superior suelen advertirse por primera vez como tumefacciones de consistencia ósea de las corticales bucal y lingual, con o sin dolor y a menudo asociadas con separación de los dientes. En algunos pacientes las lesiones se presentan en forma de nódulos exofíticos duros sobre la encía adherida, con el aspecto de epúlides de tejido blando. Esta clase de lesiones es rara y se ha denominado osteosarcoma yuxta cortical. Estas lesiones se dividirán antes en tipos parostal y perióstico. Esta distinción se considera actualmente innecesaria porque las lesiones parecen ser variantes de la misma entidad. Ambas proceden de tejidos exteriores al hueso (sea en o cerca del periostio) en lugar de tener origen endoóseo habitual.

**2.2.9.2.1.2.- RADIOLOGÍA:** El aspecto radiográfico del osteosarcoma varía considerablemente según el tipo histopatológico específico. Algunas lesiones, como las de los tipos telangiectásico o fibrohistiocítico, tienen escasa formación de hueso y son radiotransparentes. Las lesiones de los tipos osteoblástico y condroblástico de osteosarcoma bien diferenciado forman grandes cantidades de tejido mineralizado análogo al hueso, produciendo áreas grandes de radioopacidad dentro de un fondo radiotransparente difuso no definido. Un hallazgo característico en las lesiones de los maxilares es el ensanchamiento de la membrana periodontal en los dientes adyacentes. Aunque este hallazgo no es peculiar del osteosarcoma, es suficientemente constante para ser de valor diagnóstico.

Una radiografía oclusal suele revelar un patrón de radioopacidad en sol naciente que irradia desde el periostio Aunque este patrón tampoco es exclusivo del osteosarcoma, contribuye al diagnóstico.

**2.2.9.2.1.3.- HISTOPATOLOGÍA:** Se han descrito cuatro variedades histológicas intraóseas y una variedad yuxtacortical del osteosarcoma. Las lesiones del osteosarcoma tienen que contener osteoide normal o anormal o hueso estrechamente asociado con las células malignas de tejido conjuntivo para distinguirlo de otras formas de sarcoma El tipo osteoblástico es el más común (particularmente en las extremidades) y presenta una distribución relativamente equilibrada de componente celular sarcomatoso pleomórfico e hipercromático y de hueso trabecular hiper celular. El tipo condroblástico contiene depósitos de cartílago hiper celular y hueso osteoide anormal. Esta variedad es común en los maxilares. El osteosarcoma fibroblástico está constituido por células sarcomatosas fusiformes con poco osteoide maligno. Esas lesiones tienen en las radiografías un aspecto totalmente radiotransparente. Las lesiones telangiectásicas tienen un componente reducido de tejido duro y un número considerablemente aumentado de vasos sanguíneos dilatados y células gigantes.

**2.2.9.2.1.4.- TRATAMIENTO:** El tratamiento suele ser una combinación de resección quirúrgica que incluya un ancho margen de hueso normal, seguido de quimioterapia intensa. El pronóstico parece ser mejor en la mandíbula que en el resto del esqueleto. Los pacientes con osteosarcoma yuxtacortical tanto esquelético como mandibular tienen mucho mejor pronóstico.

**2.2.9.2.2.- CONDROSARCOMA:** Los condrosarcomas son tumores óseos malignos en los cuales las células malignas producen exclusivamente cartílago anormal y no osteoide ni hueso. Las lesiones pueden ser condrosarcomas primarios (originándose directamente a partir de células óseas como neoplasias malignas) o condrosarcomas

secundarios (que proceden de una lesión cartilaginosa benigna preexistente tal como encondroma u osteocondroma). Estas lesiones se han asociado con la enfermedad de Paget, la enfermedad de Ollieren (condromatosis múltiple) y el síndrome de Maffucci (encondromatosis múltiple, hemangiomas y fibromas). En los maxilares, casi todos los condrosarcomas se originan de novo sin la preexistencia de condromas benignos.

**2.2.9.2.2.1.- CLÍNICA:** El condrosarcoma de los maxilares se presenta a cualquier edad pero tiene un pico de incidencia en el grupo de edades de 30 a 40 años. Casi todas las lesiones están confinadas a la parte anterior del maxilar superior, donde se observa cartílago nasal preexistente, ya las áreas premolares de la mandíbula, localización del cartílago de Meckel derivado del embrión. Las lesiones son masas expansivas que producen distorsión local. En las lesiones de mayor tamaño pueden presentarse dolor y parestesias. En la parte anterior del maxilar superior, la obstrucción nasal y las dificultades para la respiración suelen ser los signos de presentación.

**2.2.9.2.2.2.- RADIOLOGÍA:** El aspecto radiográfico puede ser variable según el grado de calcificación del componente cartilaginosa. Generalmente suele tener el aspecto de un área radiotransparente «apolillada» dilatada con límites confusos que contiene puntos o manchas radiopacas diseminadas. El ensanchamiento de la membrana periodontal de los dientes asociados es un hallazgo común.

**2.2.9.2.2.3.- HISTOPATOLOGÍA:** Las características histológicas del condrosarcoma son muy variables porque pueden ser bien diferenciados y asemejarse a una lesión cartilaginosa benigna o pueden ser anaplásicos, formados por células fusiformes con escasa evidencia de formación de cartílago. La mayoría de las lesiones presentan una combinación de cartílago anormal rodeado de células neoplásicas. Las lesiones se gradúan de I a III en función de la cantidad y madurez del

cartílago y la proporción y el grado de anaplasia de las células del tejido conjuntivo. En los grados II y III existen áreas de tejido mixoide y de degeneración quística.

**2.2.9.2.2.4.- TRATAMIENTO:** El tratamiento consiste en extirpación quirúrgica amplia. La extensión del margen quirúrgico depende del tamaño y el grado de la lesión. Las metástasis suelen afectar a los pulmones ya otros huesos. El pronóstico de las lesiones de los maxilares es peor que el de las lesiones que aparecen en otras localizaciones.

**2.2.9.2.3. SARCOMA DE EWING:** Es un tumor óseo sumamente maligno que se cree originado a partir de células óseas primitivas. Sus células de origen y su histogénesis no se han resuelto aún. Las lesiones están constituidas por células redondas pequeñas densamente agrupadas, teñidas de color oscuro sin nucléolos destacados o bordes celulares nítidos. Supone un 10% de los tumores óseos malignos. Se observa raras veces en pacientes de origen chino, africano y afroamericano. Se ha encontrado en grupos de familias y en pacientes con malformaciones congénitas. El sarcoma de Ewing es más frecuente en el fémur y en los huesos pélvicos, y sólo un 1% afecta a los maxilares. Su incidencia exacta es difícil de determinar, porque las lesiones se parecen mucho a las del linfoma no hodgkiniano y al neuroblastoma.

**2.2.9.2.3.1. CLÍNICA:** El sarcoma de Ewing tiene preferencia por los pacientes más jóvenes, generalmente niños y adolescentes, y raras veces se observa en pacientes mayores de 30 años de edad. Los pacientes suelen tener fiebre ligera a moderada, leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación. En el tumefacción rápida. En los maxilares suele haber movilidad de los dientes y en etapas posteriores ulceración focal. Aproximadamente un 4% de los casos afectan los huesos craneofaciales. La mandíbula se afecta con mayor frecuencia que el maxilar superior, la base del cráneo y la calota.

**2.2.9.2.3.2. RADIOLOGÍA:** El hueso afectado tiene aspecto «apolillado», simulando una osteomielitis con márgenes confusos. El periostio suele tener un recubrimiento laminar que se designa como reacción en «piel de cebolla».

**2.2.9.2.3.3. HISTOPATOLOGÍA:** Las características histológicas son tan inespecíficas que la evaluación de rutina al microscopio óptico es insuficiente para el diagnóstico. Éste suele requerir otras tinciones, microscopía electrónica o marcadores inmunohistoquímicos. Las células aisladas pueden ser de dos tipos: pequeñas y redondas con núcleos teñidos de color oscuro y un citoplasma delineado claramente, y células más grandes con un núcleo finamente granuloso y un citoplasma tenue mal definido. Ambos tipos de células son indiferenciadas, redondas, pequeñas y oscuras similares a las de muchas otras neoplasias indiferenciadas primarias o metastásicas que se presentan en el hueso. La tinción con nitrato de plata pone de manifiesto tabiques que rodean los lóbulos celulares. Tanto las tinciones con el PAS como los estudios ultraestructurales demuestran gránulos de glucógeno característicos en las células neoplásicas. Se emplean marcadores inmunológicos para excluir otros tejidos de origen y confirmar la presencia de filamentos intermedios positivos a la vimentina.

**2.2.9.2.3.4. TRATAMIENTO:** La naturaleza anaplásica de las células neoplásicas las hace sensibles a la quimioterapia y a la radioterapia. La cirugía se emplea a veces para pequeñas lesiones en unión con otras modalidades. Las lesiones metastatizan pronto a los pulmones ya otros huesos. El pronóstico depende del grado de las metástasis y de la eficacia de la quimioterapia. En general hay una tasa de recidiva local de un 30% a los 5 años. Las lesiones de la mandíbula tienen la tasa de supervivencia más favorable de todo el organismo.

2.2.10. PREVENCIÓN: Prevenir el consumo de tabaco ya que el 80 al 90% de los casos de cáncer oral se deben al tabaquismo, prevenir el uso de las prótesis dentales mal adaptadas, disminuir el consumo de bebidas alcohólicas, visita a su dentista para procedimientos de chequeo y descartar diversas enfermedades de la cavidad oral, eliminar los focos infecciosos como la exodoncia de los restos radiculares y exodoncia de las terceras molares incluídas o impactadas. (9)

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

**Anaplasia:** Cambio en la estructura celular caracterizado por la pérdida de diferenciación y la vuelta a una forma semejante a la de las células embrionarias. El grado de anaplasia determina el grado de agresividad de un tumor.

**Apoptosis:** Muerte celular programada de células sanas. Regeneración natural de las células. Se piensa que nuestro organismo se deshace de muchos cánceres incipientes, que jamás llegan a prosperar, mediante este mecanismo. Las células del cáncer son resistentes a la apoptosis.

**Calidad de vida:** Término de difícil definición que hace referencia a un fenómeno subjetivo y multidimensional, en el que se implican factores físicos, funcionales, emocionales, sociales y espirituales. Se relaciona con la capacidad funcional del paciente, así como con la presencia de síntomas y su grado de control. La medición de la calidad de vida suele utilizarse con frecuencia en cuidados paliativos.

**Cáncer:** Tumor maligno en general. La peculiaridad específica de la malignidad consiste en la capacidad para invadir y destruir tejidos sanos de su entorno (proceso que denominamos infiltración), y de enviar células a zonas distantes del organismo, donde pueden anidar o crecer originando nuevos tumores denominados metástasis. Ver Tumor.

**Carcinogénesis:** Proceso por el que las células normales se transforman en cancerígenas, es decir, adquieren la capacidad de multiplicarse

descontroladamente e invadir tejidos y órganos diferentes a donde se han originado.

**Carcinógeno/Cancerígeno:** Agente físico, químico o biológico capaz de provocar un cambio celular y causar un cáncer. Que puede provocar cáncer.

**Carcinoma:** Tumor maligno derivado de las células que forman el epitelio (capa superficial de la piel y estructuras mucosas (boca, faringe, pulmón, vejiga...). Según el tipo celular afectado los tipos más frecuentes son: Adenocarcinoma (glándulas), Carcinoma de células escamosas o epidermoide (células no glandulares), Carcinoma de células basales (capa más profunda de la epidermis) y Melanoma (melanocitos).

**Carcinomatosis:** Proceso de diseminación de un tumor maligno por diferentes órganos de cuerpo. Cuando un tumor maligno se ha extendido a diferentes lugares y no sólo hay un primario y un secundario sino varios o muchos secundarios es cuando se habla de carcinomatosis.

**Carcinosarcoma:** Tumor maligno con doble componente epitelial y mesenquimal.

**Neoformación:** Neoplasia, cáncer o tumor.

**Neoplasia:** Masa o bulto producido por crecimiento excesivo de células. Puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). También se denomina tumor.

**Oncogénesis:** Secuencia de cambios citológicos, genéticos y celulares que culminan en la transformación de una célula normal en otra cancerosa.

**Oncología:** Estudio del cáncer.

**Oncólogo:** Médico especializado en el tratamiento del cáncer. Hay varios tipos. El oncólogo médico, que se especializa en el tratamiento del cáncer con

medicamentos y el oncólogo radioterápico, que se especializa en el tratamiento del cáncer con radiaciones ionizantes.

**Oncovirus:** Partículas infecciosas que tienen la capacidad de alterar el ciclo celular transformando las células normales en cancerosas.

**Tumor:** Masa o bulto producido por crecimiento excesivo de células. Puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). También se denomina neoplasia.

**Tumor Benigno:** Masa de células semejantes a las normales, que permanecen en su localización primaria y no produce metástasis. También puede, no obstante, ser grave o mortal, según el lugar en el que se localice y las complicaciones a que dé lugar.

**Tumor Maligno:** Masa de células con crecimiento descontrolado que tiene capacidad de invasión o infiltración local y de provocar de metástasis a lugares distantes del tumor primario.

**Tumor Primario:** Crecimiento de células anormales o proliferación incontrolada de células en el lugar donde se origina el cáncer, en vez de diseminarse a este órgano de otras partes del cuerpo.

**Tumor Secundario:** Metástasis.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Según la planificación de toma de datos es prospectiva, los datos fueron recogidos de registros de la ficha de investigación donde el investigador tendrá participación (primarios).

Según el nivel de medición de la variable el estudio es Cuantitativo. Según el número de variable de interés es transversal, porque la medición de las variables es en un solo momento.

#### **3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

El nivel de investigación fue descriptivo porque permitió analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de sus atributos individuales o epidemiológicos.

El método utilizado es el hipotético deductivo. Se utiliza dicho método científico, porque permitió describir, analizar e interpretar las variables que les caracterizaran de manera tal como se da en el presente estudio.

#### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **3.3.1. POBLACIÓN**

La investigación se llevó a cabo con los Odontólogos del Colegio Odontológico del Perú Consejo Regional Abancay Apurímac, que son un total de 50 colegiados.

### 3.3.2. MUESTRA

Se utilizó el muestreo no probabilístico por criterios. Se trabajó con un grupo de odontólogos que y está conformado por 50 odontólogos.

## 3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.4.1. Técnicas

Se utilizó la encuesta, ya que la información contenida en la ficha con la preguntas fue recolectada exclusivamente para el estudio en curso.

### 3.4.2. Instrumentos

El instrumento fue un cuestionario, se recabó información de forma directa por parte del investigador, en base a un protocolo de preguntas preestablecidas.

#### **Organización:**

Ya aprobado el proyecto de investigación; y con la autorización del Comité de Investigación de la UAP filial Abancay Apurímac, para la ejecución del presente trabajo de investigación, se consideró a todos los Odontólogos, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, descritos anteriormente.

Luego de que el participante dé su consentimiento Informado por escrito, como se detalla en el Anexo 01, se procedió a realizar una encuesta estructurada, en la cual se obtuvo información general de cada Odontólogo en cuanto a características de los sujetos de estudio: Edad, sexo, capacitaciones recibidas según corresponda. El procedimiento de aplicación de la encuesta con preguntas de alternativa múltiple cerrada se aplicó con la finalidad de medir el nivel de conocimientos sobre cáncer oral.

Procesamiento de la información: los datos obtenidos fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una base de datos en el software estadístico SPSS, versión 22 para obtener

resultados que serán presentados utilizando estadística descriptiva mediante cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia,

además se utilizara la prueba de bondad de ajuste de chi cuadrado para frecuencias la misma que describe cuan bien se ajusta un conjunto de observaciones a un parámetro (estudio descriptivo) como es nuestro caso.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

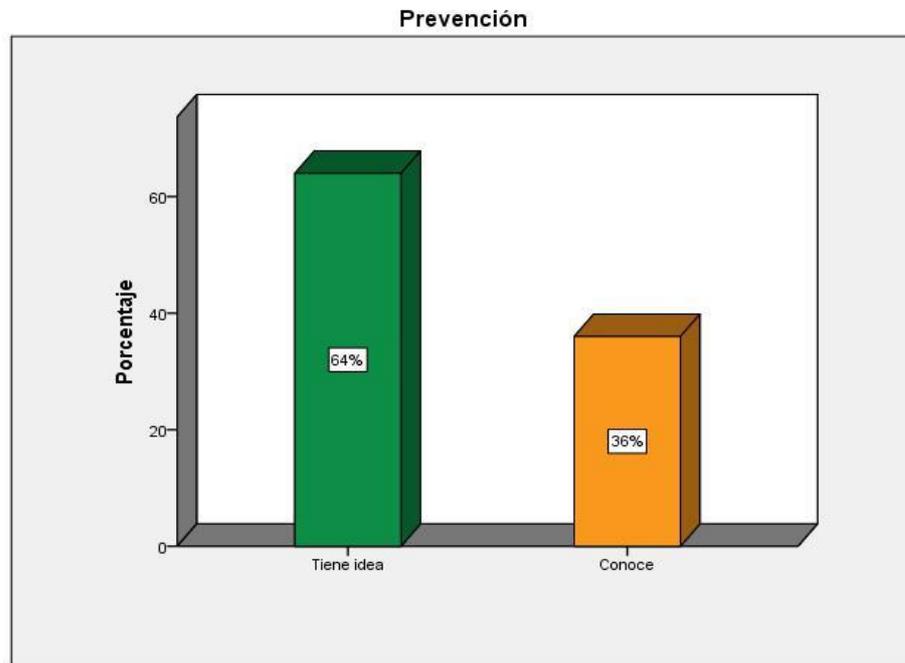
#### 4.1. Descripción de las Variables

Tabla 1 Nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

		<b>Prevención</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Tiene idea	32	64,0	64,0	64,0
	Conoce	18	36,0	36,0	100,0
	<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** base de datos SPSS

Figura 1 Nivel de conocimiento sobre la prevención del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.



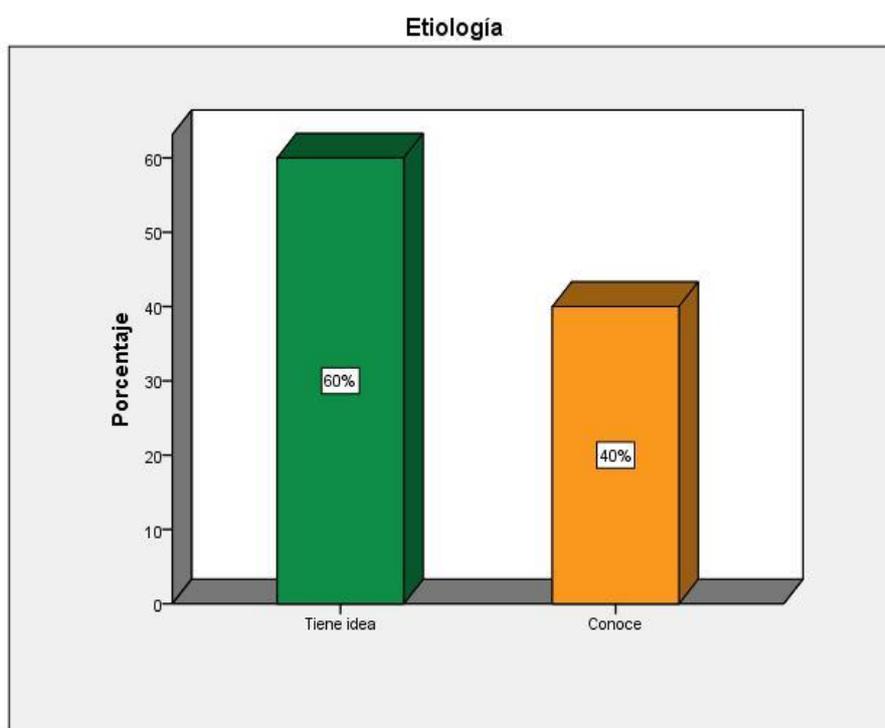
En la tabla 01 se muestra resultados sobre el nivel de conocimiento de la prevención del cáncer oral que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay, 2016 que pertenecen a la muestra de estudio. Del total que son 50, se observa que el 64% de dentistas tienen idea sobre la prevención, el 36% conoce sobre la prevención del cáncer oral.

Tabla 2 Nivel de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

		Etiología			
Válido	Tiene idea	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Tiene idea	30	60,0	60,0	60,0
	Conoce	20	40,0	40,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

**Fuente:** base de datos SPSS

Figura 2 Nivel de conocimiento sobre la etiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.



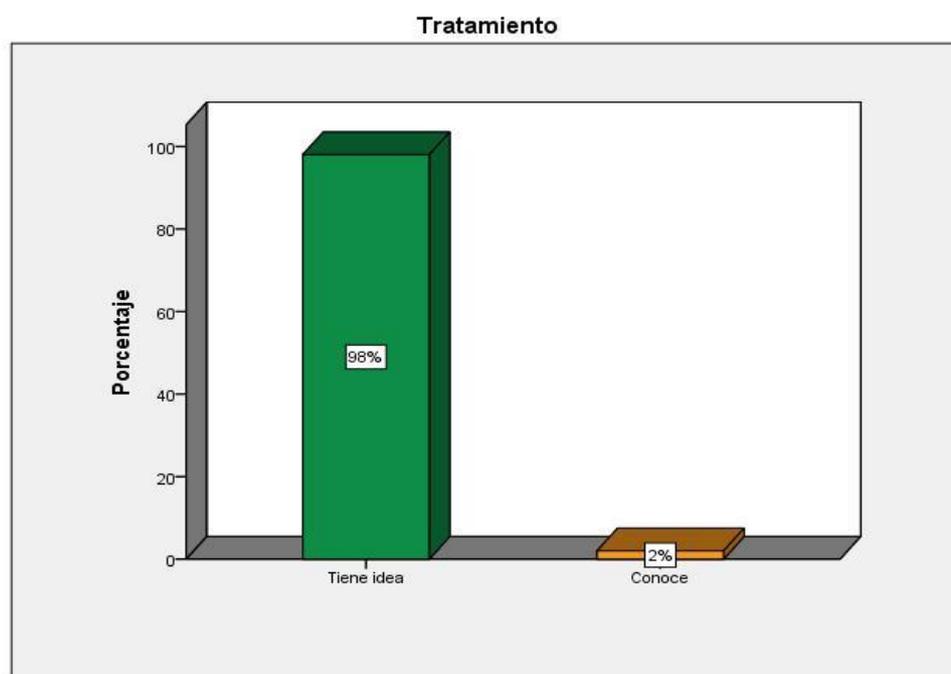
En la tabla 02 se muestra resultados sobre el nivel de conocimiento de la etiología del cáncer oral que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay, 2016 que pertenecen a la muestra de estudio. Del total que son 50, se observa que el 60% de dentistas conocen sobre la etiología y el 40% tiene idea sobre la etiología del cáncer oral.

Tabla 3 Nivel de conocimiento sobre el tratamiento del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

		Tratamiento			
Válido	Tiene idea	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Tiene idea	49	98,0	98,0	98,0
	Conoce	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: base de datos SPSS

Figura 3 Nivel de conocimiento sobre el tratamiento del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.



En la tabla 03 se muestra resultados sobre el nivel de conocimiento del tratamiento del cáncer oral que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay, 2016 que pertenecen a la muestra de estudio. Del total que son 50, se observa que el 98% de dentistas tiene idea

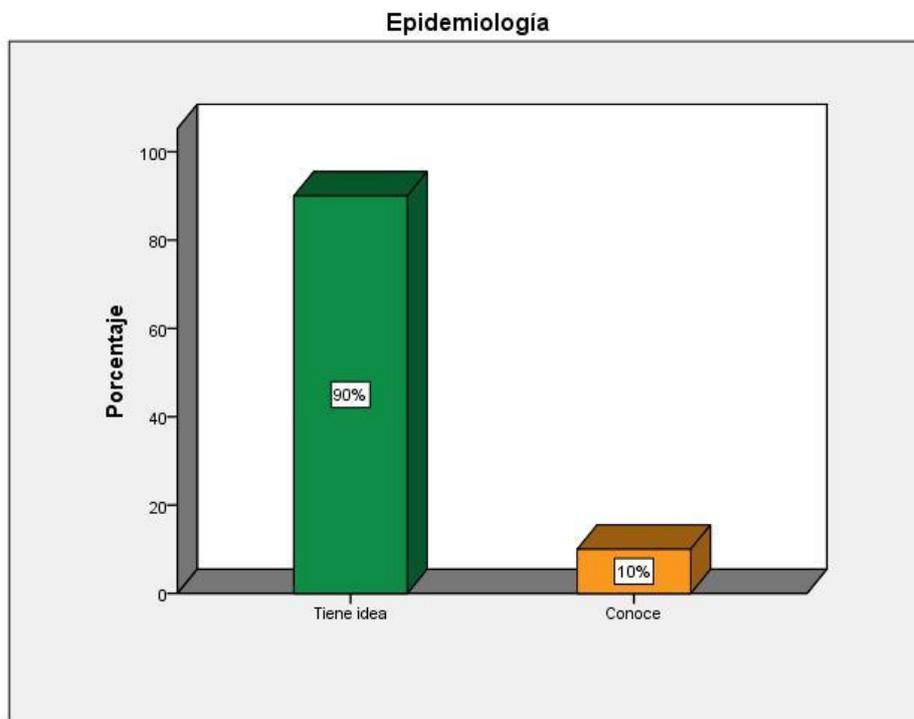
sobre el tratamiento del cáncer oral y sólo el 2% conoce sobre el tratamiento del cáncer oral.

Tabla 4 Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

Epidemiología					
Válido	Tiene idea	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Tiene idea	45	90,0	90,0	90,0
	Conoce	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: base de datos SPSS

Figura 4 Nivel de conocimiento sobre la epidemiología del cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.



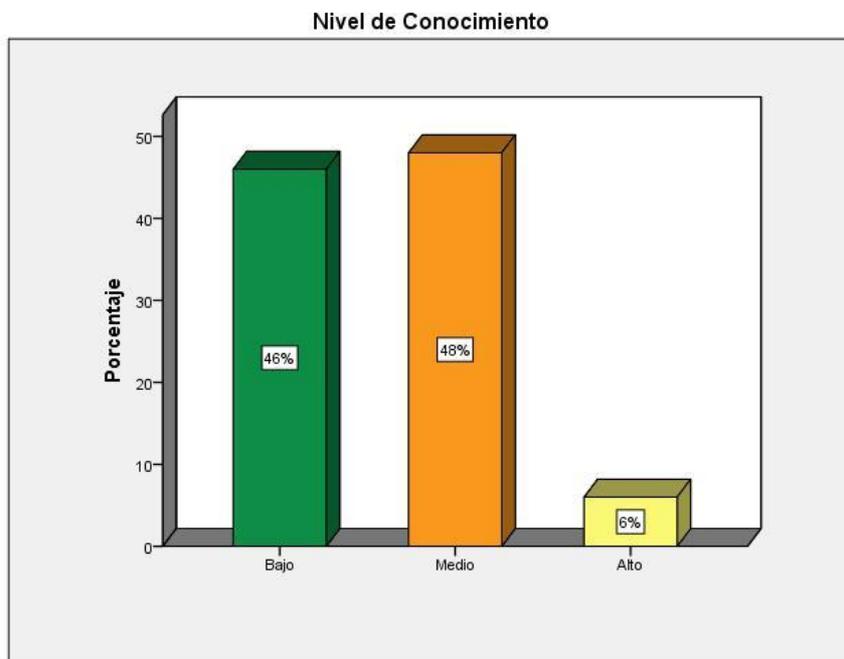
En la tabla 04 se muestra resultados sobre el nivel de conocimiento de la epidemiología del cáncer oral que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay, 2016 que pertenecen a la muestra de estudio. Del total que son 50, se observa que el 90% de dentistas tienen idea sobre la epidemiología y un 10% conoce sobre la epidemiología del cáncer oral.

Tabla 5 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

Nivel de Conocimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	23	46,0	46,0	46,0
	Medio	24	48,0	48,0	94,0
	Alto	3	6,0	6,0	100,0
Totales		50	100,0	100,0	

Fuente: base de datos SPSS

Figura 5 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.



En la tabla 05 se muestra resultados categorizados sobre el nivel de conocimiento del cáncer oral que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay 2016 que pertenecen a la muestra de estudio. Del total que son 50, se observa que el 48% de dentistas tiene un nivel de conocimiento medio, un 46% tiene un nivel de conocimiento bajo y un 6% tiene un alto conocimiento sobre el cáncer oral

Tabla 6 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, por edades en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016

		Edad				
		24-31 años	32-39 años	40-47 años	48-55 años	56-63 años
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
		o	o	o	o	o
		%	%	%	%	%
Nivel de Conocimiento	Bajo	8	2	5	4	1
	Medio	6	6	5	6	0
	Alto	1	2	1	0	0

**Fuente:** base de datos SPSS

En la tabla 06 se muestra resultados sobre el nivel de conocimiento que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay, 2016, por edades, sobre el cáncer oral. Del total que son 50, se observa que el 18% de dentistas tienen un nivel de conocimiento medio y su edad es entre 24 y 31 años, del mismo modo el 16% tienen nivel medio y son de 32 a 39 años y de 24 a 31 años. Existe un 10% de cirujanos que tienen entre 40 y 47 años de edad y tienen un nivel de conocimiento medio y bajo.

Tabla 7 Tabla 7: Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, por sexo en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

		Género			
		Femenino		Masculino	
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Nivel de Conocimiento	Bajo	7	1	16	3
		4	1	2	3
	Medio	9	8	15	0
		2	4	1	2
Alto					

**Fuente:** base de datos SPSS

En la tabla 07 se muestra resultados sobre el nivel de conocimiento que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay, 2016, por género, sobre el cáncer oral. Del total que son 50, se observa que el 18% de dentistas tienen un nivel de conocimiento medio y su edad es entre 24 y 31 años, del mismo modo el 16% tienen nivel medio y son del género femenino y el 14% tienen conocimiento bajo y son femeninos; por otro lado el 30% son masculinos y tienen un conocimiento medio, finalmente el 32% son masculinos y tienen bajo conocimiento. En consecuencia se percibe que los que más tienen conocimiento bajo y medio son los de género masculino.

Tabla 8 Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral, por años de experiencia en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.

Nivel de Conocimiento	Años de experiencia									
	1-8 años		9-16 años		17-24 años		25-32 años		33-40 años	
	Recuento		Recuento		Recuento		Recuento		Recuento	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	10	20	5	10	5	10	2	4	1	2
Medio	9	18	7	14	6	12	2	4	0	0
Alto	1	2	1	2	1	2	0	0	0	0

**Fuente:** base de datos SPSS

En la tabla 08 se muestran resultados sobre el nivel de conocimiento que tienen los cirujanos dentistas afiliados al Colegio Odontológico de Abancay, 2016, por años de experiencia, sobre el cáncer oral. Del total que son 50, se observa que el 20% de los que muestran conocimiento bajo, tienen entre 1 y 8 años de experiencia, el 18% de los que muestran conocimiento tienen entre 1 y 8 años, el 14% de los que muestran conocimiento medio tienen entre 9 y 16 años de experiencia y el 10% de los que muestran conocimiento bajo tienen de 9 a 24 años de experiencia, el 4% de los que muestran conocimiento bajo y medio tienen entre 25 y 32 años de experiencia, finalmente un 2% de los odontólogos se encuentran entre alto, medio y bajo conocimiento y tienen entre 1 a 40 años de experiencia en la carrera profesional. En consecuencia se puede precisar que los que tienen conocimiento bajo son los que menos años de experiencia tienen.

Tabla 9 Estadísticos descriptivos sobre las dimensiones y la variable de estudio.

		Estadísticos							
		Sexo	Edad	Años de experiencia	Prevención	Etiología	Tratamiento	Epidemiología	Nivel de Conocimiento
N	Válido	50	50	50	50	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
	Media	1,64	2,12	2,06	2,36	2,40	2,02	2,10	1,60
	Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	Moda	2	1	1	2	2	2	2	2
	Desviación estándar	,485	1,081	1,077	,485	,495	,141	,303	,606
	Varianza	,235	1,169	1,160	,235	,245	,020	,092	,367
	Rango	1	4	4	1	1	1	1	2
	Mínimo	1	1	1	2	2	2	2	1
	Máximo	2	5	5	3	3	3	3	3

En la tabla 09 se muestran los estadísticos descriptivos respecto a las dimensiones y la variable de estudio.

En relación al género la tendencia de la media aritmética, la mediana y la moda precisa que son los masculinos los que muestran mayor frecuencia, en relación a la edad, los que más tendencia son los del grupo 2, vale decir de 32 a 39 años de edad, respecto a los años de experiencia, la tendencia es el 2 vale decir de 9 a 16 años, sobre el nivel de conocimiento de la prevención de cáncer oral, la tendencia es 2 vale decir tienen idea, sobre la etiología del cáncer oral, la tendencia es 2, vale decir tienen idea, sobre el tratamiento del cáncer oral, el nivel de conocimiento tiende al 2, vale decir tienen idea, sobre la epidemiología del cáncer oral, la tendencia del nivel de conocimiento es de 2, vale decir tienen idea y finalmente sobre el nivel de conocimiento general sobre el cáncer oral, la tendencia es 2, vale decir que los odontólogos tienen idea sobre el tema de investigación.

Tabla 10 Prueba de hipótesis de la variable de estudio y sus dimensiones

Estadísticos de prueba								
	Sexo	Edad	Años de experiencia	Prevención	Etiología	Tratamiento	Epidemiología	Nivel de Conocimiento
Chi-cuadrado	3,920	19,600	23,000	3,920	2,000	46,080	32,000	16,840
gl	1	4	4	1	1	1	1	2
Sig. asintótica	,048	,001	,000	,048	,157	,000	,000	,000

La tabla 10 muestra resultados de la chi cuadrada para la probar la hipótesis de la investigación, teniendo en cuenta un 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error, al respecto se han obtenido los siguientes resultados:

En relación al género de los sujetos que pertenecen a la muestra de investigación se percibe que el 0,048 es menor al 0,05, por lo tanto se afirma que el género si es determinante en el nivel de conocimiento, sobre la edad, se observa que el valor de significancia 0,001 es menor al 0,05 de margen de error, por lo tanto se afirma que la edad si es determinante en el nivel de conocimiento de las unidades de estudio, los años de experiencia, en este caso el valor de significancia es 0,000 menor a 0,05, por lo tanto también se afirma que los años de experiencia si determinan el nivel de conocimiento de las unidades de estudio, sobre el nivel de conocimiento de la prevención del cáncer el valor de significancia es de 0,048 menor al 0,05 de margen de error, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada sobre el tema, en relación a la etiología, el valor de significancia es de 0,157 mayor al 0,05 de margen de error, lo que indica rechazar la hipótesis planteada, sobre el conocimiento del tratamiento del cáncer oral, el valor de significancia de 0,000 es menor a 0,05, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada, sobre la epidemiología, el valor de significancia es de 0,000 menor al 0,05 de margen de error, lo que indica aceptar la hipótesis planteada, finalmente sobre la hipótesis general, nivel de conocimiento del cáncer oral, se muestra un valor de significancia igual a 0,000 menor al 0,05 de margen de error, lo que nos permite concluir que se acepta la hipótesis de la investigación, vale decir que los odontólogos muestran un nivel de conocimiento medio sobre el cáncer oral.

## DISCUSIÓN

Como Objetivo General se planteó “Determinar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016” teniendo una población de 32 cirujanos del sexo masculino y 18 cirujanos del sexo femenino haciendo un total de 50 cirujanos de ambos sexos. Para responder a este objetivo, los datos fueron descritos en base a porcentajes o prevalencias de ocurrencia, cuyos resultados y valoraciones que se presentan en la Tabla 5 y figura 5, donde encontramos la siguiente relación: El 48% de los cirujanos tienen un nivel de conocimiento medio y un 46% tiene un bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer oral.

Resultados diferentes a cerca del nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral tenemos a: Brandon Gonzales Zegarra en su trabajo “Nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en los alumnos del último semestre de la carrera de medicina humana de 5 universidades Costa Rica 2010” Concluyendo que los participantes tenían poco conocimiento sobre el cáncer oral el valor promedio fue de 39,8%, con un valor mínimo del 5% y el máximo del 77,5%.

Respecto a los objetivos específicos, en la tabla 01 se muestra que el 64% de odontólogos tienen idea sobre la prevención del cáncer, en la tabla 02 el 60% tiene idea sobre la etiología del cáncer oral, en la tabla 03 se observa que el 98% de odontólogos tienen idea sobre el tratamiento del cáncer oral, en la tabla 04 se muestra que el 90% de odontólogos tienen idea sobre la epidemiología del cáncer oral, en la tabla 06 se muestra que el 18% de cirujanos dentistas tienen entre 24 y 31 años y su nivel de conocimiento sobre cáncer oral es bajo, en la tabla 08 se muestra que el 20% de odontólogos tienen bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer oral y tienen de 1 a 8 años de servicio.

Sobre el estudio que se hizo, existen resultados casi similares a cerca del nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral, tenemos a: Applebaum y Cols. En su trabajo sobre “Conocimientos actitudes y practicas

sobre el cáncer oral en odontólogos y médicos de atención primaria en el estado de Massachusetts, Estados Unidos de Norteamérica. 2011". Donde, sólo el 9 % de los médicos y el 39 % de los dentistas fueron capaces de identificar los dos sitios más comunes en los que se desarrolla el cáncer oral.

Otro resultado que se asemeja es de Patricia M, Izaguirre Pérez en su trabajo "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" arribo a los siguientes conclusiones en el estudio realizado. El 44,7% de los estudiantes participantes de la investigación tenían un nivel regular de conocimientos sobre cáncer oral. Las secciones donde los participantes obtuvieron mayor puntaje fueron: etiología y diagnóstico, estas secciones comprendían preguntas factores de riesgo, signos y síntomas y localización del cáncer oral. En cambio las secciones sobre tratamiento y prevención del cáncer oral fueron donde se obtuvieron los menores puntajes. El estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes de odontología del último año de la carrera y subraya la necesidad de mejorar la educación sobre el cáncer oral para beneficio de la población que podrá ser atendida por los futuros profesionales.

## CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos sobre cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el Colegio Odontológico de Abancay Apurímac es medio, esto quiere decir que los odontólogos considerados en la muestra de investigación, tienen idea sobre los aspectos que se plantean en los objetivos específicos.
- El nivel de conocimiento sobre la prevención del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016, nos precisa en la tabla 01, donde se indica que el 64% de odontólogos tienen idea sobre el caso.
- El nivel de conocimiento sobre la etiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016, se precisa en la tabla 02 y nos indica que el 60% de odontólogos tienen idea sobre la etiología.
- El nivel de conocimiento sobre el tratamiento del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016, nos precisa la tabla 03, donde indica que el 98% tiene idea sobre el tratamiento.
- El nivel de conocimiento sobre la epidemiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016, se precisa en la tabla 04, donde se indica que el 90% de odontólogos tienen idea sobre la epidemiología.

## RECOMENDACIONES

1. Primero.- Establecer dentro del currículo en la Universidad UAP el Curso de Oncología Oral para la formación integral del estudiante de pregrado con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano con el fin de prevenir, detectar y tratar Patologías Oncológicas.
2. Segundo.- Sugerir al Colegio Odontológico de Abancay Apurímac desarrollar cursos o diplomados de actualización en Patología Oncológica por ser un factor de la calidad de los profesionales; con la finalidad de orientar adecuadamente a los pacientes para un tratamiento adecuado.
3. Tercero.- La necesidad de implantar estrategias de educación en salud Patología Oncológica Oral en los hospitales del Gobierno Regional y de EsSalud con la finalidad de educar sobre cómo prevenir, detección temprana, y tratar Patologías Oncológicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BASCONES MARTÍNEZ, Antonio. Tratado de Odontología. 2ª ed. Ediciones Avances Médico-Dentales, 1998.
2. WOOD, Norman K. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª ed. en español. Editorial Harcourt Brace, 1998.
3. BHASKAR, S. N. Patología Bucal. 4ª ed. Argentina: Editorial El Ateneo, 1991.
4. SACSAQUISPE, S.; ASURZA, J. El cáncer de la cavidad oral en la población peruana. Lima: Actualidad Odontológica y Salud Vol.1 N° 2 Oct.-Dic. 2004.
5. SAAP, J.; EVERSOLE, L.; Patología oral y máxilofacial contemporánea 2º ed. en español. Ediciones Harcourt 2004.
6. SOL SILVERMAN, Jr. Oral cancer. 2º edición. American Cancer Society, New York 1985.
7. CECCOTTI, Eduardo L. Clínica estomatológica: SIDA, cáncer y otras afecciones 1º ed. Editorial Panamericana. 1993 Buenos Aires.
8. REGEZI, Joseph A; Patología bucal 3º ed. Editorial Interamericana - McGraw-Hill; 1992 México.

9. CASSINELLI MORÓN, Viviana. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral libre en el INEN (1980-1989). Lima: UPCH 1993.
10. CASTILLO CEVALLOS, Silvia. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral adherida a periostio en el INEN (1980 – 1989). Lima: UPCH 1993.
11. MACHICAO HINOJOSA, Cynthia. Tratamiento quirúrgico del carcinoma epidermoide en cavidad oral. Lima UNFV 1996.
12. MOHAR, A.; FRÍAS, M.; SUCHIL, L. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública de México Vol. 39 suppl. Cuernavaca 4 Jul.-Aug. 1997.
13. ESPETIA TINTAYA, Gregorio. Prevalencia de carcinoma epidermoide que compromete el seno maxilar en el HNDEM (enero 1990 – julio 1997). Lima UNFV 1998.
14. QUINTANA DÍAZ, J. Estudio sobre los tumores malignos maxilofaciales. Revista Cubana Estomatológica Vol. 35 n. 2: 43-48.1998.

## **ANEXOS**

## Matriz de consistencia

**TITULO: CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE CANCER ORAL EN CIRUJANOS DENTISTAS AFILIADOS EN EL COLEGIO ODONTOLÓGICO DE ABANCAY DE MAYO – AGOSTO 2016.**

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	METODOLOGÍA
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas de Abancay, mayo agosto 2016?	¿Determinar el nivel de conocimiento del diagnóstico de cáncer oral de los cirujanos dentistas de la ciudad de Abancay?	El nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral es medio en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay, 2016.	<b>VARIABLE DE ESTUDIO</b>  <b>Nivel de conocimiento</b>	<b>Conocimiento</b>	<b>Test</b>  <b>Ficha RD.</b>	<b>Alto</b>  <b>Medio</b>  <b>Bajo</b>	<b>TIPO:</b>  <b>Cuantitativo</b>  <b>NIVEL :</b>  <b>Descriptivo</b>
<b>PROBLEMA ESPECÍFICO</b>	<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	<b>HIPOTESIS ESPECÍFICA</b>					
1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la prevención del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016?	1. Determinar el nivel de conocimiento sobre la prevención del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016.	1. El nivel de conocimiento sobre la prevención del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac, 2016, es medio.	Nivel de conocimiento etiológico.  Nivel de conocimiento epidemiológico.  Nivel de conocimiento del tratamiento. Nivel de conocimiento	<b>Etiológico.</b>  <b>Epidemiológico</b>	<b>Test</b>  <b>Ficha RD.</b>  <b>Test</b>  <b>Ficha RD.</b>	<b>Conoce</b> <b>Tiene</b> <b>idea</b> <b>Desconoce</b>	<b>DISEÑO:</b>  <b>Descriptivo simple</b>  <b>TIEMPO</b>  <b>transversal</b>

<p>16? ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la etiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016?</p>	<p>016. 2. Determinar el nivel de conocimiento sobre la etiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016.</p>	<p>2. El nivel de conocimiento sobre la etiología del diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de, Abancay Apurímac, 2016, es medio.</p>	<p>de nto de la prevención</p>	<p><b>Tratamiento.</b></p> <p><b>Prevención.</b></p>	<p><b>Test</b></p> <p><b>Ficha RD.</b></p> <p><b>Test</b></p> <p><b>Ficha RD.</b></p>	<p><b>POBLACION:</b></p> <p><b>50</b></p> <p><b>MUESTRA:</b></p> <p><b>50</b></p> <p><b>TECNICA</b></p> <p><b>Encuesta</b></p> <p><b>INSTRUMENTO</b></p> <p><b>Cuestionario</b></p>
--	--	--	--------------------------------	--	---	---

<p>4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la epidemiología del diagnóstico de</p>	<p>4. Determinar el nivel de conocimiento sobre la epidemiología del diagnóstico de</p>	<p>4. El nivel de conocimiento sobre la epidemiología del diagnóstico de cáncer</p>				
---	---	---	--	--	--	--

<p>el co e  cánc ( e  er ral n  ciruja  nos dentistas  afilia en cole  dos el gio  odontológic d  o e,  Aban Apurímac,  cay 2016  ?</p>	<p>cáncer oral en  cirujanos  dentistas afiliados en  el colegio odontológico  de,  Abancay Apurímac,  20  16.</p>	<p>or e cirujano  al n s  dentistas afiliados en el  colegio odontológico  de,  Apurím  Abancay ac,  2016, es medio.</p>					
---	--	--	--	--	--	--	--





## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha N<sup>o</sup>:00-

.....

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES Y FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Yo,..... En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente

manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia acepto responder preguntas de una entrevista y ser sometido a una breve evaluación.

Todo ello para contribuir a obtener datos estadísticos para la investigación intitulada “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DIAGNÒSTICO DE CANCER ORAL EN CIRUJANOS DENTISTAS AFILIADOS EN EL COLEGIO ODONTOLOGICO DE ABANCAY APURÍMAC DE MAYO – AGOSTO 2016.” Bachiller JAIME BALDARRAGO LEÓN de la Facultad d Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Escuela Académica Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas filial Abancay. Tengo entendido:

- La participación es este estudio es estrictamente voluntaria.
- La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.
- Si tengo alguna duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él.
- Igualmente, puede retirarme del proyecto en cualquier momento sin que me perjudique de ninguna forma.
- Si alguna de las preguntas durante la entrevista me parecen incómodas, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

En señal de conformidad de lo antes expuesto firmo al pie del presente

Abancay, ..... De ..... del  
2016

---

Nombre:  
DNI:

NOMBRE DEL CD \_\_\_\_\_ FICHA NRO: \_\_\_\_\_

N ro.	PREVENCION DEL CANCER EN ESTOMATOLOGI		L		T
1	CONSIDERAS QUE EL CÁNCER ORAL SE PREVIENE				
2	LOS ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE NITRITOS PREDISPONEN AL DESARROLLO DEL CÁNCER				
3	LA CONTAMINACIÓN CON DETERMINADOS MICROORGANISMOS DESENCADENA LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD				
4	SE PUEDE TOMAR ALGUNA MEDICACIÓN PARA PREVENIR EL CÁNCER ORAL				
5	SE PUEDE UTILIZAR VACUNAS PARA PREVENIR EL CÁNCER				
6	CONSIDERAS QUE EVITAR EL CONTACTO CON MICROORGANISMOS VIRALES EVITAN LA PRESENCIA DE PATOLOGÍAS CANCERÍGENAS				
7	EVITAR EL CONTACTO CON SUSTANCIAS QUÍMICAS INDUSTRIALES ME PREVIENEN EL CÁNCER EN MI ORGANISMO				
8	EL USO DE LAS RADIACIONES COMO INSTRUMENTO DE DX, CON LAS PREOCUPACIONES EVITAN LAS MODIFICACIONES CELULARES Y ESTRUCTURALES				
9	LA CONTAMINACIÓN DIRECTA CON SUSTANCIAS DE SECRECIÓN BIOLÓGICA Y EL NO CUIDADO EN EL USO DE MÉTODOS DE PROTECCIÓN CONDICIONAN A LA PRESENCIA DE PATOLOGÍAS CANCERÍGENAS				
10	LOS HABITOS, TABACO, ALCOHOL, Y OTROS CONSIDERAN QUE NOS CONDICIONAN A LA PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD				

1	I	Desconoce	0 - 10
2	I	Tiene idea	11 - 20

3	Conoc	21 - 30					
4	Domin	31 - 40					
<b>N</b>	<b>ro.</b>	<b>ETIOLOGIA DEL CANCER EN ESTOMATOLOGIA</b>		<b>L</b>			<b>T</b>
1		LAS LESIONES LIQUENOIDES EN BOCA ES CONSIDERADO COMO UNO DE LOS AGENTES ETIOLOGICOS DEL CANCER ORAL					
2		LAS LESIONES ROJAS SON DESENCADENANTES DE LAS LESIONES CANCEROSAS EN LA BOCA					
3		AGUNOS MICROORGANISMOS MICOTICOS SON CONSIDERADOS COMO AGENTES ETIOLOGICOS DEL CANCER					
4		LOS PROCESOS INFLAMATORIOS CRONICOS CONLLEVAN AL DESARROLLO DE CANCER ORAL					
5		CIERTOS ELEMENTOS VIRALES DESENCADENAN PATOLOGIAS cancerígenas en diferentes órganos de nuestro organismo					
6		LA NICOTINA PRODUCE MITOSIS EN CAVIDAD ORAL LO PODEMOS CONSIDERAR COMO UNA ETIOLOGÍA DEL CÁNCER ORAL					
7		LAS LESIONES BLANCAS CONDICIONA EL DESARROLLO DE PATOLOGÍAS CANCERÍGENAS A LARGO PLAZO					
8		CONSIDERAS QUE LOS PESTICIDAS DE USO INDUSTRIAL PUEDEN DAR ORIGEN A LA APARICIÓN DE LESIONES CANCERÍGENAS					
9		LA IONIZACIÓN CON ELEMENTOS RADIOACTIVOS CONSIDERA QUE ES UN FACTOR PARA EL DESARROLLO DE ESTAS PATOLOGÍAS					
10		CONSIDERAS QUE EL CÁNCER EN LA BOCA TIENE DENTRO DE SUS FACTORES UNA LIGACIÓN GENÉTICA EN RELACIÓN A LA APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD					

<b>N</b>	<b>ro.</b>	<b>Tratamiento del cáncer en estomatología</b>	<b>D TL C</b>
			<b>DT</b>
1		LA QUIMIOTERAPIA ES EL TRATAMIENTO ES CONSIDERADO PARA LA ELIMINACIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD	
2		LA LEUCOPLACIA EN BOCA ES UNA LESIÓN PRECANCEROSA QUE EN ALGÚN MOMENTO PUEDE DESENCADENAR LA ENFERMEDAD	
3		CONSIDERAS QUE LOS MÉTODOS PREVENTIVOS SON LOS INSTRUMENTOS MÁS IMPORTANTES PARA EVITAR LA CONCURRENCIA DE PATOLOGÍAS CANCERÍGENAS	
4		LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA TIENE EFECTOS COLATERALES NO SELECTIVOS A NIVEL CELULAR	
5		LAS ERITROPLASIAS SON LESIONES ROJAS QUE CONLLEVAN A LA	

**PRESENCIA DE LA ENFERMEDAD**

**6 PARA LA ELIMINACIÓN DE CÉLULAS CANCERÍGENAS**

**7 SI SE TRATA A TIEMPO LA ENFERMEDAD EN ESTADOS INICIALES PODEMOS ELIMINAR A LA ENFERMEDAD**

**8 EL ESTADIO III DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE EN TRATAMIENTO TIENE BUEN PRONOSTICO**

**9 EL ESTADO IV DEL CÁNCER ORAL FRENTE A LA RADIOTERAPIA, LA EMISIÓN DE LA ENFERMEDAD PODEMOS AFIRMAR QUE ESTÁ GARANTIZADO**

**10 CONSIDERAS QUE EL ÉXITO DEL TTO. DEL CÁNCER RADICAL EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD**

**T  
OTA  
L**

**RED**

1		Desconoce	0 - 10
2	I	Tiene idea	11 - 20
3		Conoce	21 - 30
4	T	Domina el tema	31 - 40

<b>N</b>	<b>ro.</b>	<b>EPIDEMIOLOGIA DEL CÁNCER EN ESTOMATOLOGÍA</b>	<b>D TL</b>	<b>C DT</b>
1		CONSIDERAS QUE EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE ES UNA DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS CON ALTA INCIDENCIA EN CAVIDAD ORAL		
2		EL CÁNCER ES UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MUNDO		
3		CONSIDERAS QUE EL ESTADIO I DEL CÁNCER ORAL REPRESENTA EL 9% DE CASOS DE CÁNCER EN LA BOCA		
4		LA TERAPIA COMBINADA DEL CÁNCER ORAL REPRESENTA EL 38% DE OPCIONES TERAPÉUTICAS MÁS UTILIZADAS		
5		CONSIDERAS QUE LA RADIOTERAPIA Y LA QUIMIOTERAPIA REPRESENTA EL 28% COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LA SOLUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS NEOPLÁSICAS		
6		EL CARCINOMA ESPINO CELULAR REPRESENTA EL 90% DE LOS CASOS MÁS FRECUENTES EN LA POBLACIÓN		
7		CONSIDERAS QUE EL ESTADIO IV DEL CÁNCER EN LA BOCA REPRESENTA EL 23% DE LA POBLACIÓN		

8	EL MELANOMA, LINFOMA Y SARCOMA SON PATOLOGÍAS CANCERÍGENAS FRECUENTES EN CAVIDAD ORAL				
9	EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN LA BOCA LA CIRUGÍA CONSERVADORA REPRESENTA EL 16% DE LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA				
10	ESTÁS DE ACUERDO QUE EL ESTADIO II DEL CÁNCER EN LA BOCA ES EL QUE TIENE MAYOR INCIDENCIA Y REPRESENTA EL 53% DE CASOS				

<b>TOTAL</b>				
	<b>RED</b>			

Base de datos Jaime Baldarrago.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Sexo	Edad	Años_de_experiencia	Prevención	Etiología	Tratamiento	Epidemiolo...	Nivel_de_Conocimiento	var							
28	2	2	2	3	2	2	2	2								
29	1	1	1	2	2	2	2	2								
30	1	1	1	3	2	2	2	2								
31	1	1	1	3	3	2	2	2								
32	2	1	1	2	2	2	2	2								
33	2	1	1	3	2	2	2	2								
34	2	2	2	2	2	2	2	2								
35	2	2	2	3	2	2	2	2								
36	2	3	3	3	2	2	2	2								
37	2	5	5	2	2	2	2	2								
38	1	4	4	2	2	2	2	2								
39	2	4	4	3	2	2	2	2								
40	2	3	3	2	2	2	2	2								
41	1	2	2	2	2	2	2	2								
42	1	2	2	2	3	2	2	2								
43	1	1	1	2	2	2	2	2								
44	2	3	3	3	3	2	2	2								
45	2	3	3	2	2	2	2	2								
46	2	4	4	2	2	2	2	2								
47	2	3	3	2	2	2	2	2								
48	2	1	1	2	2	2	2	2								
49	1	4	3	2	3	2	2	2								

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Tesis Jaime Baldár... Google Traductor... \*Resultado1 [Doc... Base de datos Jai... TESIS FINAL JAIM... 09:54 p.m. 03/07/2017

Base de datos Jaime Baldarrago.sav [Conjunto\_de\_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 8 de 8 variables

	Sexo	Edad	Años_de_experiencia	Prevención	Etiología	Tratamiento	Epidemiolo...	Nivel_de_Conocimiento	var						
28	Masculino	32-39 años	9-16 años	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
29	Femenino	24-31 años	1-8 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
30	Femenino	24-31 años	1-8 años	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
31	Femenino	24-31 años	1-8 años	Conoce	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
32	Masculino	24-31 años	1-8 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
33	Masculino	24-31 años	1-8 años	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
34	Masculino	32-39 años	9-16 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
35	Masculino	32-39 años	9-16 años	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
36	Masculino	40-47 años	17-24 años	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
37	Masculino	56-63 años	33-40 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
38	Femenino	48-55 años	25-32 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
39	Masculino	48-55 años	25-32 años	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
40	Masculino	40-47 años	17-24 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
41	Femenino	32-39 años	9-16 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
42	Femenino	32-39 años	9-16 años	Tiene idea	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
43	Femenino	24-31 años	1-8 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
44	Masculino	40-47 años	17-24 años	Conoce	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Medio							
45	Masculino	40-47 años	17-24 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
46	Masculino	48-55 años	25-32 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
47	Masculino	40-47 años	17-24 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
48	Masculino	24-31 años	1-8 años	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Tiene idea	Bajo							
49	Femenino	48-55 años	17-24 años	Tiene idea	Conoce	Tiene idea	Tiene idea	Medio							

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

Tesis Jaime Baldár... Google Traductor... \*Resultado1 [Doc... Base de datos Jai... TESIS FINAL JAIM...

09:56 p.m. 03/07/2017

## Delimitación de la investigación

- 1.2.1. Espacial: El presente estudio de investigación para determinar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico de cáncer oral en cirujanos dentistas afiliados en el colegio odontológico de Abancay Apurímac. Se realizara dentro de la ciudad de Abancay y en los consultorios dentales entre los meses de mayo – agosto 2016.
- 1.2.2. Temporal: El colegio odontológico de la región Apurímac se encuentra ubicado entre el jirón Apurímac y el jirón Grau 2da cuadra en la ciudad de Abancay Apurímac. El personal administrativo que labora está a cargo del decano CD. Doctor Ricardo Champoñan Miranda.
- 1.2.3. Social: El colegio odontológico de la región Apurímac se encuentra ubicado entre la jiron Apurímac y el jirón Grau 2da cuadra en la ciudad de Abancay Apurímac, cuenta con un local alquilado con una infraestructura de material noble de 3 pisos, cuenta con un personal administrativo integrado por los colegas de la misma especialidad los cuales fueron elegidos por votación.

