



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE  
CÁNCER ORAL DE ESTUDIANTES DE VIII, IX Y X CICLO DE LA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA 2017.**

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

PRESENTADO POR:

**BACHILLER CARMEN YENNIFER MARTELL PEREZ**

ASESOR:

**DRA. SANDRA CLARA ALICIA CORRALES MEDINA**

**AREQUIPA, PERÚ**

**MAYO 2018**

## **DEDICATORIA**

Con mucho cariño esta tesis se la dedico a:

Mi madre Viviana por ser el pilar de mi vida, un gran ejemplo de fortaleza, valentía que ha sabido formarme con buenos sentimientos y valores.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar los obstáculos de mi vida y sobre todo por haberme dado las fuerzas necesarias para seguir adelante.

Agradezco a mi madre la confianza, el apoyo brindado y la oportunidad que me dio para ser profesional, corrigiendo en el camino mis faltas y celebrando mis triunfos.

Agradezco a Pierre por acompañarme durante todo este trayecto por compartir conmigo alegrías, fracasos y motivándome día a día.

Agradezco a todos mis docentes que me enseñaron a valorar los estudios y a superarme cada día profesionalmente a lo largo de toda la carrera profesional.

Agradezco a todas las personas que ayudaron directa o indirectamente en la realización de mi tesis.

## ÍNDICE GENERAL

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN** 1

**ABSTRACT** 2

**INTRODUCCIÓN** 3

**CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA** 4

1.1 Descripción de la realidad problemática 4

1.2 Formulación del problema 6

1.3 Objetivos de la investigación 6

1.4 Justificación de la investigación 6

1.4.1 Importancia de la investigación 8

1.4.2 Viabilidad de la investigación 8

1.5 Limitaciones del estudio 9

**CAPITULO II: MARCO TEÓRICO** 10

2.1 Antecedentes de la investigación 10

2.2 Bases teóricas 13

2.2.1 Concepto 13

2.2.2 Factores de riesgo del Cáncer Oral 13

2.2.3 Lesiones precancerosas 21

2.2.4 Clasificación del Cáncer Oral 23

2.2.5 Factores protectores 30

2.2.6 Nivel de conocimiento 31

2.3 Definición de términos básicos 34

**CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN** 35

3.3 Formulación de la hipótesis principal y derivadas	35
3.2 Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional.	
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>37</b>
4.1 Diseño metodológico	37
4.2 Diseño muestral	37
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validación y confiabilidad	38
4.4 Técnicas de procesamiento de la información	39
4.5 Aspectos éticos	40
<b>CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>41</b>
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos.	41
5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas no paramétricas de correlación, de regresión u otras	55
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	57
5.4 Discusión	59
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>61</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>62</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>66</b>
Anexo 1: Carta de presentación	66
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	67
Anexo 3: Validación de cuestionario	73
Anexo 4: Juicio de expertos	79

Anexo 5: Matriz de datos	80
--------------------------	----

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla n° 1</b> Distribución de los estudiantes según sexo.	41
<b>Tabla n° 2</b> Distribución de los estudiantes de estomatología según edad	43
<b>Tabla n° 3</b> Distribución de los estudiantes de estomatología según ciclo académico.	45
<b>Tabla n° 4</b> Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de estomatología.	47
<b>Tabla n° 5</b> Relación entre sexo y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de estomatología.	49
<b>Tabla n° 6</b> Relación entre edad y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de estomatología.	51
<b>Tabla n° 7</b> Relación entre ciclo académico y nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de Estomatología.	53
<b>Tabla n° 8</b> Prueba chi cuadrado para relacionar el sexo, edad y ciclo académico de los estudiantes de estomatología con su nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral.	55

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico n° 1</b> Distribución de los estudiantes según sexo.	42
<b>Gráfico n° 2</b> Distribución de los estudiantes de estomatología según Edad	44
<b>Gráfico n° 3</b> Distribución de los estudiantes de estomatología según ciclo académico	46
<b>Gráfico n° 4</b> Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de estomatología	48

**Gráfico n° 5** Relación entre sexo y nivel de conocimiento sobre factores 50  
de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de estomatología

**Gráfico n° 6** Relación entre edad y nivel de conocimiento sobre factores 52  
de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de estomatología

**Gráfico n° 7** Relación entre ciclo académico y nivel de conocimiento 54  
sobre factores de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de Estomatología

## RESUMEN

El cáncer oral es una enfermedad multifactorial que puede prevenirse conociendo los factores de riesgo (alcohol, tabaco, exposición prolongada al sol, virus del papiloma humano, género, etnicidad, edad, higiene bucal, dieta, sistema inmunológico debilitado, consumo de marihuana, trauma y riesgo ocupacional), así mismo, es importante que los profesionales de la salud lleven a cabo un diagnóstico precoz (lesión precancerosa) para evitar complicaciones en el paciente que puedan afectar su calidad de vida. Por esta razón es que la presente investigación tuvo por objetivo evaluar el nivel de conocimiento que tenían los alumnos de octavo, noveno y décimo ciclo de Estomatología sobre los factores de riesgo del cáncer oral.

La población de estudio estuvo constituida por los alumnos que cursaban el octavo, noveno y décimo ciclo y que reunieron los criterios de inclusión y exclusión propuestos, haciendo un total de 149 personas. La investigación corresponde a un tipo no experimental, además se ajusta a los diseños transversal, de campo, prospectivo y descriptivo.

La información se midió a través de la aplicación de un instrumento, específicamente un cuestionario de opción de respuesta múltiple, el cual estaba validado y, por tanto, su aplicación garantizaba resultados confiables; así mismo, la técnica utilizada para llevar a cabo la recolección de datos fue la encuesta estructurada.

Los resultados obtenidos nos permiten demostrar que el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en los alumnos de octavo, noveno y décimo ciclo fue bajo en el 74.0% de ellos. También se evidenció que el nivel de conocimiento no depende del sexo ni ciclo académico, sin embargo, la edad si tuvo relación con el conocimiento, siendo mejor en los alumnos de menor edad.

### **Palabras clave:**

Factores de riesgo, cáncer oral, nivel de conocimiento.

## **ABSTRACT**

Oral cancer is a multifactorial disease that can be prevented by knowing the risk factors (alcohol, tobacco, prolonged sun exposure, human papilloma virus, gender, ethnicity, age, oral hygiene, diet, weakened immune system, marijuana use, trauma and occupational risk), likewise, it is important that health professionals carry out an early diagnosis (precancerous lesion) to avoid complications in the patient that may affect their quality of life. For this reason, the objective of this research was to evaluate the level of knowledge that the students of the eighth, ninth and tenth cycles of Dentistry had about the risk factors of oral cancer.

The study population was constituted by the students who were in the eighth, ninth and tenth cycles and who met the proposed inclusion and exclusion criteria, making a total of 149 people. The research corresponds to a non-experimental type, in addition to the transversal, field, prospective and descriptive designs.

The information was measured through the application of an instrument, specifically a multiple choice questionnaire, which was validated and, therefore, its application guaranteed reliable results; Likewise, the technique used to carry out the data collection was the structured survey.

The results obtained allow us to demonstrate that the level of knowledge about risk factors of oral cancer in the eighth, ninth and tenth cycle students was low in 74.0% of them. It was also evidenced that the level of knowledge does not depend on sex or academic cycle, however, age was related to knowledge, being better in younger students.

### **Keywords:**

Risk factors, oral cancer, level of knowledge.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es una de las patologías más invasivas, agresivas y peligrosas que ponen en riesgo la vida del paciente y su calidad de vida. Siempre ha sido un problema de salud en general, cualquier tipo de cáncer con cualquier ubicación es perjudicial para el paciente y para el personal de salud. Debido a que si el cáncer se da en otra parte del cuerpo igual puede ocurrir una metástasis en la cavidad oral por ello nos tocaría como profesionales de salud hacer un diagnóstico, poder darle un tratamiento y trabajar de la mano con el oncólogo dando a conocer la metástasis.

Es de mucha importancia reconocer la gravedad de esta enfermedad, los pacientes que sufren de cáncer oral tienden a padecer de otro cáncer entre 5 a 10 años después del diagnóstico.

En todo el mundo como también en el Perú se han realizados varios estudios para determinar así los factores de riesgo del cáncer oral como también saber cuál es el cáncer más común de presentarse, los resultados que se encontraron fue que la edad promedio de la población que sufre del cáncer oral es entre los 42-65 años, el sexo de más prevalencia es el sexo femenino, los lugares más frecuentes de aparición del cáncer oral es piso de boca, siendo el Carcinoma Epidermoide el más frecuente y agresivo. También se encontró que los principales factores de riesgos del cáncer oral fue el consumo de tabaco, alcohol, prótesis mal ajustadas, irritantes químicos, exposición prolongada al sol, consumo de marihuana, dieta, nutrición, mala higiene y traumas.

Las lesiones premalignas son la leucoplasia y la eritroplasia se debe tener mucho cuidado con los tratamientos y el control de los pacientes que presenten estas lesiones en cavidad oral.

Teniendo el conocimiento de todos estos acontecimientos, es que se debe tener los conocimientos necesarios para un diagnóstico precoz, siendo la obligación del odontólogo y eso debe darse desde su formación en pregrado.

# **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 Descripción de la realidad problemática**

El cuidado de la cavidad oral es importante porque forma parte del cuerpo humano, aunque en nuestra realidad no se realizan las atenciones necesarias además de considerar los factores de riesgo que nos hace más vulnerables a cualquier patología, entre ellas el Cáncer Oral, además de ser una de las menos conocidas para la población.

El estudiante en proceso de formación académica debe de estar preparado ya que en algún momento de su práctica profesional estará frente a una lesión precancerosa y debe tener el conocimiento necesario para poder realizar un diagnóstico correcto. Un diagnóstico precoz a tiempo nos permite mejorar el pronóstico para el paciente y poder tener un tratamiento oportuno menos invasivo, sobre todo más conservador, para realizar un diagnóstico precoz es necesario tener mucha atención al momento de elaborar la historia clínica junto al examen clínico intraoral el cual debe ser minucioso y ordenado.

El cáncer oral, como otras enfermedades de la boca, además de las manifestaciones clínicas y el deterioro que ocasiona en la salud de quienes lo padecen pueden causar múltiples consecuencias como: el aislamiento social, desnutrición, desfiguración facial y hasta la muerte, es una de las patologías que amenaza la vida del paciente, entre los diferentes tipos de cáncer, el Cáncer Oral se encuentra ubicado en el sexto lugar considerándose así un grave problema de salud pública.

Su diagnóstico a tiempo permitirá que las lesiones que generen sean mínimas y puedan tener un pronóstico favorable, la falta de información de los factores de riesgo, signos y síntomas del Cáncer Oral llevan a que tanto odontólogos y pacientes no le tomen la importancia debida generando que se compliquen las lesiones del Cáncer.

El cáncer ha ido adquiriendo a lo largo de los años una relevancia progresiva por los diferentes estilos de vida de la población, está establecido que la intensidad, duración en el consumo de alcohol y tabaco son factores de alto riesgo seguidos de cafeísmo, irritantes térmicos (tiempo de exposición al irritante), exposición al

sol (horario en el que se expone al sol), riesgo ocupacional (exposición sol, radiación, tóxicos u otros), irritantes traumáticos (prótesis desajustadas, restauraciones defectuosas, dientes con bordes filosos, mordedura habitual de carrillo, mordedura habitual de la lengua, mordedura habitual del labio u otras), higiene oral y medicamentos irritantes.

Y así como tenemos factores de riesgo también tenemos factores protectores como interés por su salud bucal (frecuencia al odontólogo), auto cuidado bucal (autoexamen bucal, cepillado), alimentación (frecuencia de alimentación, contenido de la alimentación), los cuales nos ayudan a prevenir y ser menos susceptibles. Los estomatólogos tenemos la obligación de prevenir y hacer un correcto diagnóstico, está en nuestras manos que las estadísticas dejen de subir respecto a los resultados de mortalidad de los pacientes que sufren Cáncer Oral.

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito evaluar los niveles de conocimientos de los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de VIII, IX y X ciclo que ya se encuentran realizando sus prácticas dirigidas en las clínicas y así puedan ser más cuidadosos al momento de realizar la historia clínica. La información recolectada nos ayudó a evaluar los conocimientos de los estudiantes y así ellos pudieron reforzar sus conocimientos para aplicarlos al momento de atender a sus pacientes logrando así tener más cuidado y no dejar pasar por desapercibido cualquier manifestación clínica que pueda presentarse, debido a que las lesiones llegan a destruir hueso y otros tejidos mientras más tiempo pase.

Se buscó crear una responsabilidad y orientar a los estudiantes sobre la prevención de esta patología, para prevenir complicaciones derivadas de la propia patología y como también de su tratamiento, según los estudios se ha observado que las complicaciones se asocian también a factores preexistentes (caries, gingivitis y mala higiene).

Hoy en día la Odontología es conservadora y la prevención es lo más importante, en toda patología prevenir es la opción más acertada para lograr mejorar niveles de salud bucal.

## **1.2 Formulación del problema**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los estudiantes de VIII, IX y X ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2017?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

- Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en estudiantes de la Escuela Profesional de la Universidad Alas Peruanas de VIII, IX y X ciclo.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral según la edad en estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de VIII, IX y X ciclo.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral según el ciclo de estudios en estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de VIII, IX y X ciclo.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral según sexo en estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de VIII, IX y X ciclo.

## **1.4 Justificación de la investigación**

El cáncer supone un problema de salud a nivel mundial siendo una de las causas de mortalidad en la población, teniendo en cuenta que la etiología del cáncer oral es multifactorial siendo el tabaco y el alcohol los factores de riesgo más importantes, incluso usados conjuntamente, ya que aumentan de una manera drástica el riesgo de padecer cáncer oral y faríngeo, debido a su efecto sinérgico. El aumento de edad, irritantes químicos, dieta, prótesis mal ajustadas, mala higiene oral, fármacos como el dietilestilbestrol o exposiciones a energías que producen daño directo a los genes como los rayos X, son también factores a tener en cuenta.

La presente investigación es importante de realizar porque el Cáncer Oral es una patología que avanza progresivamente a nivel mundial y es relevante el nivel de conocimiento del estudiante de pregrado en formación, es importante para poder hacer un diagnóstico oportuno, menos invasivo y sobre todo prevenir; siendo

nuestra obligación como cirujanos dentistas detectar lesiones precancerosas mediante la historia clínica donde se podrá encontrar factores de riesgo, el cáncer oral en su fase inicial suele ser asintomático y su ubicación por lo general es algo oculta como en los bordes de la lengua o en piso de boca pasando así desapercibido al no realizar un minucioso examen clínico, con respecto a la sintomatología al inicio podría ser sangrante, con movilidad de piezas, dolor, limitación de apertura y úlceras.

Genéticamente, no hay ningún marcador fiable para detectar el cáncer oral en la actualidad. Se ha visto que el consumo de fruta y vegetales reduce el riesgo de padecer cáncer oral, lo que hace suponer que una dieta deficiente en antioxidantes es un factor que predispone al desarrollo de cáncer siendo ellos los factores protectores.

Los pacientes de cáncer oral tienen muchas posibilidades de padecer otro cáncer, que puede darse de 5 a 10 años desde el primero. En muchos países, los valores de supervivencia para el cáncer de lengua, cavidad oral y orofaringe son 50% mientras que, para el cáncer de labio, la supervivencia es del 90%.

Su diagnóstico deberá ser precoz ya que así se podrá mejorar el pronóstico de los pacientes, por lo que se recomienda a todos los odontólogos; así como a los médicos de Atención Primaria, que realicen una exhaustiva exploración de la mucosa oral, teniendo en cuenta los factores de riesgo y se deberá biopsiar cualquier lesión que persista más de tres semanas en boca.

El proyecto de investigación es importante a nivel científico porque es de carácter teórico y dará a conocer cuál es la realidad del conocimiento de los alumnos de pregrado sobre los factores de riesgo del cáncer oral.

A nivel académico permitirá a los docentes poner mayor énfasis en el diagnóstico oportuno, y respecto a los estudiantes podrán tomar conciencia de la importancia de realizar una correcta historia clínica.

Es original porque no existen antecedentes en nuestro medio.

Si existieran limitaciones en la formación de los estudiantes con respecto al Cáncer Oral, estas se presentarían cuando se encuentre por primera vez frente a un paciente con esta patología.

#### **1.4.1 Importancia de la investigación:**

La tesis es importante a nivel científico porque es de carácter teórico y dará a conocer cuál es la realidad del conocimiento de los alumnos de pregrado sobre los factores de riesgo del cáncer oral. A nivel académico permitirá a los docentes poner mayor énfasis en el diagnóstico oportuno, y respecto a los estudiantes podrán tomar conciencia de la importancia de realizar una correcta historia clínica.

Es original porque no existen antecedentes en nuestro medio.

Si existieran limitaciones en la formación de los estudiantes con respecto al Cáncer Oral, estas se presentarían cuando se encuentre por primera vez frente a un paciente con esta patología.

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

El presente trabajo es viable debido a que se cuenta con los recursos necesarios para su realización como:

##### **Recursos humanos:**

- Investigador: Carmen Yennifer Martell Pérez
- Asesora: Dra. Sandra Corrales Medina

##### **Recursos financieros:**

El presente trabajo de investigación fue financiado en su totalidad por la investigadora.

##### **Recursos Materiales:**

- Fichas (hojas).
- Lapicero
- Archivador
- Laptop
- Impresiones
- Corrector
- Pasajes

## **1.5 Limitaciones del estudio**

Las limitaciones están en relación con la disponibilidad de los estudiantes para contestar la encuesta y además que lo hagan de manera responsable.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

#### **o Antecedentes internacionales:**

Hermida Rojas Maikel. ESCALA DE RIESGO PARA PREDECIR EL CÁNCER BUCAL 2008. Ciego de Ávila 2008. El objetivo es crear una escala de riesgo del Cáncer Oral. La metodología aplicada fue descriptiva es un estudio analítico retrospectivo. Se desarrolló una investigación epidemiológica del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila, que abarcó 210 pacientes diagnosticados en 10 años (1997 a 2006), con la evaluación de sus factores de riesgo y que culminó con la creación de una escala predictiva para esta enfermedad. Predominó el cáncer de labio con respecto a la cavidad bucal, en edades superiores a los 50 años y en pacientes del sexo masculino, con piel clara y de zonas rurales. Se precisó una fuerte asociación entre el cáncer bucal y el tabaquismo, el alcoholismo, la higiene bucal deficiente, la exposición al sol, los irritantes bucales y los antecedentes precancerosos. (5)

Acuña Molina, Gloria Fabiola; Espinoza Casco, María José; Fuentes Méndez, Dalia Mercedes. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNAN LEÓN ACERCA DE CÁNCER ORAL Y FACTORES A DICHO CONOCIMIENTO, EN EL PERIODO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE. Nicaragua 2012. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de medicina. La investigación es descriptivo y prospectivo. Para el estudio se tomó a la totalidad de estudiantes matriculados en el año lectivo 2012, que era un total de 294; con 150 de cuarto año y 144 de quinto año. Para recoger la información se elaboró un cuestionario el cual incluía 8 preguntas. En cuanto al nivel de conocimiento sobre características clínicas de cáncer oral de los estudiantes encuestados ambos años, un 32% tuvo un conocimiento regular predominó quinto año con el 17.4%, solamente el 13.1% tiene excelentes conocimientos, llamando la atención que un 10.3% de los encuestados tiene deficiente conocimientos sobre el cáncer oral.(21)

○ **Antecedentes Nacionales:**

García Lazarte, Alejandro Oscar. PREVALENCIA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE ORAL EN PACIENTES DE DOS HOSPITALES DE SALUD PÚBLICA - PERÚ EN EL PERÍODO 2006- 2009. El objetivo fue saber cuál es la prevalencia del Cáncer Oral. Para ello se realizó un estudio retrospectivo entre los años del 2005 hasta el 2009, se registraron 1841 biopsias que se realizaron en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo, de éstas se obtuvo un total de 43 con diagnóstico anatomopatológico de Carcinoma Epidermoide en cavidad oral, lo cual representó una prevalencia del 2.3%. El Carcinoma Epidermoide de lengua fue el más afectado, seguido del de reborde alveolar y el menos frecuente fue el de trígono retromolar. El Carcinoma Epidermoide obtuvo una frecuencia de 96,2% y el carcinoma verrucoso el 3,8%.(10)

Izaguirre Pérez, Patricia Margarita. 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. El Objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de estudiantes del último año de la carrera profesional de Odontología con respecto al Cáncer Oral, es un estudio descriptivo prospectivo. La muestra estuvo conformada por 150 internos de odontología, de ellos 42 fueron estudiantes de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 36 estudiantes de la Universidad Nacional Federico Villarreal y 72 estudiantes de La Universidad Inca Garcilaso De La Vega; conformando el 28%, 24% y 48% de la población respectivamente. Todos los participantes fueron estudiantes de odontología, que realizaron el internado hospitalario en el año 2012. Con respecto a la etiología del cáncer oral, factores de riesgo, el 20% tuvo un nivel de conocimiento bajo, el 65,3% tuvo nivel de conocimiento regular y el 14,7% tuvo nivel de conocimiento alto. Según la Universidad, el 17% de los estudiantes de UNMSM tuvieron nivel bajo, el 67%, nivel regular y el 17% nivel alto. El 22% de los estudiantes de UNFV tuvieron nivel bajo, el 67%, regular y el 11% nivel alto. El 21% de los estudiantes de UIGV tuvieron un nivel bajo, el 64% regular y el 15% nivel alto.(11)

Pulgar Mosquera, Lotty Gabriela. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN ESTUDIANTES DEL ÚLTIMO CICLO DE ODONTOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PERUANA DE LIMA, EN EL AÑO 2016. El objetivo fue Determinar el nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una Universidad Peruana. Fue un estudio prospectivo y descriptivo. La muestra estuvo conformada por 61 estudiantes del último ciclo de odontología de una Universidad Peruana, matriculados en el ciclo 2016. Se elaboró una encuesta con 11 preguntas sobre conocimientos respecto al cáncer bucal. El nivel de conocimiento en general fue del 29,5% que obtuvo puntaje malo, el 57,4% puntaje regular y el 13,1% puntaje bajo. El 62,7% de los estudiantes encuestados fue de sexo femenino y el 32,8% fueron de sexo masculino. El promedio de edad de los estudiantes encuestados fue entre 21 y 28 años. Este estudio demostró que hay deficiencia de conocimientos respecto al cáncer bucal, y se debe concientizar a los estudiantes a que le den mayor importancia al tema, es necesario reforzar los conocimientos de quienes serán futuros profesionales de la salud y así ellos brinden mejor atención a sus pacientes.(22)

○ **ANTECEDENTES LOCALES:**

Cuba Flores Julio. PATOLOGÍAS ORALES MALIGNAS EN PACIENTES ADULTOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA MAXILOFACIAL DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA 2013. En este estudio el objetivo fue saber todos los tipos de cáncer que se presentaron. El estudio fue descriptivo y retrospectivo. Se pudo verificar la prevalencia del cáncer oral en sus distintas presentaciones en el periodo de 2008-2013 siendo la edad promedio de la población entre los 42-65 años Esto puede deberse a los cambios que sufre la mucosa oral con el paso de los años lo que hace que ésta aumente su vulnerabilidad frente a la acción de los agentes carcinógenos y al mayor tiempo al que la mucosa está expuesta ante éstos, además como resultado de la longevidad se pierde la habilidad para reparar los daños producidos en los tejidos de la mucosa oral.(13)

Hernani Reinoso, Steward Orathio. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER BUCAL EN ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE AREQUIPA 2015. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de los odontólogos sobre el Cáncer Bucal. El estudio fue descriptivo y prospectivo. Se realizó una encuesta para evaluar el nivel de conocimiento de odontólogos en su consultorio debidamente titulados y colegiados el tamaño de la muestra estuvo representado por 120 odontólogos. El nivel de conocimientos sobre cáncer bucal, que predominó entre los Odontología del cercado de Arequipa es el nivel medio bajo. (23)

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Cáncer Oral:**

Es difícil encontrar una definición válida del cáncer. Así Grinspan define al cáncer bucal, desde el punto de vista clínico, como aquellas lesiones destructivas que infiltran los tejidos vecinos que invaden los ganglios regionales y pueden propagarse a otras zonas por vía linfática o sanguínea, produciendo metástasis a distancia. (15)

El Cáncer Oral es un crecimiento anormal de las células de la mucosa oral y puede asentarse en la mucosa oral, los labios, la lengua, el piso de la boca, las glándulas salivales, el revestimiento interior de las mejillas (mucosa interior de las mejillas (mucosa yugal), las encías o el paladar. (1)

### **2.2.2 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo más importantes son el alcohol y el tabaco especialmente para los consumidores de las bebidas blancas. Estos dos factores tendrían una acción sinérgica. El consumo elevado de frutas y verduras disminuye el riesgo. Se ha encontrado que la ingesta de al menos un litro diario de mate caliente aumenta el riesgo, atribuyéndose el efecto mismo del al agua caliente y no algún componente de la yerba.(24)

Un factor de riesgo según la OMS es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el

consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (18)

Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer. Si bien, a menudo, los factores de riesgo influyen en el desarrollo del cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa. Algunas personas que tienen varios factores de riesgo nunca desarrollan cáncer, mientras que sí lo desarrollan otras personas sin factores de riesgo conocidos. Sin embargo, el hecho de conocer los factores de riesgo ayudar a tomar decisiones sobre el estilo de vida y la atención médica. (11)

Los factores que aumentan considerablemente el riesgo de cáncer oral y orofaríngeo son:

- **Tabaco:** El consumo de tabaco, incluidos cigarrillos, cigarros, pipas, tabaco de mascar y rapé, es el factor de riesgo más importante para desarrollar cáncer de cabeza y cuello. El ochenta y cinco por ciento (85 %) de los casos de cáncer de cabeza y cuello está ligado al consumo de tabaco. El hábito de fumar en pipa está particularmente vinculado con el cáncer en la parte de los labios que está en contacto con la boquilla de la pipa. Mascar tabaco o tomar rapé se asocia con un incremento del 50 % en el riesgo de cáncer de mejillas, de encías y de la superficie interna de los labios donde el tabaco tiene el mayor contacto. El humo de segunda mano también puede aumentar el riesgo de una persona de desarrollar cáncer de cabeza y cuello. La OPS reportó en el 2005 que la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes del Perú es 27% entre los varones y 20% entre las mujeres. En la evaluación hecha en el Preventorio del Callao durante su primer año de funcionamiento atendiendo personas aparentemente sanas, el antecedente de tabaquismo entre las mujeres es 20% y entre los varones es 37%. Se debe destacar que en la población peruana, el tabaquismo está empezando a más temprana edad. El hábito de fumar es importante por su relación con el cáncer localizado en diversos órganos, principalmente a nivel de pulmón y el cáncer de cavidad oral. Fumar se considera el factor de riesgo más importante, especialmente cuando se le asocia con el alcohol y su importancia radica en que es prevenible. El 90 % del riesgo de cáncer oral se atribuye al tabaco y el riesgo relativo para los fumadores es siete veces mayor que para los no fumadores. El tabaco es la principal causa de cánceres de pulmón, laringe, cavidad oral, faringe, esófago, páncreas, riñón y

vejiga, existiendo una relación directa entre cáncer oral, el hábito tabáquico y la intensidad del mismo, hasta el punto de poder explicar por sí mismo entre el 76 y el 81% de todos los cánceres orales ocurridos en un estudio en una población italiana. Muchos estudios han relacionado el fumar, particularmente asociado con el alcohol se relaciona con el Carcinoma Oral. En estudios caso- control que miden la duración del consumo de tabaco, la localización específica y otros factores, como el consumo de alcohol y fumar cigarrillos a la vez, se han mostrado muy relacionados y suponen un riesgo relativo significativo.

En la actualidad en el Perú, según cifras de DEVIDA, existen 3.8 millones de peruanos fumadores. El último estudio epidemiológico a nivel nacional realizado por Cedro en el año 2005 demostró que el consumo de tabaco sigue ocupando el segundo lugar en el consumo de drogas en el Perú. Más del 75% de la población está expuesta a ser envuelta en el consumo de tabaco y el 60.5% ha consumido esta sustancia alguna vez en su vida. En el 2005, la prevalencia según DEVIDA del consumo de tabaco fue mayor en Lima Metropolitana (70.7%), que en la sierra (63.5%) y la selva (50.9%). Si consideramos al resto de la costa, exceptuando Lima Metropolitana, la prevalencia alcanzó el 59.2%.

En general por cada mujer que consumió tabaco hubo dos varones que lo hicieron, aunque entre los 20 y 40 años esta razón se triplica. El uso inmoderado del tabaco produce cambios en la mucosa oral, que se caracterizan por engrosamiento, sequedad, coloración grisácea, y finalmente con el paso de los años, cambios de aspecto leucoplásico. Sin embargo, la suspensión del tabaco, en muchos casos, hace estos cambios reversibles, volviendo la mucosa a adquirir su aspecto normal. (11)

- **Alcohol:** El consumo frecuente, abundante de alcohol aumenta el riesgo de cáncer de cabeza y cuello al consumir alcohol y tabaco juntos aumenta este riesgo aún más. La identificación del consumo de alcohol como factor de riesgo sigue un patrón parejo al del tabaco, habiéndose confirmado un aumento de riesgo a medida que aumenta la cantidad de alcohol consumido, aunque no se ha podido concluir una asociación entre el contenido del alcohol en grados de la bebida consumida y el riesgo de cáncer oral, lo que podría indicar que el efecto carcinogénico de este tipo de bebidas podría no ser debido al alcohol en sí, sino condicionado por la presencia de otras sustancias en las mismas.

Existe un cierto acuerdo en la bibliografía sobre el papel menor del alcohol en la génesis del cáncer oral, con un riesgo atribuible entre el 7% y el 23%. Los datos obtenidos permiten afirmar que el hábito tabáquico aumenta en aproximadamente 6 veces el riesgo de padecer cáncer oral y que el consumo regular de alcohol lo duplica. Acción cancerígena del Alcohol y el tabaco. El conocimiento sobre los posibles efectos carcinógenos del alcohol ha llevado a proponer que se debería eliminar de los colutorios, ya que algunos de ellos contienen más del 25 % de alcohol en su composición. Aun así, no existe una relación concluyente entre el empleo de colutorios y el carcinoma oral. Responsabilidad atribuible a un factor de riesgo para ocasionar cáncer, cuando actúa de forma aislada.

El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco.

Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran: Desprendimiento del epitelio, ulceraciones en la mucosa, gingivitis, petequias o lesiones blancas.  
(11)

- **Exposición prolongada al sol:** La exposición excesiva y sin protección al sol está vinculada con el cáncer en el área de los labios. Para disminuir el riesgo de cáncer de labio, reduzca su exposición a la luz del sol y otras fuentes de radiación ultravioleta (UV). La exposición a los rayos ultravioleta de la luz solar es un factor de riesgo. Es un hecho probado que los rayos ultravioletas dan lugar a una mayor incidencia, no solo en Carcinomas Espino Celulares, sino también a Carcinomas Basocelulares, variedad histológica que no es propia de la mucosa oral, y en melanomas malignos. También es conocida la mayor predisposición que tienen las personas de tez clara a desarrollar el cáncer, así como el riesgo elevado para los trabajadores que tienen exposiciones prolongadas al sol.

Las lesiones displásicas provocadas por la luz solar pueden preceder al carcinoma, y el labio dañado por el sol puede identificarse clínicamente por su pérdida de elasticidad y epitelio atrófico. Los cambios debidos a la luz solar son prevenibles y los odontólogos deben estimular la necesidad de utilizar un factor

de alto nivel de protección solar en los pacientes expuestos a la radiación solar.  
(11)

- **Factores genéticos:**

Otro aspecto epidemiológico que considerar es la susceptibilidad genética para contraer un cáncer de la cavidad oral, que no ha sido claramente delineada como lo ha sido para algunos otros tipos de tumores relacionados con síndromes de cáncer heredados bien descritos. A este respecto, se ha estudiado la función de la proteína p53 como inductora de la apoptosis en respuesta al daño del ADN. Las mutaciones en el gen p53 pueden desencadenar la pérdida de esta función, lo que conduce a la supervivencia de las células portadoras de un ADN aberrante.

Esta circunstancia acarrea una inestabilidad genómica que puede iniciar una transformación neoplásica de la célula. Entre los numerosos estudios sobre las anomalías del p53, se encontraron valores elevados en la expresión de p53 y mutaciones genéticas en el gen p53 en más del 60% de los cánceres de la cavidad oral. Estos hallazgos indican que el p53 toma parte en la carcinogénesis.  
(11)

- **Virus del papiloma humano (VPH):**

En años recientes ha aparecido un nuevo factor etiológico para los tumores de la cavidad oral y faringe que es el virus papiloma humano. Los tumores relacionados con el VPH. Los tumores relacionados con el VPH tienen características distintas a los que son causados por el tabaco y alcohol.

En general, son más frecuentes en pacientes de menor edad (25-35 años). Actualmente la incidencia en mujeres se mantiene en varones con alto nivel socio-económico que han fumado poco o nunca han fumado, y están relacionados con los hábitos sexuales y la práctica del sexo oral.

Existen en los hombres una distribución bimodal en cuanto a la edad ( 25-35años y luego 55-65 años). Su pronóstico también es distinto, ya que la respuesta a los tratamientos habituales y la supervivencia son mayores. Los tumores VPH positivos pueden determinar por FISH o SISH y mediante inmuno - histoquímica determinando la presencia de la proteína p16. A pesar de su mejor pronóstico,

el tratamiento que corresponde efectuar a los tumores VPH positivos el mismo que corresponde a un tumor VPH negativo de igual estadio.

La variación geográfica de la ocurrencia de estos tumores en el mundo es grande, siendo, generalmente, mucho mayor la frecuencia en varones que en mujeres. Como suele ocurrir con los tumores epiteliales, a incidencia aumenta con la edad. En muchas áreas geográficas, por ejemplo Francia, la localización más frecuente entre varones es la faringe. En otras como en algunas partes de la india, los tumores de la lengua y cavidad oral llegan a ser el 50% de todos los tumores.(24)

Las investigaciones indican que la infección por este virus es un factor de riesgo para el cáncer oral y orofaríngeo. De hecho, los casos de cáncer orofaríngeo relacionado con el HPV en las amígdalas y la base de la lengua son más frecuentes en los últimos años. El HPV se transmite con mayor frecuencia de una persona a otra durante la actividad sexual, incluido el sexo oral. Hay diferentes tipos, o cepas, de HPV, y algunas cepas se vinculan más estrechamente con ciertos tipos de cáncer. Las vacunas contra el HPV protegen contra cepas específicas del virus.

Para reducir el riesgo de infección por HPV, limite la cantidad de compañeros sexuales, ya que tener muchos compañeros sexuales aumenta el riesgo de infección por HPV. El uso de condones no lo protege completamente contra el HPV durante las relaciones sexuales. (11)

- **Piel:** Existen seis fototipos de piel, pasando de claro a oscuro. Las personas con piel tipo I y II tienen mayor riesgo a desarrollar cáncer de piel, mientras que los tipos V y VI se encuentran entre los de riesgo más bajo.

Fototipo I: personas de piel muy pálida, generalmente **pelirrojos**, con una piel que casi siempre se **quema**, apenas se **broncea** y que suelen sufrir reacciones **fotoalérgicas** al exponerse de forma prolongada a la luz solar directa.

Fototipo II: personas de piel blanca, sensible y delicada, en general de cabellos **rubios** o claros. Al igual que las de fototipo I, apenas se broncean, con reacciones fotoalérgicas en caso de exposición prolongada al sol.

Fototipo III: es el fototipo más común entre los europeos, correspondiendo a personas con **cabellos castaños** y pieles intermedias, que **enrojecen** primero y se broncean después de su exposición al sol, muy común en **alemanes** y **daneses**, raro en **italodescendientes**.

Fototipo IV: pertenece a las personas de **cabellos morenos o negros**, de pieles oscuras que se broncean con rapidez al exponerse al sol directo, muy común en **italodescendientes**, muy raro en **Noruega**.

Fototipo V: personas cuya piel es más morena que la del fototipo IV.

Fototipo VI: personas de piel muy oscura (tradicionalmente denominada "piel negra"), propia de los **negros** y **Aborígenes australianos** (que en la antropología tradicional eran clasificados como de "**raza negra**", **negroides** o **melanodermos**).

Esto se debe a que los que tienen más pigmentación tienen más protección natural al sol. Sin embargo, las personas con piel más oscura pueden desarrollar cáncer de piel. Al igual que las personas de piel clara, La piel blanca está asociada con un riesgo mayor de cáncer de labio. (11)

- **Edad:** Las personas mayores de 45 años tienen un riesgo mayor de cáncer oral, aunque este tipo de cáncer se puede desarrollar en personas de cualquier edad. (11)
- **Higiene bucal:** Las personas cuya higiene bucal/cuidado dental son deficientes pueden tener un riesgo mayor de cáncer de la cavidad oral. La mala salud dental o la irritación constante provocada por prótesis dentales mal-adaptadas, especialmente en las personas que consumen alcohol y productos derivados del tabaco, pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer oral y orofaríngeo. Los exámenes periódicos realizados por un dentista pueden ayudar a detectar cáncer de la cavidad oral y algunos tipos de cáncer orofaríngeo en un estadio temprano. (11)
- **Dieta y nutrición deficientes:** Una dieta con bajo contenido de frutas, verduras y una deficiencia en la vitamina A aumentan el riesgo de desarrollar cáncer oral y orofaríngeo. Mascar nueces de betel, una nuez que contiene un estimulante suave popular en Asia, también aumenta el riesgo de que una persona desarrolle cáncer oral y orofaríngeo. En el síndrome de Plummer-

Vinson, que tiene como característica la deficiencia de hierro, se encuentra una alta incidencia de cáncer oral y de esófago, Epidemiológicamente se ha asociado un bajo consumo de vitamina A con el carcinoma oral. Es conocido que ciertas avitaminosis provocan cambios en el epitelio que podrían asociarse con cáncer. El déficit vitamínico puede deberse a falta de ingesta, mala absorción intestinal, mala utilización metabólica o aumento de demandas. Solo unas pocas, liposolubles, pueden provocar patología por exceso (hipervitaminosis). La falta de ingesta se origina por carencia de recursos (hambrunas del Tercer Mundo, poca ingesta proteica por pobreza), dietas inadecuadas (adelgazamiento incontrolado, vegetarianismo mal planteado, caprichos y errores alimentarios psicológicos o psiquiátricos, anorexia nerviosa) o falta de alimentos frescos (escorbuto de los navegantes).

La mala absorción puede ser localizada (como ocurre en los casos en los que hay un déficit selectivo en el íleon terminal) o generalizada (como en la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn, el alcoholismo, la malabsorción de los ancianos, la gastritis crónica y las neoplasias intestinales).

La mala utilización metabólica suele deberse a efectos secundarios de fármacos (habitualmente los antineoplásicos antifólicos). El aumento de demanda es típico durante la gestación y la lactancia. (11)

- **Sistema inmunológico debilitado:** Las personas cuyo sistema inmunológico está debilitado tienen un riesgo más elevado de desarrollar cáncer oral y orofaríngeo. El potencial oncogénico de algunos virus es bien reconocido y se han producido evidencia que sugieren que el genoma de los virus del papiloma humano, especialmente VPH 16, se puede encontrar en los tumores, en las células malignas. Este hallazgo no es del todo claro ya que igualmente en mucosa sana se ha encontrado VPH. En cuanto al carcinoma oro faríngeo y en amígdalas, sí existe una mejor evidencia sobre el papel de VPH. En estas localizaciones se pueden encontrar hasta un 10% de células con ADN de VPH integrado.

Es de esperarse que, si el VPH cumple un papel significativo en la carcinogénesis oral, los inmunodeprimidos que sufren una infección por VPH

tuvieran un mayor riesgo para desarrollar carcinoma oral. Sin embargo, en pacientes con sida y VPH el carcinoma oral es infrecuente y se asocia con otros factores de riesgo como el tabaco y alcohol. Clínicamente en la cavidad oral se han encontrado lesiones benignas, en general debidas a los tipos 7, 4,2, que caracterizan a las clásicas verrugas vulgares. El genoma VPH identificado en alrededor del 20 % de tumores malignos de cavidad oral es, en su mayoría, del tipo 16. (11)

- **Consumo de marihuana:**

Estudios recientes sugirieron que las personas que han consumido marihuana pueden estar en riesgo superior al promedio de desarrollar cáncer de cabeza y cuello. (11)

- **Trauma:**

El trauma crónico provocado por prótesis en mal estado, obturaciones desajustadas, bordes filosos de piezas dentarias deterioradas o de obturaciones, ganchos de prótesis, etc. Aunque ninguno de ellos ha sido demostrado como factor etiológico en sí, se les atribuye una coparticipación al actuar como irritantes crónicos en individuos con predisposición al cáncer, sobre todo en la cara interna de las mejillas y en el borde de la lengua. (11)

### **2.2.3 Lesión precancerosa:**

Entendemos por “condición precancerosa” un estado generalizado asociado con un incremento significativo de riesgo del Cáncer Oral (OMS, 1973). Considerando estados precancerosos los siguientes:

- Sífilis
- Queilitis actínica
- Situaciones de inmunosupresión (drogas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida).
- Liquen plano
- Lupus eritematoso

Llamamos lesión precancerosa a un tejido morfológicamente alterado en el cual el Cáncer es más probable que se desarrolle.

## **La Leucoplasia y la Eritroplasia**

Son las dos lesiones precancerosas por excelencia de la mucosa oral, generalmente aceptadas por la mayoría de los autores. Estas lesiones también pueden ser denominadas lesiones preneoplásicas, lesiones precursoras iniciales o lesiones cancerizables. Algunos autores incluyen como lesiones precancerosas a la queilitis actínica, el liquen plano y el lupus eritematoso. El enfermo que padece una de estas condiciones tendría a su vez un incremento del riesgo de padecer en el futuro lesiones precancerosas (leucoplasia) y cáncer.(15)

### **Leucoplasia (15)**

Este término lo introdujo Schwimmer en 1877. Leucoplasia procede del griego leucos (blanco) y plassein (formar). Se define como una lesión de la mucosa oral predominantemente blanca, que no puede ser caracterizada con ninguna otra lesión definible.

Su prevalencia en la mucosa oral varía entre un 0.2% y un 17% de la población. La leucoplasia como fenómeno patológico no es exclusivamente de la mucosa oral y puede hallarse en otras mucosas como la de la laringe o la vagina.

#### **Síntomas:**

Las leucoplasias homogéneas son asintomáticas y a lo sumo el paciente suele apreciar con la lengua una rugosidad cuando la macula se convierte en placa. El descubrimiento suele ser casual en una exploración de rutina, de aquí que en muchas ocasiones resulte difícil establecer el tiempo de evolución. Las leucoplasias no homogéneas producen ocasionalmente ardor o escozor cuando la lesión se pone en contacto con alimentos ácidos o salados. (15)

### **Eritroplasia (15)**

Se define como una lesión de la mucosa oral, predominantemente roja o con áreas rojas, que no pueden ser diagnosticadas como ninguna otra lesión definible. Su epidemiología y patogénesis son desconocidas y es mucho menos frecuente que la leucoplasia en su forma de placa aislada.

## **Conclusiones**

La leucoplasia constituye la lesión precancerosa por excelencia. Un paso más allá del diagnóstico precoz del cáncer consiste en el diagnóstico precoz de la leucoplasia y su erradicación. Para ello es preciso conocer sus formas clínicas entendiendo que las de mayor riesgo de transformación son las leucoplasias no homogéneas, con fenómenos histológicos de displasia epitelial y localizada en piso de boca y la cara ventral de la lengua.

El tratamiento se basa en la eliminación del tabaco, alcohol y los traumatismos, así como en el control de las enfermedades sistémicas, inflamaciones o infecciones locales si las hubiere. El ideal es la eliminación de la lesión por uno de los procedimientos habituales y el control periódico posterior. (15)

### **2.2.4 Clasificación:**

#### **1. Carcinoma oral de Células Escamosas o Epidermoide**

El Carcinoma Epidermoide o de Células Escamosas de cavidad bucal ocupa el número 12 de todas las neoplasias malignas en el mundo, con variación de porcentaje de acuerdo con la región, en Estados Unidos se calcula que se presentan 30.000 nuevos casos al año, y representa el 86,3% de todas las neoplasias malignas de cavidad bucal. En México, la Secretaria de Salud menciona que de las defunciones (5,327) causadas por neoplasias malignas en 1999, el 0,7% son de cavidad bucal. Se han mencionado diversos factores de riesgo asociados, como son: el tabaquismo, alcoholismo, sífilis, infecciones por virus del papiloma humano (VPH), liquen plano bucal, VIH, irritantes mecánicos, higiene bucal deficiente, factores hereditarios, entre otros. Debido a su complejidad, para el tratamiento de esta, se debe tomar en cuenta si se encuentra en un estadio temprano o avanzado (según la estadificación T (tumor) N (metástasis a ganglios linfáticos), M (metástasis a distancia), la localización la cavidad bucal (labio, proceso alveolar y trígono retromolar, piso de boca, lengua, paladar duro, mucosa bucal). Existen discrepancias entre factores de riesgo y su supervivencia por raza, edad, género, sitio anatómico, exposición a sustancias carcinogénicas es importante conocer la importancia que tienen estos, así como determinar otros agentes causales asociados con su conducta biológica.(3)

## **Clínica:**

En estadios iniciales las lesiones no son dolorosas a menos que se infecten o ulceren. El aspecto clínico presenta notables variaciones. La lesión inicial puede aparecer de novó o puede ir precedida de una zona eritematosa ligeramente rugosa, de una placa blanca o de una masa polipoide con ulceración superficial o incluso de otros tipos de lesión. (15)

### **2. Carcinoma verrucoso. (15)**

El Carcinoma Verrucoso es una variante del carcinoma de células escamosas (CCE) bien diferenciado, que se caracteriza por ser exofítico con múltiples prominencias y profundas hendiduras. La cavidad oral es el sitio más prevalente de esta patología en cabeza y cuello, representando el 75% de los casos, seguido de la laringe con un 15%-35% de todos los Carcinoma Verrucoso. Lesiones similares han sido descritas en sitios como piel, región cérvico-uterina, vejiga, región ano-rectal, región genital y esófago. En cavidad bucal se encuentra principalmente en encía, mucosa alveolar y yugal. Presenta mayor predilección por el sexo masculino, en la sexta y séptima década de vida. Considerado como un carcinoma con capacidad limitada de invadir y dar metástasis, en cavidad oral el Carcinoma Verrucoso representa solamente del 2% al 12% de todas las neoplasias epiteliales. Este tumor es de crecimiento lento, es agresivo localmente, pero bien delimitado. Linfonodos cervicales están palpables en muchos casos y metástasis son muy poco frecuentes.

El Carcinoma Verrucoso tiene un excelente pronóstico, con una tasa de supervivencia a los cinco años, en laringe de 85%-95%. (15)

### **3. Osteosarcoma (16)**

Es la neoplasia, maligna derivada de las células óseas más frecuente, que en los maxilares produce un ensanchamiento radiográfico de la membrana periodontal de los dientes e histológicamente un amplio espectro de hallazgos, todos los cuales se caracterizan por osteoblastos atípicos y formación de hueso u osteoides anormales.

El osteosarcoma es el tumor maligno más frecuente presentándose en 1 de cada 100000 personas. Aproximadamente un 7% de los sarcomas aparecen en la región de cabeza y cuello.

**Clínica:**

La máxima incidencia del osteosarcoma de los maxilares se da 10 años después que el pico máximo en los huesos largos, con una media de edad de comienzo a los 33 años en lugar de a los 24 años. Las lesiones de la mandíbula y el maxilar suelen advertirse por primera vez como tumefacciones óseas de consistencia dura en las corticales vestibulares y lingual (con o sin dolor) y a menudo asociado con separación de los dientes. En algunos pacientes las lesiones se presentan en forma de nódulos exofíticos duros sobre la encía insertada, con el aspecto de épulis de tejido blando.(16)

**4. Condrosarcoma (16)**

Es una neoplasia maligna rara de maxilares, generalmente de la parte anterior del maxilar, constituida por una proliferación de condroblastos células mesenquimales fusiformes y cartílago, pero no osteoide ni hueso.

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 en una lesión cartilaginosa benigna preexistente tal como endocondroma). En los maxilares, casi todos los condrosarcomas se originan de novo sin la preexistencia de condromas benignos.

**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, donde se observa cartílago nasal preexistente y las áreas premolares de la mandíbula, localización del cartílago de Meckel derivado del embrión.

Las lesiones son masas expansivas que producen deformación local. En las lesiones de mayor tamaño pueden presentar dolor y parestesia. En la parte

anterior del maxilar, la obstrucción nasal y las dificultades para la respiración suelen ser signos de presentación.(16)

### **5.Sarcoma de Ewing (16)**

Neoplasia maligna rara de origen celular incierto, que aparece en pacientes jóvenes; la lesión está formada por células anaplásicas pequeñas, redondas, y oscuras que contienen gránulos de glucógeno y filamentos intermedios. El sarcoma de Ewing es un tumor óseo sumamente maligno que se cree originado a partir de células primitivas de neuroectodermo. Las lesiones están constituidas por células redondas pequeñas, densamente agrupadas, teñidas de color oscuro, sin nucléolos destacados o bordes celulares nítidos. Aunque su histogénesis no está dilucidada por completo, los sarcomas de Ewing y los tumores periféricos del neuroectodermo primitivos relacionados comparten suficientes características genéticas para llegar a denominarse sarcoma de Ewing de tumores familiares.

El sarcoma de Ewing es más frecuente en el fémur y en los huesos pélvicos, y solo un 1% aféctalos maxilares. Su incidencia exacta es difícil de determinar, porque las lesiones se parecen mucho a los del linfoma no hodgkiniano y al neuroblastoma.

#### **Clínica:**

El sarcoma de Ewing tiene preferencia por los pacientes jóvenes generalmente niños y adolescentes, y raras veces se observa en pacientes mayores de 30 años. Los pacientes suelen tener fiebre ligera a moderada, linfocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación. El área de afectación, el dolor coincide con una tumoración rápida. En los maxilares, suele haber movilidad de dientes y en etapas posteriores, focos de ulceración. Aproximadamente un 4 % de los casos afectan huesos craneofaciales. La mandíbula se afecta con mayor frecuencia que el maxilar, la base del cráneo y calota.(16)

### **6.Ameloblastoma Maligno. (16)**

Se ha documentado un pequeño número de ameloblastomas que aparecen citológicamente benignos, en los cuales ha tenido lugar una metástasis en los ganglios linfáticos regionales o en sitios distantes, siendo el pulmón el más

común. Esos ameloblastomas recurren en muchos casos repetidamente, exigiendo múltiples procedimientos quirúrgicos, en otros casos la metástasis ya se había producido cuando la lesión se descubrió por primera vez. (16)

### **7.Carcinoma Ameloblástico (16)**

Neoplasia agresiva de la mandíbula o el maxilar, en el cual las células epiteliales muestran rasgos citológicos de ameloblastoma común y malignidad.

El carcinoma ameloblástico difiere del ameloblastoma maligno en que diversas porciones de su componente epitelial esta formado por células citológicamente malignas, aunque la lesión todavía es fácilmente reconocible como ameloblastoma. Los rasgos histológicos presagian el comportamiento agresivo de la lesión. Si la metástasis no se ha producido ya en el momento del diagnóstico, se requiere la cirugía (más agresiva de lo acostumbrado en el ameloblastoma) para prevenir esta eventualidad.

### **8.Carcinoma Odontógeno (16)**

Lesión intraósea agresiva y destructiva de la mandíbula o el maxilar, que está constituida por células epiteliales poco diferenciadas y células claras con un patrón que recuerda la ontogénesis temprana.

El carcinoma odontógeno es un raro proceso maligno epitelial intraóseo, que tiene características indicativas de un origen odontógeno, pero no lo bastante específicas como para relacionarlo con un tumor odontógeno benigno en particular. El aspecto radiográfico presenta una imagen radiolúcida difusa en forma de “panal de abejas”, características coherentes con una lesión intraósea destructora agresiva. La mayoría de las lesiones tienen una proporción importante de componentes neoplásicos formado por islotes y hebras de células claras. El componente de células no claras se parece a las células de la lámina dental. Las estructuras epiteliales suelen estar rodeadas por zonas de tejidos conjuntivo mixomatoso que recuerda la actividad inductiva que tiene lugar en la odontogénesis. En estas lesiones no suelen encontrarse las características habituales de la malignidad (tales como índice mitótico alto, hiper cromatismo y pleoformismo). El carcinoma odontogénico es difícil de curar porque es muy infiltrante y tiene una tasa de recidiva alta. (16)

### **9. Carcinoma Intraóseo Primario:**

Carcinoma de células planas en la mandíbula o en el maxilar, sin signos de que se está originando a partir de epitelio superficial o que sea metastásico desde otra localización.

Cuando se localiza dentro de los maxilares, especialmente cuando no existe rotura de la mucosa suprayacente la lesión se considera como neoplasia maligna de origen odontógeno, porque los restos de la odontogénesis son la única fuente de epitelio intraóseo una vez que se ha excluido una metástasis desde un sitio distante. En el maxilar, supone un origen odontógeno es mucho más difícil porque existe epitelio en el revestimiento de los senos y en los quistes del conducto nasopalatino. El carcinoma intraóseo primario se comporta como cualquier otro proceso maligno intraóseo, destruyendo grandes áreas de hueso troncos nerviosos y metastatizando en la región y órganos distantes. En muchos carcinomas intraóseos, pueden encontrarse evidencia de su generación a partir del revestimiento de un quiste odontógeno preexistente, muy frecuentemente un quiste dentífero.(16)

### **10. Melanoma.**

Melanoma es el nombre genérico de los tumores melánicos o pigmentados (mélas (μελας gr.) "negro" + -o-ma 1 (-ομα gr.) "tumor") y el melanoma maligno es una grave variedad de cáncer de piel, causante de la mayoría de las muertes relacionadas con el cáncer de piel. Se trata de un tumor generalmente cutáneo, pero también del intestino y el ojo (melanoma uveal) y altamente invasivo por su capacidad de generar metástasis. Actualmente el único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica del tumor primario antes de que logre un grosor mayor de 1 mm.(15)

Por lo general, el riesgo de un individuo de contraer un melanoma depende de dos tipos de factores: intrínsecos y ambientales. Los factores intrínsecos incluyen la historia familiar y el genotipo heredado; mientras que el factor ambiental o extrínseco más relevante es la exposición a la luz solar.

Los estudios epidemiológicos sugieren que la exposición a la radiación proveniente de la luz ultravioleta (UVA y UVB) es una de las causas principales en la aparición del melanoma. (6)

La prevención y el diagnóstico precoz del melanoma son armas para mejorar el pronóstico. Se debe difundir programas educativos con el fin de poder detectar estas lesiones en fase precoz, ya que los factores que contribuyen a empeorar el pronóstico son por un lado el retraso en el desarrollo de los síntomas y por otro la dificultad para evitar la diseminación hematológica en la propia intervención quirúrgica. (15)

### **11. Fibrosarcoma:(13)**

El fibrosarcoma es un tipo de cáncer que pertenece al grupo de los sarcomas. Se origina generalmente en los extremos de los huesos largos de los miembros. Existe una forma de presentación infantil que afecta generalmente a niños de menos de un año y suele ser de crecimiento lento. La forma del adulto en cambio se presenta a edades más avanzadas y tiende a ser de mayor agresividad. Las células que componen el tumor derivan de fibroblastos del tejido conectivo de sostén de la cavidad medular del hueso y con menos frecuencia de la parte más externa del mismo o periostio, en ocasiones surge de las partes blandas próximas al hueso. Es un tipo de cáncer muy inusual en la especie humana, se presenta por término medio un caso al año por cada 2.000.000 de habitantes.(13)

### **12. Tumores metastásicos:(15)**

Las neoplasias malignas tienen como características fundamentalmente la capacidad de las metástasis. Los tumores metastásicos son procesos tumorales que se localizan en el territorio mandibulofacial, como consecuencia de un tumor maligno primitivo de localización lejana.

Las neoplasias que producen metástasis a nivel oral son muy raras y cuando se presentan lo suelen hacer a nivel de la médula ósea de los maxilares. La mucosa bucal es afectada en menos del 0.1% de todas las metástasis. La vía habitual de este tipo de diseminación es la linfática o la vía hematológica. Los sitios principales de localización tumoral primaria más frecuentemente que hacen metástasis a nivel oral son: pulmón, mama, estómago, riñón y glándula tiroides.

Lo habitual es que las manifestaciones en la mucosa bucal, desde un tumor primario, se desarrollen como metástasis en mandíbula o maxilar y luego crezcan por debajo del periostio, para finalmente manifestarse como masas tumorales en la submucosa con aspecto clínico de tumoraciones redonda ovalada de tacto fibroso, teniendo la mucosa que la recubre características de normalidad, con tendencia a la ulceración y sangrado.

La extirpación- biopsia en la zona afectada es la única maniobra capaz de descubrir la naturaleza de la tumoración, encontrándose en ella células de la misma estirpe que la lesión primitiva. La aparición de una metástasis en la mucosa y submucosa oral indica un compromiso severo de la enfermedad y un pronóstico muy malo.(15)

### **13. Metástasis en las partes blandas de la cavidad oral (17)**

Son neoplasias malignas histológicamente similares al tejido tumoral primario del que proceden, que forzosamente debe estar alejado de la cavidad oral. Constituyen una patología infrecuente, puesto que solo uno de cada 100 tumores malignos en el organismo es capaz de dar metástasis en esta localización.

Suele afectar a varones por encima de los 50 años. Similar a la neoplasia primaria de donde deriva. Los tumores malignos que más frecuentemente metastatizan en la boca tienen un origen pulmonar, renal o hepático.

Se suele presentar en forma de tumoraciones únicas o múltiples, indefinidas, siendo el rasgo más característico su rápido crecimiento. Habitualmente se recogen en la historia clínica antecedentes de neoplasias a distancias, pudiendo existir otras metástasis sincrónicas.

La terapia suele ser paliativa, a no ser que se trate de una metástasis única de un tumor primario controlado, pese a lo cual el porcentaje de supervivencia a los dos años no supera el 20%. (17)

#### **2.2.5 Factores preventivos**

El estudio de los factores protectores fue algo novedoso en nuestro país. En cuanto a las visitas frecuentes al estomatólogo, se utilizó un período evaluativo de los últimos 5 años y se aplicó una regresión logística simple. Se comprobó que acudir el chequeo profesional periódico del complejo bucal puede minimizar

las probabilidades llegar a evolucionar a cáncer bucal y, si al menos se visita cada 2 años, se da un margen preventivo que puede resultar efectivo. Hubo pacientes que fueron visitados en el terreno y ellos se sintieron menos comprometido a acudir a la consulta después de haberse examinado fuera de la clínica.

En algunos países latinoamericanos se han realizado campañas que promueven la costumbre de chequear la boca, a pesar de que no toda la población tenga acceso a ellos. El tema más abordado en los medios informativos internacionales es la promoción masiva del autoexamen bucal, pues es una manera exclusiva de buscar protagonismo en el paciente y adiestrarlo en la búsqueda de cambios en la cavidad bucal. Se analizó la asociación entre el autocuidado del complejo bucal y el cáncer bucal, según regresión logística simple. La evaluación del autocuidado incluyó la frecuencia de cepillado y el dominio del autoexamen bucal. Ninguno de los pacientes supo decir los pasos del autoexamen, hubo desinformación al respecto y su autocuidado se limitó al cepillado bucal, pero aun así se obtuvieron resultados alentadores. Se demostró el efecto protector del autocuidado La composición de la dieta es un aspecto muy estudiado en la actualidad.

En nuestra investigación se describieron los componentes de la alimentación en los pacientes con cáncer bucal y su frecuencia de consumo. Se precisó que todos los pacientes consumían diariamente el arroz, las leguminosas como los frijoles y otros granos, alguna vianda y grasas sin importar el origen animal o vegetal. Fue frecuente el consumo de azúcares, dulces y todos consumían al menos un tipo de carne. Estos datos coinciden con los estudios realizados por el Instituto Cubano de Nutrición, que explican los fundamentos de este tipo de dieta en nuestros habitantes. Se observó que el consumo de frutas y vegetales frescos no fue uniforme y variaba de un paciente a otro; llamó la atención que los más jóvenes mostraron un mayor consumo de estos alimentos antioxidantes, en comparación con las personas de edades superiores a los 60 años. (5)

#### **2.2.6 El conocimiento (19)**

Es el acumulo de información, adquirido de forma científica o empírica. Partiremos de que Conocer es aprender o captar con la inteligencia los entes y

así convertirlos en objetos de un acto de conocimiento. Todo acto de conocimiento supone una referencia mutua o relación entre: sujeto – objeto, conocer filosóficamente hablando significa aprender teóricamente los objetos, sus cualidades, sus modos, sus relaciones, en una palabra, poseer la verdad o por lo menos buscarla ansiosamente. (19)

Al conjunto de conocimientos racionales ciertos o probables que son obtenidos de manera metódica y verificables con la realidad, se organizan y son transmitidos, es llamada Ciencia.

### **Ciencia:**

La definición corriente de "ciencia" es la de acumulación de conocimientos sistemáticos. El objeto de las ciencias no es el mundo ni la naturaleza: su objeto se constituye a partir de la negación de los resultados de la intuición. Su núcleo central no reside en el sujeto o en el objeto (tal como lo interpreta la epistemología tradicional), sino en las relaciones que entre ambos existen. Además, es el conocimiento con base lógica, método propio y objetivo determinado que permite la previsión. Es un conjunto de conocimientos racionales ciertos o probables que son obtenidos de manera metódica y verificables con la realidad, se organizan y son transmitidos. "Un sistema de creencias con las cuales estamos comprometidos". Clasificación de las ciencias:

- Exactas:** Ciencias que solamente admiten principios, efectos y hechos demostrables, como las matemáticas, la física.

- Humanas:** Ciencias que estudian asuntos relacionados con manifestaciones propias del ser humano, como la historia, la filosofía o la psicología

- Naturales:** Que estudian asuntos relacionados con la naturaleza, como la biología, la zoología o la geología.

- **Ocultas:** Conocimientos y prácticas relacionados con la magia, la alquimia, la astrología y materias semejantes, que no se basan en la experimentación científica.

- **Sociales:** Ciencias que estudian el comportamiento del ser humano en la sociedad y sus formas de organización, como la antropología o la sociología.

(19)

## **Clasificación del conocimiento (20)**

### **Conocimiento vulgar:**

Wartofsky (1983) nos dice que este conocimiento no es explícitamente sistemático ni crítico y que no existe un intento por considerarlo un cuerpo consistente de conocimiento, sin embargo, es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata.

#### **Características:**

- a. Ha permanecido en el tiempo.
- b. No tiene orígenes claros.
- c. Corresponde al patrimonio cultural que ha sido heredado y transmitido por la cultura a través de generaciones de personas.
- d. También es llamado conocimiento común ordinario o popular.

### **Conocimiento filosófico:**

Es el estudio de aquello que trasciende la percepción inmediata lo denominamos conocimiento filosófico. Se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar fenómenos. Con este conocimiento no podemos percibir a través de los sentidos al objeto de estudio; pero tenemos la certeza que existe y podemos aproximarnos a él con un plan elaborado para definirlo y caracterizarlo. Cuando conocemos y construimos conocimiento filosófico, también lo podemos hacer de forma sistemática, metódica, analítica y crítica, pero teniendo como objeto de estudio aquello que no podemos tocar, lo intangible.

### **Conocimiento científico:**

- a. Se centra en el qué de las cosas procurando la demostración a través de la comprobación de los fenómenos en forma sistemática.
- b. Tiene una cierta afinidad con el conocimiento vulgar ya que ambos tienen pretensiones de racionalidad y objetividad.

c. Es más afinado que el conocimiento vulgar porque aventura posibles respuestas investigativas y porque critica las explicaciones que surgen a partir del sentido común.

d. Bajo el parámetro del conocimiento científico los fenómenos suceden de determinada forma por alguna razón y no porque sí. (20)

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Cáncer:** Es el nombre común que recibe un conjunto de enfermedades relacionadas en las que se observa un proceso descontrolado en la división de las células del cuerpo.

**Etiología:** Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

**Factores protectores:** Son los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

**Factores de riesgo:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada**

#### **Hipótesis principal:**

✓ Es probable que el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer oral sea regular en los alumnos de VIII, IX y X ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas

#### **Hipótesis Derivadas:**

✓ Es probable que los alumnos de VIII, IX y X ciclo del sexo femenino tengan un mejor conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral que los del masculino.

✓ Es probable que la edad de los alumnos de VIII, IX y X ciclo tenga relación con su nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer oral.

✓ Es probable que el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los alumnos que cursan X ciclo sea mejor que en aquellos que están en clínica estomatológica (VIII y IX ciclo) de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

### **3.2 Variables, definición conceptual y operacional**

#### **VARIABLES:**

##### **Principales:**

- Nivel de Conocimiento sobre factores de riesgo del Cáncer Oral

##### **Secundarias:**

- Sexo
- Edad
- Ciclo

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA
Nivel de conocimiento	Alto Aceptable Bajo	Cualitativa	Ordinal

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA
Sexo	M F	Cualitativa	Nominal
Edad	Años	Cuantitativa	Razón
Ciclo	VIII IX X	Cualitativa	Ordinal

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Tipo de investigación

El tipo de estudio de la presente investigación es de tipo **no experimental** ya que el nivel de conocimiento se mide mediante un cuestionario variado.

### Diseño de la investigación

#### De acuerdo con la temporalidad:

La presente investigación, es **transversal**, porque se medirá una vez el nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer oral sobre nuestras unidades de estudio.

#### De acuerdo con el lugar donde se obtendrán los datos:

La presente investigación, es de **campo** porque las unidades de estudio llenarán un cuestionario y a partir de esa información se obtuvieron los resultados correspondientes.

#### De acuerdo con el momento de recolección de datos:

La presente investigación, es **prospectivo**, puesto que los datos se tomaron y midieron conforme se iba desarrollando el presente trabajo de tesis.

#### De acuerdo con la finalidad investigativa:

La presente investigación es **descriptiva** puesto que se midió el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer y luego se informó respecto a los resultados obtenidos.

### 4.2 Diseño muestral

Se trabajó con el total de alumnos matriculados en el VIII, IX y X ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

**Criterios de inclusión:**

- ✓ Alumnos VIII, IX y X ciclo.
- ✓ Alumnos de cualquier edad y sexo.
- ✓ Alumnos matriculados.
- ✓ Alumnos con disposición de colaborar.
- ✓ Alumnos que hayan firmado el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

- ✓ Alumnos que llenen incorrectamente el cuestionario.
- ✓ Alumnos que no asistan el día de la recolección de información.

**4.3 Técnicas de recolección de datos**

La técnica que se utilizó fue una encuesta, el instrumento fue un cuestionario, el cual lo elaboró la autora de la presente investigación, basándose en antecedentes investigativos, fuentes bibliográficas actualizadas y consulta a expertos en el tema. Este cuestionario se estructuró y dividió en dos partes, la primera correspondió a la presentación e instrucciones, así como los datos generales de las unidades de estudio como son edad, sexo y ciclo académico. La segunda parte, que está constituida por 20 preguntas con opción de respuesta cerrada (de opción múltiple y una respuesta correcta) están orientadas a la medición del nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral que tienen los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología que están cursando VIII, IX y X ciclo. (ver Anexo N°2).

El instrumento, una vez elaborado, fue sometido a validez de contenido a través del juicio de expertos, para tal fin se trabajó con tres reconocidos especialistas en el tema. Cada uno de ellos de manera particular, dio su opinión respecto a la redacción y contenido de las preguntas propuestas, así como la pertinencia de las formas en que se propusieron como respuestas. Luego de evaluar, los profesionales llenaron los "informes sobre juicio de experto del instrumento de medición" (ver Anexo N° 3) y se procedió a verificar la validez de contenido mediante el cálculo del Coeficiente V de Aiken, que es una medida de acuerdo entre los expertos. Para todas las preguntas, y además a nivel global, se obtuvieron valores mayores a 0.900, lo cual nos indica una alta concordancia

entre los criterios vertidos por los especialistas que evaluaron el instrumento (ver Anexo N° 4), entonces con este resultado se garantiza la validez de contenido del cuestionario.

Para calificar el instrumento, se asignó un (1) punto por cada respuesta acertada que el alumno tenga, así mismo, si fuera equivocada, se le asigna cero puntos (0). La calificación se hizo tomando como referencia el Diseño Curricular Nacional del Ministerio de Educación, como se muestra a continuación:

Bajo	: De 0 a 10
Regular	: De 11 a 13
Bueno	: De 14 a 17
Muy bueno	: De 18 a 20

La aplicación y llenado de la encuesta en los alumnos implica un tiempo de aproximadamente 20 minutos.

Recolección de datos:

- 1 Se pidió permiso a la Escuela Profesional de Estomatología para poder aplicar el cuestionario.
- 2 Se pidió la autorización de los docentes para que sus alumnos, durante el horario de sus clases teóricas, puedan llenar el cuestionario sobre nivel de conocimiento.
- 3 Se coordinó con los alumnos los días que tengan disponibilidad para realizar la encuesta.
- 4 Se aplicó la encuesta a los alumnos para obtener los datos necesarios para la investigación.

#### **4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Los datos una vez recolectados, se vaciaron en una matriz de sistematización, para lo cual se utilizó una hoja de cálculo Excel, versión 2016. A partir de esta, se procesaron los datos y se obtuvieron resultados, elaborándose tablas (tanto de simple como de doble entrada) y gráficos, principalmente de barras (simples y dobles).

Luego se procedió a calcular las frecuencias absolutas (N<sup>o</sup>) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables motivo de la investigación. Como complemento al análisis estadístico, se relacionó las variables secundarias (edad, ciclo y sexo de los alumnos) con la principal (nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer), aplicándose la prueba estadística de chi cuadrado, a un nivel de confianza del 95% (0.05). La totalidad del análisis estadístico se llevó a cabo con la ayuda del programa EPI – INFO versión 6.0.

#### **4.5 Aspectos éticos**

La presente investigación cumple con el principio de respeto, pues las unidades de estudio fueron evaluadas previo consentimiento informado aceptado por parte de ellos. Además, el cuestionario fue anónimo, protegiéndose la identidad de los alumnos.

Así mismo, nuestro estudio no representa ningún peligro para los alumnos que participen en esta, pues no vamos a ir en contra de su integridad, por lo tanto, respetamos el principio de no maleficencia.

Finalmente, el estudio acata el principio de justicia, dado que los estudiantes fueron evaluados con el mismo instrumento.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

**TABLA N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO**

<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	39	26.7
Femenino	107	73.3
Total	146	100.0

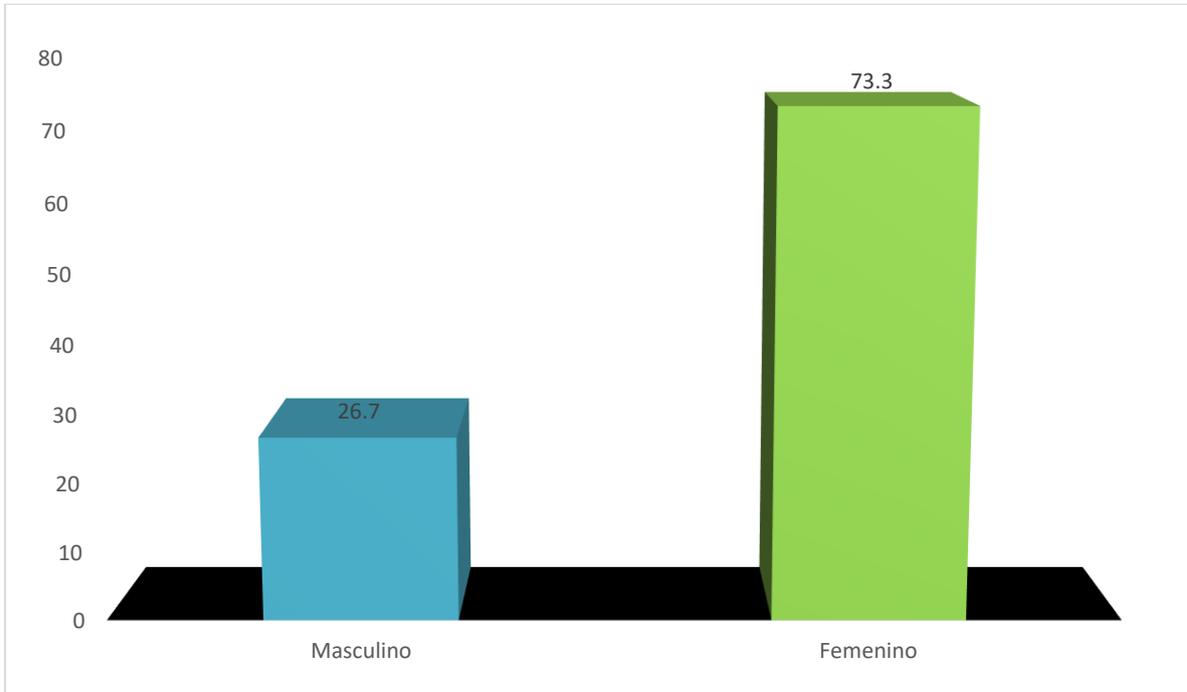
Fuente: Matriz de datos

#### **INTERPRETACIÓN:**

En la presente tabla mostramos la distribución, tanto numérica como porcentual, de los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de acuerdo a su sexo.

Como se puede evidenciar de los resultados obtenidos luego de la recolección de datos, casi las dos terceras partes de los estudiantes evaluados (73.3%) correspondieron al sexo femenino, mientras que el resto de ellos fueron del sexo masculino (26.7%).

**GRÁFICO N°1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO**



**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
De 20 a 23 años	58	39.7
De 24 a 27 años	64	43.8
De 28 a más	24	16.4
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Matriz de datos

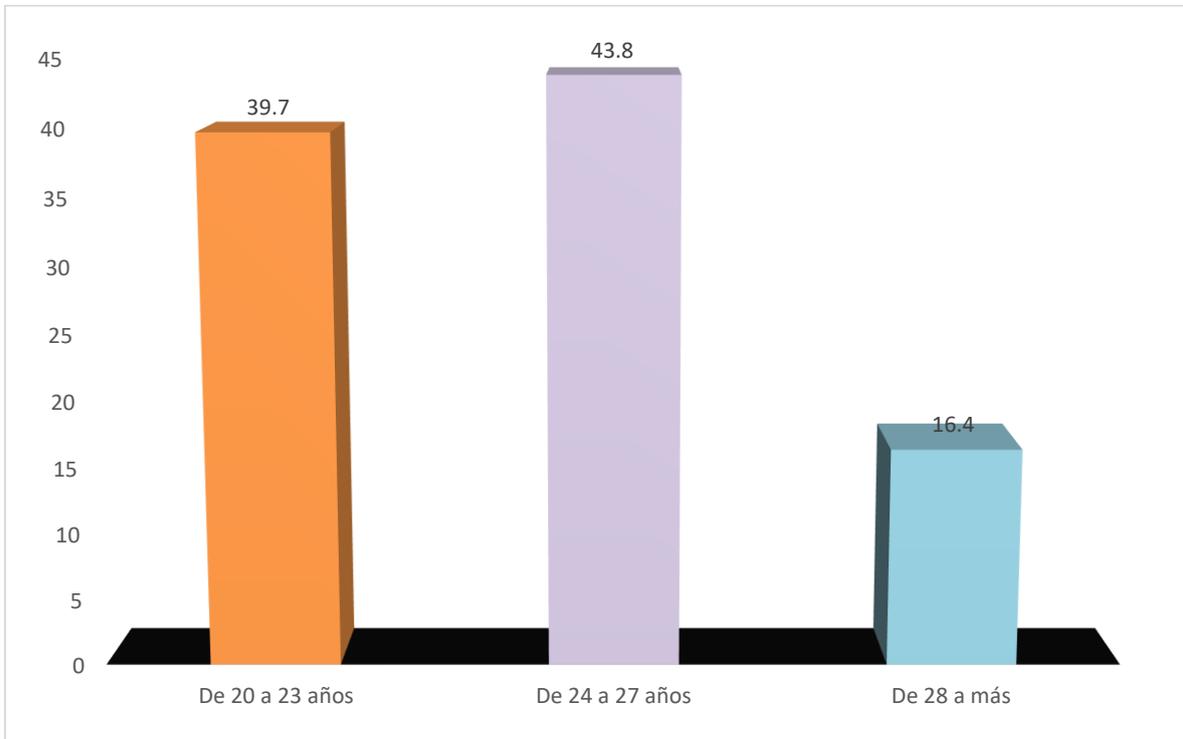
**INTERPRETACIÓN:**

La tabla N° 2 nos muestra la distribución numérica y porcentual que se ha obtenido de los estudiantes de Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas que fueron incluidos para el presente estudio de acuerdo a su edad.

La edad de los estudiantes, para una mejor comprensión de los datos, se la ha dividido en tres grupos etarios, siendo el que obtuvo el mayor porcentaje en frecuencia el de 24 a 27 años (43.8%), mientras que el de menor presencia fue el conformado por los alumnos que tenían desde los 28 años a más (16.4%). Además, cabe resaltar que la menor edad evidenciada en los alumnos motivo de investigación fue de 20 años y la mayor edad que se observó fue 39 años.

## GRÁFICO N° 2

### DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD



**TABLA N° 3****DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CICLO ACADÉMICO**

<b>CICLO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Octavo Ciclo	51	34.9
Noveno Ciclo	49	33.6
Décimo Ciclo	46	31.5
Total	146	100.0

Fuente: Matriz de datos

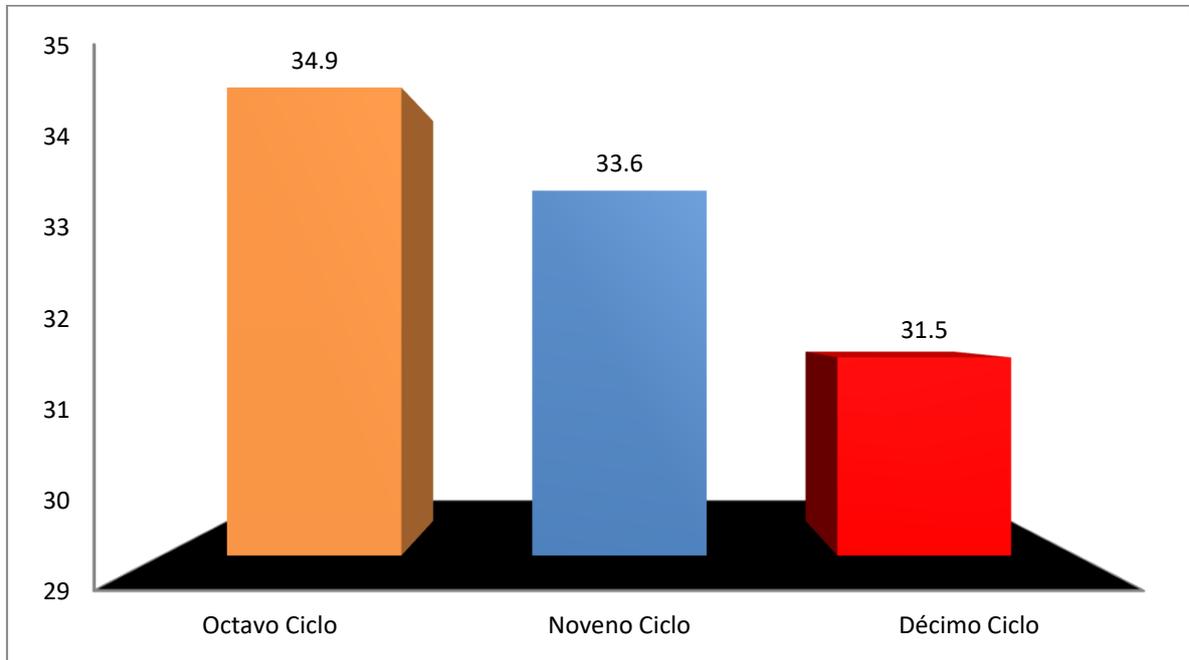
**INTERPRETACIÓN:**

La investigación llevada a cabo estuvo orientada a evaluar a los alumnos que llevan sus estudios en semestres superiores, específicamente que están haciendo práctica Clínica (octavo y noveno ciclo) y están en el internado (décimo ciclo).

Los resultados nos muestran que la distribución de los alumnos de acuerdo con el ciclo que están cursando fue relativamente homogénea, pues casi la tercera parte de ellos corresponde a cada uno de los ciclos evaluados. Complementariamente, el octavo semestre es el que tuvo un mayor porcentaje de alumnos (34.9%) y el décimo el menor (31.5%).

### GRÁFICO N° 3

#### DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SU CICLO ACADÉMICO



**TABLA N° 4**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER  
ORAL EN LA MUESTRA**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bajo	108	74.0
Regular	32	21.9
Bueno	6	4.1
Muy bueno	0	0.0
Total	146	100.0

Fuente: Matriz de datos

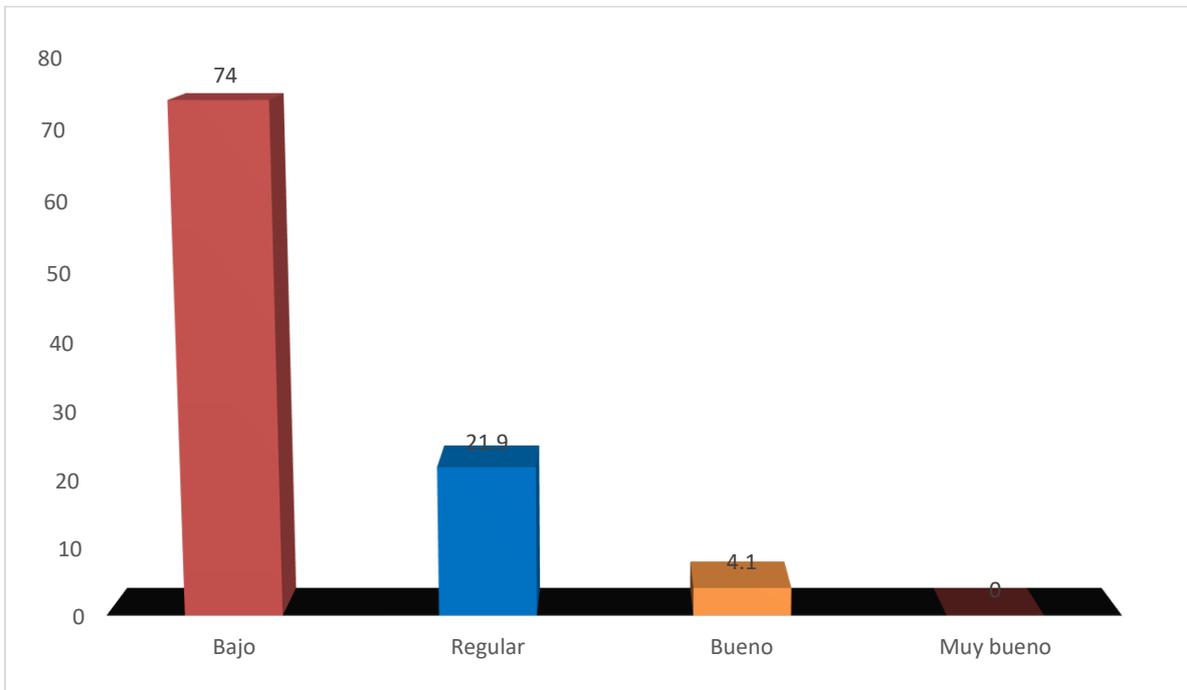
**INTERPRETACIÓN:**

El objetivo principal de la presente investigación fue evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral que tenían los estudiantes de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, cuyos resultados, numéricos y porcentuales, los presentamos en la tabla N° 4.

El instrumento utilizó cuatro niveles evaluativos (bajo, regular, bueno y muy bueno) que nos permiten establecer cuál fue el nivel de conocimiento alcanzado por los alumnos, como se puede apreciar de los datos obtenidos luego de la aplicación del cuestionario, la gran mayoría de los estudiantes sometidos al estudio (74.0%) mostraron tener un nivel de conocimiento considerado como bajo. En contraparte, ninguno de ellos llegó a tener un nivel muy bueno y solamente el 4.1% obtuvo un nivel bueno.

## GRÁFICO N° 4

### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL EN LA MUESTRA



**TABLA N° 5****RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL EN LA MUESTRA**

Sexo	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	32	82.1	5	12.8	2	5.1	39	100.0
Femenino	76	71.0	27	25.2	4	3.7	107	100.0
Total	108	74.0	32	21.9	6	4.1	146	100.0

Fuente: Matriz de datos

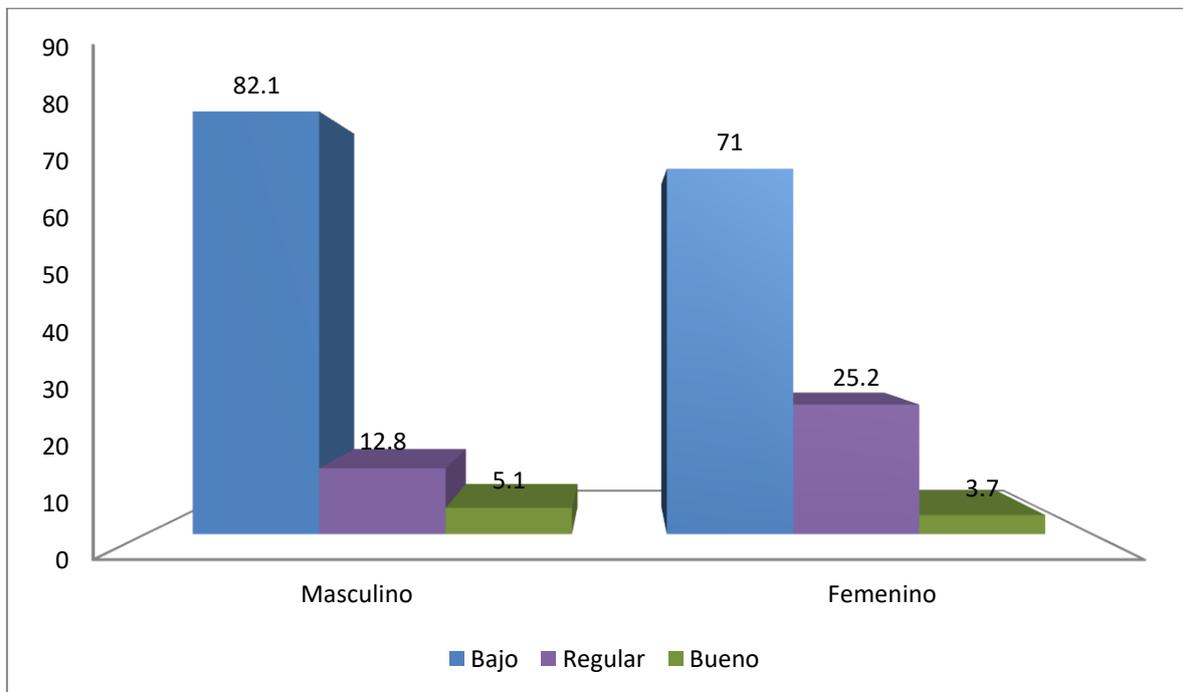
**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla N° 5 evaluamos la relación entre el sexo y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral de los estudiantes que fueron incluidos en la presente investigación.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos, tanto los alumnos del sexo masculino (82.1%) como las del femenino (71.0%) mostraron tener un nivel de conocimiento bajo, en tanto, si valoramos el nivel de conocimiento bueno, solamente del 5.1% de los alumnos de sexo masculino llegaron a este nivel, mientras que en el caso del sexo femenino fue del 3.7%.

### GRÁFICO N° 5

#### RELACIÓN ENTRE SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL EN LA MUESTRA



**TABLA N° 6****RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL EN LA MUESTRA**

Edad	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bajo		Regular		Bueno			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 20 a 23 años	34	58.6	21	36.2	3	5.2	58	100.0
De 24 a 27 años	53	82.8	8	12.5	3	4.7	64	100.0
De 28 a más	21	87.5	3	12.5	0	0.0	24	100.0
Total	108	74.0	32	21.9	6	4.1	146	100.0

Fuente: Matriz de datos

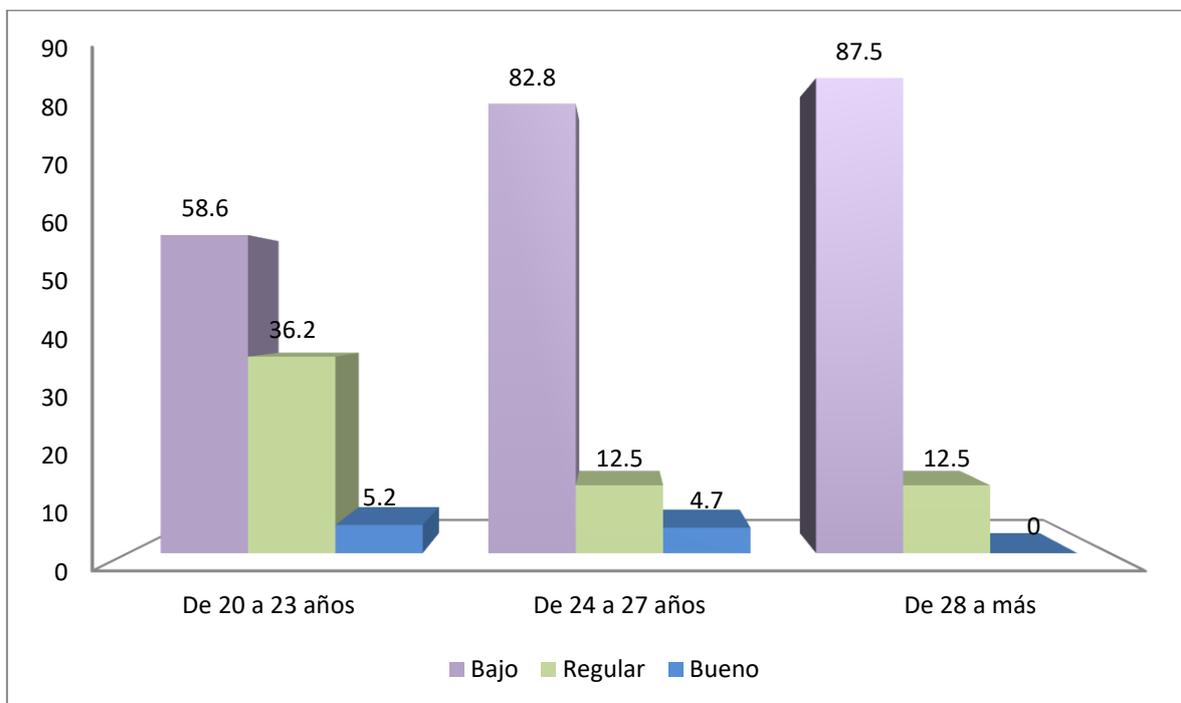
**INTERPRETACIÓN:**

La edad de los alumnos, una variable secundaria motivo de investigación, se procedió a relacionar con el nivel de conocimiento que tenían sobre factores de riesgo de cáncer oral.

Los resultados obtenidos, luego de la aplicación del instrumento (cuestionario), nos muestran que los alumnos de 20 a 23 años, en su mayoría (58.6%), mostraron tener un nivel de conocimiento bajo. Respecto a los alumnos entre los 24 a 27 años, casi todos (82.8%) tuvieron un nivel bajo de conocimientos, situación similar se observó en los de 28 años a más (87.5%).

## GRÁFICO N° 6

### RELACIÓN ENTRE EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL EN LA MUESTRA



**TABLA N° 7****RELACIÓN ENTRE CICLO ACADÉMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO  
SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL**

Ciclo	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bajo		Regular		Bueno		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Octavo Ciclo	36	70.6	13	25.5	2	3.9	51	100.0
Noveno Ciclo	37	75.5	12	24.5	0	0.0	49	100.0
Décimo Ciclo	35	76.1	7	15.2	4	8.7	46	100.0
Total	108	74.0	32	21.9	6	4.1	146	100.0

Fuente: Matriz de datos

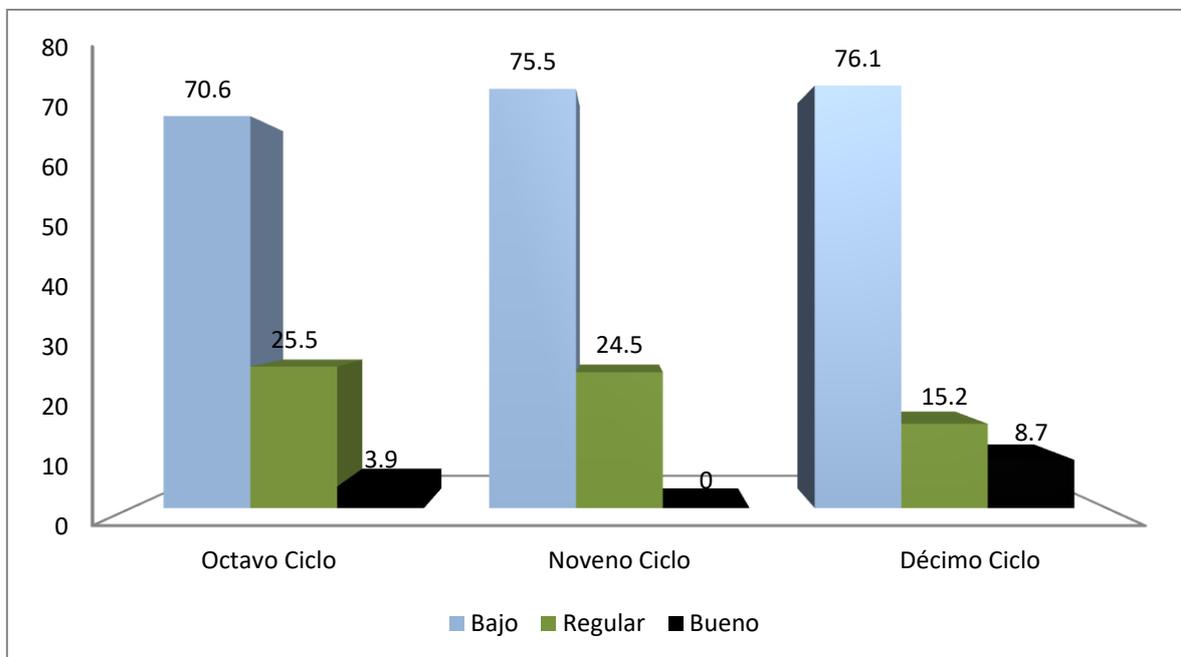
**INTERPRETACIÓN:**

El ciclo académico fue una variable secundaria importante a tomar en cuenta, pues nuestra investigación está orientada a evaluar a los estudiantes de años superiores, básicamente a los que desarrollan sus actividades VIII, IX y X ciclo.

Los resultados nos demuestran que los alumnos del octavo ciclo, en su mayoría (70.6%), tuvieron un nivel de conocimientos bajo, para los del noveno y décimo ciclo se observa algo muy similar, pues en su mayoría (75.5% y 76.1% respectivamente) también mostraron tener un nivel de conocimiento considerado como bajo.

## GRÁFICO N° 7

### RELACIÓN ENTRE CICLO ACADÉMICO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL



## 5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

TABLA N° 8

**PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR EL SEXO, EDAD Y CICLO ACADÉMICO CON SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER ORAL DE LA MUESTRA**

NIVEL CONOCIMIENTOS	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia p
SEXO	2.613	2	0.271
EDAD	13.280	4	<b>0.010</b>
CICLO ACADÉMICO	5.882	4	0.208

En la relación llevada a cabo entre el sexo (Tabla N° 5), edad (Tabla N° 6) y ciclo académico (Tabla N° 7) con el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer oral que tenían los alumnos de la Escuela Profesional de Estomatología que cursaban VIII, IX y X semestre, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay o no hay relación significativa entre la variable principal, que es de naturaleza cualitativa (conocimiento), y las secundarias, también de naturaleza cualitativas (sexo, edad y ciclo académico), motivo de estudio.

Como se aprecia de los resultados obtenidos en la tabla N° 8, tanto el sexo como el ciclo académico que cursan los alumnos VIII, IV y X ciclo no tuvieron relación estadísticamente significativa con sus niveles de conocimiento que manifestaron tener sobre los factores de riesgo de cáncer oral.

Ahora bien, hemos establecido que las diferencias encontradas del conocimiento respecto a la edad fueron estadísticamente significativas, por tanto, hubo

relación entre estas variables, siendo los estudiantes de menor edad los que tuvieron un mejor conocimiento.

### **5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS**

#### **Hipótesis Principal:**

Es probable que el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer oral sea regular en los alumnos de VIII, IX y X ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas

#### **Conclusión:**

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación (Tabla N° 4), procedemos a rechazar la hipótesis principal, puesto que la gran mayoría de estudiantes VIII, IX y X ciclo tuvieron un nivel de conocimiento bajo (74.0%).

#### **Hipótesis Derivadas:**

##### **Primera:**

Es probable que los alumnos de clínica estomatológica e internado del sexo femenino tengan un mejor conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral que los del masculino.

#### **Regla de Decisión:**

Si  $P \geq 0.05$             No se acepta la hipótesis.

Si  $P < 0.05$             Se acepta la hipótesis.

#### **Conclusión:**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en la investigación (Tabla N° 5), procedemos a rechazar la primera hipótesis derivada, pues no hemos encontrado que el sexo sea una variable determinante en el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral que mostraron tener los estudiantes.

##### **Segunda:**

Es probable que la edad de los alumnos VIII, IX y X semestre tenga relación con su nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de cáncer oral.

**Regla de Decisión:**

Si  $P \geq 0.05$  No se acepta la hipótesis.

Si  $P < 0.05$  Se acepta la hipótesis.

**Conclusión:**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en nuestra investigación (Tabla N° 6), procedemos a aceptar la segunda hipótesis derivada, pues se ha demostrado que los alumnos que tienen menor edad mostraron tener un mejor conocimiento que los que ostentaban mayor edad.

**Tercera:**

Es probable que el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de cáncer oral en los alumnos que cursan X ciclo sea mejor que en aquellos que están en VIII y IX ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

**Regla de Decisión:**

Si  $P \geq 0.05$  No se acepta la hipótesis.

Si  $P < 0.05$  Se acepta la hipótesis.

**Conclusión:**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 7), procedemos a rechazar la tercera hipótesis derivada, pues no hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el ciclo académico que cursan los alumnos y su nivel de conocimiento sobre factores asociados de cáncer oral.

## 5.4 DISCUSIÓN

La investigación fue realizada con 149 alumnos de octavo, noveno y décimo ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, a quienes se les evaluó mediante un cuestionario de 20 preguntas sobre factores de riesgo del cáncer oral. Los resultados que encontramos fueron los siguientes:

En el estudio que se presentó se observó que el nivel de conocimiento de los alumnos de la Universidad Alas Peruanas fue bajo (74.0%), teniendo como referencia a Izaquirre Pérez, Patricia Margarita que demostró en su estudio que el nivel de conocimiento en tres universidades de Lima (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Nacional Federico Villarreal y Universidad Inca Garcilaso De La Vega) fue regular (65.3%) en el año 2012, Hernani Reinoso Steward Orathio, evaluó el nivel de conocimiento en los odontólogos de la ciudad de Arequipa el 2015, obtuvo un resultado de nivel medio con un 44.2%, Acuña Molina Gloria Fabiola, Espinoza Casco María José, Fuentes Méndez Dalia Mercedes demostró que el nivel de conocimiento de los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de medicina de la UNAN León acerca de cáncer oral y factores a dicho conocimiento, en el periodo septiembre-noviembre del 2012 fue regular con un el 44.3% y Pulgar Mosquera Lotty Gabriela en su trabajo sobre Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una Universidad Peruana de Lima, en el año 2016, en general, fue malo en el 29,5%, en el 57,4% llegó a un nivel regular y en el 13,1% el puntaje fue bajo no teniendo relación con los resultados encontrados en este estudio.

Con la aplicación del cuestionario los resultados del ciclo académico con el nivel de conocimiento no tuvo relación teniendo como resultado : octavo con un nivel bajo (70.6%) noveno con un nivel bajo (75.5%) y decimo un nivel bajo (76.1%) teniendo de referencia a Acuña Molina Gloria Fabiola, Espinoza Casco María José, Fuentes Méndez Dalia Mercedes que obtuvo que los alumnos de cuarto tuvieron un nivel de conocimiento regular con un 25% y quinto con un nivel de conocimiento regular con un 26.8%, no encontrando relación alguna con el estudio realizado.

Nuestros resultados, en general, nos muestra que el nivel de conocimiento bajo refleja la falta de prevención sobre el cáncer oral contrastado con Izaquirre Pérez

Patricia Margarita quien obtuvo un nivel de conocimiento bajo sobre prevención del cáncer oral y con el estudio de Hernani Reinoso Steward Orathio encontró que el nivel de conocimiento sobre prevención del cáncer oral fue calificado como bajo también encontrando que si hay relación con respecto a la prevención del cáncer oral y sus factores de riesgo.

Se demostró que los alumnos de pregrado no tienen nivel de conocimiento necesario para poder aplicarlo en su práctica diaria, en este estudio se busca que el alumno pueda tomar conciencia y así capacitarse para poder poner en práctica en su vida diaria esto se debería realizar por ética educando al paciente sobre salud oral. Como observamos no encontramos una cultura preventiva en los alumnos de los últimos ciclos de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

Está en las manos de los odontólogos poder realizar charlas informativas a los pobladores sobre factores de Riesgo del Cáncer Oral, un diagnóstico precoz en lesiones pre cancerosas como Leucoplasia o Eritroplasia, tienen el deber de prevenir lesiones más agresivas, realizar una correcta historia clínica con un examen clínico minucioso para no dejar pasar lesiones pre cancerosas todo ello nos llevara a poder tener un diagnostico a tiempo evitando así una mala calidad de vida para el paciente que en algunos casos llega hasta la muerte del paciente.

## **CONCLUSIONES:**

### **Primera:**

El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en los estudiantes de estomatología del VIII, IX y X ciclo en el 2017 correspondió a bajo (74.0%), así mismo, ninguno de ellos llegó a tener un nivel de conocimiento bueno.

### **Segunda:**

Se ha demostrado que la edad de los alumnos tuvo relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral, evidenciándose que los alumnos de menor edad tuvieron mejores niveles de conocimiento.

### **Tercera:**

El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en los estudiantes de estomatología de VIII, IX y X ciclo no tuvo ninguna relación con el ciclo académico que están cursando.

### **Cuarta:**

El nivel de conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer oral en los estudiantes de estomatología no tuvo relación estadísticamente significativa con su sexo.

## **RECOMENDACIONES:**

### **Primera:**

Se sugiere a los alumnos y odontólogos instruirse sobre factores de riesgo del cáncer oral para tener el conocimiento necesario y poder realizar prevención en la consulta diaria.

### **Segunda:**

Se recomienda a los alumnos y odontólogos realizar un examen clínico intraoral (paladar, lengua, carrillos, encía, mucosa yugal, labios y piso de boca ) ordenado y minucioso, para el diagnóstico de lesiones.

### **Tercera:**

Se recomienda tener en cuenta que un diagnóstico precoz evitara que el tratamiento sea más invasivo pudiendo tener mejor calidad de vida el paciente.

### **Cuarta:**

Se recomienda realizar charlas de prevención para poder dar a conocer los factores de riesgo del cáncer oral los cuales se pueden evitar, por falta de información la población ignora los riesgos y no tienen el cuidado necesario.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) Silvia L. Venegas. Prevención y Diagnóstico Precoz Estomatóloga Hospital Municipal de Vte. López I.E.O Academia Nacional de Medicina Bs. As- ARGENTINA
- 2) Rodríguez, Walter. (2000). Neoplasias Malignas de Cabeza y Cuello. República del Perú: Editorial de la universidad mayor de San Marcos.
- 3) García-García V, Bascones Martínez a. Cáncer Oral: Puesta al día. Scielo. 22 de septiembre de 2008.
- 4) Meza García, Muñoz Ibarra, Páez Valencia, Cruz Legorreta, Aldape Barrios. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México. Vol. 25 - Núm. 1 – 2009
- 5) Hermida Rojas, Maikel, Escala De Riesgo Para Predecir El Cáncer Bucal 2008. Ciego de Avila2008
- 6) Rosa LN, Gedoz L, Hildebrand LC, Carvalho A, Chevarría MG, Carcinoma verrugoso en paciente joven. Odontoestomatol vol.19 no. 3 Madrid may/jun 2003.
- 7) Adorno FariasD1 , Maturana Ramírez A2 , Farías Vergara M2 , Franco Martínez ME3 , Iriarte Hernández M4 , Sáez Salgado R5 , Cortés Araya J6 , Ortega Pinto AV3. Carcinoma Verrucoso Oral: Reporte de un Caso Clínico y Revisión de 20 Casos del Instituto de Referencia en Patología Oral (IREPO), Chile2010
- 8) Sanchis JM\*. Carcinoma de células fusiformes. Med. oral patol. Ora.lcir.bucal (Ed.impr.) vol.10 no.3 may./jul. 2005
- 9) Miguel Ángel González Moles. Precáncer y Cáncer Oral. 2001
- 10) García Lazarte, Alejandro Oscar, Prevalencia de Carcinoma Epidermoide Oral en Pacientes de dos Hospitales de Salud Pública - Perú en el Período 2006- 2009
- 11) Izaquirre Pérez, Patricia Margarita. Nivel de Conocimiento Sobre Cáncer Oral de Estudiantes del Ultimo, Año de la Carrera Profesional de Odontología de Tres Universidades de Lima, en el año 2012.

- 12) Quequezana Gustavo Lorens. Factores asociados al Carcinoma Epidermoide de Cavidad Oral en Pacientes que acudieron al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Carlos Alberto Escobedo Arequipa 2003
- 13) Cuba Flores Julio. Patologías orales malignas en pacientes adultos del Servicio de Cirugía Maxilofacial del departamento de Odontoestomatología del hospital regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013.
- 14) Dra. Sindy Cheesman de Rueda CONCEPTOS BÁSICOS EN INVESTIGACIÓN. Disponible en: <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>.
- 15) Ambrosio Bermejo Fenoll. Enfermedades mucocutáneas y de las glándulas salivales.
- 16) J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y Maxilofacial contemporánea.
- 17) Juan Sebastián López Arranz, Juan Carlos de Vicente Rodríguez, Luis Manuel Juanquera Gutiérrez. Patología quirúrgica maxilofacial.
- 18) Organización Mundial de la Salud. Factores de Riesgo. 2018 disponible en [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
- 19) Sindy Cheesman de Rueda. Conceptos básicos en investigación.2010. <https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/conceptos.pdf>
- 20) Ramón R. Abarca Fernández. Conocimiento. <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/seminariodeintegracion/Tipos%20y%200caracteristicas%20de%20conocimiento.pdf>
- 21) Acuña Molina Gloria Fabiola, Espinoza Casco María José, Fuentes Méndez Dalia Mercedes. Nivel de conocimiento de los estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de medicina de la unan león acerca de cáncer oral y factores a dicho conocimiento, en el periodo septiembre-noviembre. Nicaragua 2012.
- 22) Pulgar Mosquera Lotty Gabriela. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en estudiantes del último ciclo de odontología de una universidad peruana de Lima, en el año 2016.
- 23) Hernani Reinoso, Steward Orathio. Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en odontólogos del cercado de arequipa 2015.

24) Instituto Angel H. Roffo Pautas en oncología. Diagnostico tratamiento y seguimiento del cáncer. 2015

ANEXO N° 1



FILIAL AREQUIPA

003 - 0430723

SOLICITO : Permiso para aplicar encuesta

SEÑOR :

Dr. Walter Portocarrero Salas

Martell  
APELLIDO PATERNO

Perez  
APELLIDO MATERNO

Carmen Yennifer  
NOMBRES

Documento de Identidad: 72364463 Carrera Profesional: Estomatología  
(DNI, L.M Boleta)

Código: 2012139372 Ciclo: Turno:

Teléfono: E-mail: jennifer22-21@hotmail.com

Ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Solicito permiso para aplicar la encuesta elaborada en mi proyecto de tesis en las instalaciones de la Universidad Alas Peruanas del 24 de Noviembre hasta el 10 de diciembre

Agradeciendo anticipadamente su atención, quedo de Usted.



Atentamente,

Arequipa, de Noviembre del 2017.

Adjunto:

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

AREQUIPA: Mza. G. Lote 14 Cooperativa Daniel A. Carrión Arequipa Telf.: (054) 431-051  
LIMA: Av. San Felipe N° 1109 - Jesús María, Lima - Perú. Teléfono: 266-0195, 470-0953 Fax: 470-9838  
Website: <http://www.uap.edu.pe> E-mail: [webmaster@uap.edu.pe](mailto:webmaster@uap.edu.pe)

## ANEXO N° 2

### MODELO DE INSTRUMENTO CUESTIONARIO

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

---

SEXO: M      F

EDAD: -----

SEMESTRE : VIII

IX

X

1 ¿Ha observado alguna vez una lesión cancerosa en la cavidad bucal?

- a. Si, en muchas oportunidades observe una lesión cancerosa en la cavidad bucal.
- b. Si, una sola vez observe una lesión cancerosa en la cavidad bucal.
- c. No se diferenciar entre una lesión común o una lesión cancerosa
- d. No, nunca observe una lesión cancerosa en la cavidad bucal.
- e. No sé, qué es una lesión cancerosa en la cavidad bucal.

2 ¿Cuál es el tipo de Cáncer Oral más frecuente?

- a. Carcinoma oral de células escamosas o epidermoide.
- b. Carcinoma verrucoso.
- c. Carcinoma de células fusiformes.
- d. Melanoma.
- e. Adenocarcinoma, carcinoma mucoepidermoide.

3 ¿Cuál es la edad promedio en la cual se presenta el Cáncer Oral?

- a. 0-20 años
- b. 21-30 años
- c. 40-60 años
- d. 61-80 años
- e. 80 a más años

4 ¿Qué género tiene más predisposición por el Cáncer Oral?

- a. Masculino
- b. Femenino

5 ¿Cuáles son los factores de riesgo del Cáncer Oral?

- a. Tabaquismo, Alcoholismo, Cafeísmo, Irritantes térmicos, Exposición al sol.
- b. Tabaquismo, Alcoholismo, Prótesis mal ajustadas, Irritantes térmicos, Exposición al sol.
- c. Alcoholismo, Prótesis mal ajustadas, Irritantes térmicos, Exposición al sol, infecciones recurrentes, uso de acrílico.
- d. Tabaquismo, Alcoholismo, Irritantes térmicos, Exposición al sol, prótesis mal ajustadas, dientes con caries de bordes filosos.
- e. Ninguna de las anteriores

6 ¿Indique usted cuales son los factores preventivos del Cáncer Oral?

- a. Autocuidado, Visitas al estomatólogo, Dieta antioxidante y medicamentos.
- b. Medicamentos, Exámenes, rx constantes, autocuidado
- c. Visitas al estomatólogo, Dieta antioxidante, proteínas, lípidos, carbohidratos
- d. Autocuidado, Visitas al estomatólogo, Dieta antioxidante
- e. Ninguna de las anteriores

7 ¿En qué horas la radiación es más intensa y dañina para la población arequipeña?

- a. 10am-12m
- b. 11am-3pm
- c. 12m-3pm
- d. 8am -10am
- e. 8am- 12m

8 ¿Existe predisposición genética para el Cáncer Oral?

- a. Si, la predisposición genética siempre conlleva a desarrollar cáncer
- b. Si, por que el cáncer oral se desarrolla por factores etiológicos diversos (genética, tabaquismo etc.).

- c. No, hay otros factores etiológicos.
- d. Es de menos importancia la genética para el Cáncer Oral.
- e. Ninguna de las anteriores.

9 ¿Qué virus se asocia al Cáncer Oral?

- a. Papiloma virus, virus Epstein Bar.
- b. Herpes simple tipo I
- c. Herpes simple tipo II
- d. Papiloma virus
- e. VIH

10. ¿Una lesión precancerosa puede ser reversible?

- a. Si, en un estadio inicial.
- b. Si, pero no es detectada en todos los casos.
- c. No, debido a que empezó a desarrollarse.
- d. No, porque el cambio genético ya se dió y no hay forma de detener el proceso patológico.
- e. No, porque ya es cáncer.

11 ¿Cuál podría ser un signo de advertencia de una lesión cancerosa?

- a. Pigmentaciones melánicas en mucosa, úlcera crónica,
- b. Úlceras crónica y Eritroplasia.
- c. Saburra constante, úlceras crónicas, tártaro en exceso
- d. Gránulos de fordyce, melanosis en encías
- e. Ninguna de las anteriores

12 ¿La lesión cancerosa presenta sintomatología?

- a. Si, siempre presenta sintomatología
- b. Si, pero es de poca intensidad, dolor espontaneo
- c. No, es asintomático.
- d. No, pero puede haber dolor de vez en cuando.

e. La sintomatología depende de la lesión cancerosa si es que llego a comprometer el V o VII par craneal.

13 ¿La lesión cancerosa es proliferativa?

- a. Si, siempre es proliferativa.
- b. Si, cuando está en una etapa inicial.
- c. No es proliferativa.
- d. No, a menos que este en su etapa final
- e. Ninguna de las anteriores.

14 ¿Cuál es la localización más frecuente del Cáncer Oral?

- a. Piso de boca
- b. Labios
- c. Lengua
- d. Arearetromolar
- e. Paladar blando

15 ¿Cree que la profundidad de la lesión cancerosa importa en el pronóstico del Cáncer Oral?

- a. Sí, porque es más difícil de tratar.
- b. Sí, porque el tratamiento es más invasivo y la calidad de vida del paciente se deteriora.
- c. No importa el tamaño de la lesión.
- d. No el tratamiento es el mismo.
- e. Ninguna de las anteriores.

16 ¿La higiene oral influye en la carcinogénesis?

- a. Sí, es la base fundamental del Cáncer Oral
- b. Sí, pero solo es un factor de riesgo mas no determina que se origine el Cáncer Oral
- c. No, la higiene oral no es un factor que predisponga el Cáncer Oral
- d. No, la higiene oral no influye en el Cáncer Oral
- e. Ninguna de las anteriores.

17 ¿La dieta influye en el desarrollo del Cáncer Oral?

- a. Sí, porque uno de los factores preventivos es la dieta con antioxidantes.
- b. Sí, es para tener calidad de vida.
- c. No, la dieta termina siendo lo menos importante
- d. No, los alimentos no evitan que haya Cáncer Oral.
- e. Ninguna de las anteriores.

18. Si usted en su consultorio se le presenta un paciente con una úlcera crónica o eritroplasia ¿Cuál sería su conducta por seguir?

- a. Realizar un examen clínico minucioso, tinción con azul de Toluidina, pedir una biopsia y con los resultados solicitar interconsulta con Oncología.
- B Realizar un examen clínico minucioso, eliminar factores etiológicos locales, control a los 15 días y si persiste biopsia.
- c. No sabría que procedimiento realizar.
- d. Le daría indicaciones de la prevención del cáncer oral.
- e. Interconsulta a la especialidad de Oncología.

19 ¿Los antecedentes sistémicos en el Cáncer Oral están asociados?

- a. No, no tiene relación alguna con el Cáncer Oral.
- b. No, porque son distintas patologías.
- c. Sí, siempre están asociados.
- d. Sí, puede estar relacionado o empeorar el pronóstico.
- e. Ninguna de las anteriores.

20. ¿Considera usted importante dar charlas de prevención del Cáncer Oral en instituciones educativas, hospitales, pueblos alejados etc.?

- a. Sí, es importante, pero dar charlas no ayuda mucho.
- b. Sí, es muy importante y deberíamos de dar charlas de prevención del Cáncer Oral.
- c. No es importante.
- d. No deberíamos dar charlas porque de eso se debe encargarse el estado mediante los hospitales.

e. No tengo en conocimiento necesario para dar charlas de prevención del Cáncer Oral.

Respuesta:

1.A	6.D	11.B	16.B
2.A	7.B	12.E	17.A
3.C	8.B	13.A	18.B
4.B	9.A	14.A	19.D
5.D	10.A	15.B	20.B

Puntaje:

Bajo	: De 0 a 10
Regular	: De 11 a 13
Bueno	: De 14 a 17
Muy bueno	: De 18 a 20

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
ESCUELA DE ESTOMATOLOGIA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

MADANI RAFAEL JORGE LUIS  
HOSPITAL N.° 729 III. D. F.  
CUESTIONARIO  
CARMEN YENNIER MARTEL PEREZ

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE							MINIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE						
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100					
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado																X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos																X		
3. ACTUALIZACION	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.																	X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																	X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.																X		
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.																X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.																	X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los items.																X		







INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICION

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DE EXPERTO
- 1.2. INSTITUCION DONDE LABORA
- 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACION
- 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO

*LEIVA MOUTOYA, VICTOR RAUL*  
*UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS*  
*CUESTIONARIO*  
*CARMEN MARTELLE PEREZ*

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICACIONES	INACEPTABLE							MINIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE					
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100				
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado													X				
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos													X				
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X				
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.																	X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X				
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													X				
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X				
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problema, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los items.													X				



**ANEXO N° 4****VALIDEZ DE CONTENIDO  
JUICIO DE EXPERTOS**

<b>Preguntas</b>	<b>V de Aiken</b>
Pregunta 1	0.945
Pregunta 2	0.980
Pregunta 3	0.908
Pregunta 4	0.955
Pregunta 5	0.967
Pregunta 6	0.985
Pregunta 7	0.975
Pregunta 8	0.940
Pregunta 9	0.930
Pregunta 10	0.927
Pregunta 11	0.955
Pregunta 12	0.950
Pregunta 13	0.975
Pregunta 14	0.945
Pregunta 15	0.945
Pregunta 16	0.955
Pregunta 17	0.955
Pregunta 18	0.925
Pregunta 19	0.915
Pregunta 20	0.965
<b>GLOBAL</b>	<b>0.955</b>

**ANEXO N°5****MATRIZ DE DATOS:**

<b>N°</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Ciclo</b>	<b>Conocimiento</b>
1	1	25	10	5
2	2	27	10	10
3	2	24	10	6
4	2	26	10	6
5	2	22	10	7
6	1	24	10	7
7	1	23	10	8
8	2	23	10	9
9	2	23	10	9
10	2	26	10	13
11	2	23	10	12
12	2	25	10	11
13	2	23	10	9
14	2	25	10	11
15	1	28	10	8
16	2	25	10	5
17	1	24	10	9
18	2	26	10	8
19	2	26	10	6
20	2	25	10	9
21	2	23	10	11
22	2	23	10	10
23	1	24	10	9
24	2	23	10	1
25	2	26	10	7
26	1	24	10	6
27	1	30	10	5
28	1	25	10	3
29	2	26	10	7
30	2	24	10	12
31	2	23	10	7
32	1	26	10	8
33	1	24	10	6
34	1	25	10	7
35	2	28	10	6
36	1	28	10	10
37	1	24	10	14
38	2	24	10	15
39	2	23	10	17
40	2	25	10	6

41	2	25	10	7
42	1	27	10	5
43	2	25	10	17
44	2	26	10	4
45	2	24	10	11
46	1	27	10	10
47	2	23	9	5
48	2	22	9	4
49	1	26	9	7
50	2	21	9	11
51	1	24	9	10
52	2	29	9	10
53	1	30	9	11
54	2	23	9	10
55	2	24	9	9
56	2	22	9	10
57	2	22	9	5
58	2	22	9	10
59	1	23	9	8
60	2	21	9	11
61	2	28	9	9
62	1	32	9	7
63	2	29	9	4
64	2	23	9	12
65	2	28	9	9
66	2	21	9	12
67	1	24	9	5
68	2	24	9	12
69	2	23	9	5
70	2	22	9	10
71	2	29	9	3
72	2	23	9	4
73	1	30	9	11
74	2	22	9	6
75	1	25	9	7
76	2	24	9	8
77	1	27	9	4
78	1	23	9	10
79	2	28	9	5
80	1	37	9	4
81	1	23	9	12
82	1	22	9	11
83	2	33	9	10
84	2	31	9	9
85	2	25	9	12

86	2	22	9	9
87	2	23	9	8
88	2	22	9	11
89	2	23	9	10
90	2	24	9	7
91	2	25	9	8
92	2	26	9	9
93	1	23	9	10
94	2	22	9	11
95	1	27	9	8
96	1	22	8	11
97	2	23	8	10
98	2	27	8	5
99	2	23	8	12
100	2	25	8	7
101	2	24	8	9
102	2	21	8	10
103	2	39	8	8
104	2	25	8	11
105	1	26	8	4
106	1	23	8	10
107	2	27	8	9
108	1	23	8	6
109	2	25	8	10
110	2	23	8	11
111	2	25	8	10
112	1	22	8	10
113	2	29	8	7
114	2	25	8	3
115	2	23	8	7
116	1	21	8	14
117	2	25	8	10
118	1	28	8	5
119	2	20	8	11
120	2	29	8	4
121	2	23	8	10
122	2	24	8	7
123	2	27	8	7
124	2	21	8	11
125	2	27	8	10
126	2	22	8	11
127	2	25	8	8
128	2	24	8	9
129	2	27	8	2
130	1	28	8	3

131	2	37	8	7
132	2	31	8	7
133	2	22	8	11
134	2	25	8	10
135	2	23	8	9
136	2	26	8	8
137	2	25	8	9
138	2	29	8	12
139	2	23	8	11
140	2	22	8	11
141	2	21	8	13
142	2	20	8	10
143	2	27	8	10
144	2	2	8	13
146	2	23	8	14
147	2	20	8	9