



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontólogo.

Tema.

Factores de riesgo del cáncer bucal, en población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo de la República del Ecuador, en el periodo febrero de 2014 hasta abril de 2015.

Autores.

Bruce Gonzalo Hurtado Soto.

Bernardo Paúl Párraga Solórzano.

Directora de tesis.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza MSC.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República De Ecuador.

2015

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza certifica que la tesis de investigación titulada: Factores de riesgo del cáncer bucal, en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo de la República del Ecuador, en el periodo febrero 2014 hasta abril del 2015. Este trabajo es original de los estudiantes Bruce Gonzalo Hurtado Soto y Bernardo Párraga Solórzano, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza MsC.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema.

Factores de riesgo del cáncer bucal, en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo de la República del Ecuador, en el periodo febrero 2014 hasta abril del 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal.

Dra. Lucia Galarza Santana.

Miembro de tribunal.

Dra. Marioneya Izaguirre Bordelois.

Miembro de tribunal.

Dr. Jorge Mendoza Robles.

Miembro de tribunal.

Dra. Nataly Barreiro Mendoza.

Directora de tesis.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo titulado: Factores de riesgo del cáncer bucal, en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo de la República del Ecuador, en el periodo febrero 2014 hasta abril del 2015, pertenece exclusivamente a los autores. Además, cedo mi derecho de autoría de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Autores.

Bruce Gonzalo Hurtado Soto.

Bernardo Paúl Párraga Solórzano

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a mis padres Lcdo. Bernardo Milito Párraga Macías y Lcda. Magaly Aracely Solórzano Romero por ser los pilares mi vida y porque han hecho de mi un hombre de bien.

Al grupo Investigación de Patología Bucal: a la Dra. Nataly Barreiro Mendoza, mi directora; a la Dra. Amarilis Martin Moya por esa ayuda y paciencia que me acompañaron durante la realización de mi trabajo; al Dr. Vicente Prieto, porque Profesores como él hay pocos, siempre nos motivó a ser mejores.

Bernardo Párraga S.

AGRADECIMIENTO

Mis agradecimientos van dirigidos a Dios, a mis padres, el Sr. Hipolito Gonzalo Hurtado Hurtado y la Sra. Constanza Efigenia Soto Ludeña porque quisieron siempre algo mejor para mí, a mis hijos Zeus y Leao Hurtado Borrero porque me inspiran día a día y a mi esposa María Juliana Borrero porque sin su ayuda no hubiera logrado este trabajo.

Y como no agradecer al equipo Investigación de Patología Bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, conformado la Dra. Nataly Barreiro Mendoza, mi directora de tesis, por su gran paciencia y brindarme su ayuda mucho antes de su designación como directora de tesis; a la Dra. Amarilis Martin Moya que ha sido fundamental para la realización de mi trabajo. Al Dr. Vicente Prieto por enseñanzas y consejos para ser mejores cada día.

Y no puedo pasar por alto la colaboración de los compañeros estudiantes de esta Universidad que aun no teniendo ningún vínculo con el equipo de patología nos brido su ayuda incondicional para realizar el trabajo de campo. Mil gracias compañeros.

Bruce Hurtado S

DEDICATORIA.

Sin duda alguna este trabajo está dedicado a nuestro Dios por haberme bendecido cada día de mi vida y permitirme cumplir con este trabajo, por ser mi fortaleza porque cuando dije “ya no puedo” Él me levantó y me dio un respiro de vida para seguir luchando por mi sueño.

A mis padres que siempre confiaron en mí dándome su apoyo incondicional en todo momento, gracias, este logro es de ustedes.

A mis hijos porque son el motor de mi vida y como no a mi esposa por su paciencia y amor, sin ustedes no tuviera hoy este logro en mis manos.

Bruce Hurtado S.

DEDICATORIA.

Primeramente se lo dedico a Dios porque sin Èl no lo lograríamos. A mis padres Lcdo. Bernardo Milito Párraga Macías y Lcda. Magaly Aracely Solórzano Romero por ser mi inspiración y mi mayor motivación para poder sacar mi profesión adelante, por ser los mejores y acompañarme siempre. A mi tío Lcdo. Héctor Hermenegildo Parrara Macías y a todos los que confiaron en mí.

Bernardo Párraga S.

RESUMEN.

Es un crecimiento anormal de las células de la mucosa oral y puede asentarse en 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. Aunque la herencia también es un factor de riesgo, ciertos estilos de vida y condiciones de salud pueden aumentar la posibilidad de que una persona desarrolle la enfermedad pero no necesariamente estos factores pueden causarla.

El resultado de la investigación ayudará a mejorar la calidad de vida la población mayor de quince años de la parroquia Crucita por medio del acceso a la información, como diagnosticar si presenta alguna patología y el mejoramiento en los niveles de atención tanto médica como odontológica.

Palabras clave: cáncer bucal, factores de riesgo.

ABSTRAC.

It is an abnormal growth of cells of the oral mucosa and can settle in the lips, tongue, floor of the mouth, salivary glands, the lining of the inside of the cheeks (mucosal inside of the cheek (bucal mucosa), the gums or the palate. Although inheritance is also a risk factor, certain styles of life and health conditions may increase the likelihood that a person will develop the disease but not necessarily these factors can cause it.

The result of the research will help to improve the quality of life the population more than fifteen years of the parish Crucita by means of access to information, how to diagnose if you have any disease and the improvement in the levels of care both medical and dental.

Keywords: oral cancer, risk factors.

ÍNDICE.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	II
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
DEDICATORIA.....	VII
DEDICATORIA.....	VIII
RESUMEN.	IX
ABSTRAC.....	X
ÍNDICE.....	XI
INTRODUCCIÓN.	XVII
CAPÍTULO I.....	1
1. Problematización.	1
1.1. Tema de la investigación.....	1
1.2. Formulación del problema.	1
1.3. Planteamiento del problema.....	1
1.4. Preguntas de investigación.	2
1.5. Delimitación de la investigación.	2
1.5.1 Delimitación espacial.	2
1.5.2 Delimitación temporal.....	2
1.6. Justificación.....	3

1.7. Objetivos.....	5
1.7.1. Objetivo general.	5
1.7.2. Objetivo específico.	5
CAPÍTULO II.....	6
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	6
2.1. El cáncer.....	6
2.1.1. Tipos de cáncer.	7
2.2. Cáncer bucal.....	7
2.3. Factores de riesgo que pueden provocar cáncer bucal.....	10
2.3.1. Consumo de tabaco.	11
2.3.2. Consumo de alcohol.....	12
2.3.3. Tabaco + alcohol.....	13
2.3.4. Dieta.....	14
2.3.5. Radiación.....	16
2.3.6. Edad.....	16
2.3.7. Infecciones por el Virus Papiloma Humano (VPH).....	17
2.3.8. Uso de prótesis.....	19
2.4. Porcentaje de mortalidad en pacientes con cáncer, según el factor al que se encuentren sometidos.....	20
2.5. Unidad de observación y análisis.....	21
2.6. Variables.....	21
2.7. Matriz de operacionalización de las variables.....	21
CAPÍTULO III.....	22
3. Marco metodológico.....	22
3.1. Modalidad de la investigación.....	22

3.2. Tipo de investigación.	22
3.3. Métodos.	22
3.4. Técnicas.	22
3.5. Instrumentos.	23
3.6. Recursos.	23
3.6.1. Recursos humanos.	23
3.6.2. Materiales.	23
3.6.3. Recursos Tecnológicos.	24
3.6.4. Recursos económicos.	24
3.7. Población y muestra.	24
3.7.1. Población.	24
3.7.2. Muestra.	24
3.8. Recolección de la información.	25
3.9. Procesamiento de la información.	25
3.10. Ética.	25
CAPÍTULO IV.	26
4. Análisis e Interpretación de los Resultados.	26
Grafico N. 1.	26
Distribución de la edad según encuestados.	26
Análisis e interpretación.	26
Gráfico N° 2.	27
Distribución del sexo según encuestados.	27
Gráfico N°3.	28
Distribución de ocupación según encuestados.	28

Gráfico N° 4.....	29
Distribución del nivel escolar según encuestados.	29
Gráfico N° 5.....	31
Distribución del uso de prótesis dental según encuestados.	31
Gráfico N°6.....	32
Distribución del consumo de vegetales según encuestados.....	32
Gráfico N° 7.....	33
Distribución de fumadores según encuestados.....	33
Gráfico N° 9.....	36
Distribución de lesiones en boca según encuestados.	36
Gráfico N° 10.....	37
Distribución de familiares con cáncer según encuestados.....	37
Gráfico N° 11.....	38
Distribución del Conocimiento del programa de prevención del cancer bucal según encuestados.....	38
Gráfico N° 12.....	39
Distribución de exposición solar según encuestados.....	39
Gráfico N° 13.....	40
Prevalencia de los factores de riesgo del cáncer bucal (tasa por cada 100 encuestados).	40
Gráfico N° 14.....	41
Prevalencia del conocimiento de la existencia del cáncer bucal (tasa por cada 100 encuestados).	41

Gráfico N° 15.....	42
Factores de riesgo relacionados a los grupos etarios.....	42
CAPÍTULO V.	46
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	46
5.1. Conclusiones.....	46
5.2. Recomendaciones.....	47
CAPÍTULO VI.	48
6. Propuesta Alternativa.....	48
6.1. Tema de la propuesta.....	48
6.2. Periodo de ejecución.....	48
6.3. Descripción de los beneficiarios.....	48
6.4. Clasificación.....	48
6.5. Localización.....	48
6.6. Justificación.....	49
6.7. Marco institucional.....	49
6.8. Objetivo.....	49
6.9. Descripción de la propuesta:.....	50
6.10. Diseño metodológico.....	50
6.11. Presupuesto.....	50
6.12. Sostenibilidad.....	50
ANEXOS.....	51
Anexo 1.....	51

Anexo 2.....	52
Anexo 3.....	54
Anexo 4.....	56
Anexo 5.....	57
Bibliografías.	

INTRODUCCIÓN.

Consultando la información publicada en la revista cubana¹ (2014) podemos conocer que:

El cáncer se define como un crecimiento incontrolado de células anormales, que pueden invadir y destruir tejidos sanos. Constituye una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo, incluye: las lesiones malignas del labio, la cavidad bucal y la bucofaringe; es más frecuente en hombres, con mayor incidencia después de los 40 años, sin distinción de área geográfica.

El cáncer bucal puede ser detectado precozmente, si la población se educa para identificar algunos signos y síntomas tempranos de la enfermedad, porque la cavidad bucal resulta una de las regiones del organismo que puede ser examinada directamente y la bucofaringe es rica en manifestaciones de lesiones iniciales, entonces la atención médica será más efectiva. (párr. 4 y 5).

Consultando la información publicada en la revista portales medico² (2015) podemos conocer que:

El cáncer bucal ocupa un lugar entre las 10 principales localizaciones del cáncer en la anatomía; y es la malignidad más común en hombres y la tercera en mujeres de la India. Brasil tiene la tasa de incidencia más alta de América Latina ocupando el tercer lugar en el hombre con 8.5% con respecto a las otras localizaciones y en la mujer el 2.3%, igualmente la incidencia del cáncer de boca o cáncer oral en España es de aproximadamente 6 a 13 casos por 100.000 hombres / año y de 1 a 2 casos por 100.000 mujeres / año. (párr. 6).

La investigación consta de dos partes: la parte teórica que es la parte bibliográfica en la cual se usó libros, revistas científicas, páginas web para la elaboración del contenido del marco conceptual. La parte práctica, que es la investigación de campo la cual se realizó mediante la ficha que brindaron los datos para alcanzar los objetivos trazados.

¹Pérez, Clara et al. (2014). Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol43_01_14/mil07114.htm

²Mejía, Maricel et al. (2015). Conocimientos sobre el autoexamen de la cavidad bucal. [En línea]. Consultado: [31, enero, 2015] Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/conocimientos-sobre-el-autoexamen-bucal/>

CAPÍTULO I

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Factores de riesgo del cáncer bucal en la población mayores de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, en el periodo febrero 2014 hasta abril del 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuáles factores de riesgo del cáncer bucal están presentes en la población mayor de 15 años del cantón Portoviejo de la parroquia Crucita?

1.3. Planteamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud³ (2014)

Refiere que el cáncer es un grupo de enfermedades que afecta a cualquier parte del cuerpo, su característica principal es la multiplicación anormal de las células pudiendo causar metástasis. El 30% de muertes por cáncer se debe a factores de riesgo tanto conductuales como alimenticios.

África, Asia, América Central y Sudamérica suman el 60% de nuevos casos de cáncer en el año y el 70 % de muertes por esta razón, además se prevé que los casos anuales aumentarán de 14 millones en el 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas.

Quintana, Fernández & Laborde⁴ (2004) mencionan que:

Se tienen evidencias de que el cáncer ocurre principalmente como consecuencia de las condiciones de vida. Los agentes carcinogénicos que las personas respiran, ingieren y otros, a los que se exponen por largo tiempo, determinan en gran medida la ocurrencia de esta enfermedad. De aquí que la modificación del estilo de vida representa un elemento esencial en la

³Organización Mundial de la Salud. (2014, febrero). Cáncer. Extraído el 21 de marzo del 2014 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

⁴Quintana, J. Fernández, M. & Laborde, R. (2004, sep-dic) Factores de riesgo de lesiones premaligna y maligna bucales. *Revista cubana de estomatología*. Recuperado el 27 de febrero del 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007

prevención del cáncer; se considera que el 30 % de los cánceres son prevenibles a partir del control del hábito de fumar. (párr. 3-5).

En la Parroquia Crucita del Cantón Portoviejo de la República del Ecuador no se conoce de investigaciones que aporten información acerca del cáncer oral y mucho menos de los factores que lo puedan causar, siendo este un problema, pues al no conocer del tema las personas no toman medidas preventivas, aumentando así el riesgo de padecer esta enfermedad.

1.4. Preguntas de investigación.

¿Factores de riesgo están presentes en la población mayor a quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo. Odontológico.

Área. Patología bucal

Aspecto. Factores de riesgo del cáncer bucal.

1.5.1 Delimitación espacial.

El estudio se efectuará con los habitantes mayores de 15 años de la Parroquia Crucita del cantón Portoviejo de la República del Ecuador.

1.5.2 Delimitación temporal.

Se ejecutará desde 15 de abril del 2014 al 15 de abril del 2015.

1.6. Justificación.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos⁵ (INEC, 2011) “en el Ecuador el porcentaje de tumores malignos de labio, cavidad bucal y faringe en mujeres es de 0.7% y en hombres 1.4%.”

La incidencia del cáncer oral está relacionada con la exposición a factores de riesgo. El desconocimiento de los inconvenientes que trae estar expuesto a factores de riesgo que causan el cáncer bucal; la ausencia de un plan de prevención contra estos factores y la presencia de ciertas patologías en la cavidad oral; han sido motivación para realizar un trabajo investigativo acerca de este tema, en el que se pretende establecer cuáles son los factores de riesgo al que están expuestos los habitantes de la parroquia Crucita del Cantón Portoviejo.

Cabe resaltar esta enfermedad mortal, condena a vivir largos periodos de sufrimiento a quienes la padecen y a sus familiares al ver la agonía y en muchos casos la muerte de sus seres queridos. Estos episodios dolorosos de la vida pueden ser evitados en un gran porcentaje cambiando los hábitos de vida, pues en estos radica gran prevalencia de la enfermedad.

Es importante la ejecución de este proyecto ya que al reconocer los factores de riesgo que predominan en esta zona se podrá evitar el inicio del proceso cancerígeno en las células y aumentar así las posibilidades de no padecer enfermedades de este tipo. Además se busca interesar a las autoridades que velan

⁵ INEC, (2011). Cáncer. Extraído el 30 de marzo de 2014 desde [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/infocancer%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/infocancer%20(1).pdf)

por la salud pública de nuestro país para que promocionen y promueva una campaña de educación, prevención y detección en contra del cáncer bucal, logrando así el descubrimiento precoz del cáncer oral y al mismo tiempo aumentar el nivel de salud bucal en la población, con la finalidad de que disminuyan los porcentajes de morbilidad y mortalidad por el cáncer bucal.

La población mayor a quince años de la Parroquia Crucita serán los beneficiarios directos y los beneficiarios indirectos, la población menor y sus descendientes ya que al ser educada la población adulta podrán transferir estos conocimientos a las nuevas generaciones y al mismo tiempo prepararlos para que estos lleven una mejor calidad de vida.

El desarrollo de esta investigación permitirá la intervención de la población mayor a quince años del cantón crucita que se bautizarán en los causantes y guías en el desarrollo de la prevención de los factores de riesgos que causan cáncer bucal.

Para la realización de este trabajo se cuenta con la colaboración del departamento de Investigación Patológica de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo y sus especialistas y un grupo de estudiantes egresados de la Facultad de Odontología que seremos los autores de las tesis. Por lo antes expuesto se demuestra la factibilidad del desarrollo de este proyecto. El aporte de los resultados de esta investigación contribuye a evitar la posible presencia de células cancerosas y ayudar a prevenirlas constituyéndose en punto de partida para otros estudios.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Identificar los factores de riesgo del cáncer bucal en población mayor de 15 años de la Parroquia “Crucita” del cantón Portoviejo.

1.7.2. Objetivo específico.

Determinar los factores de riesgo del cáncer bucal más prevalentes en población mayor de 15 años en de la Parroquia “Crucita” del cantón Portoviejo.

Determinar si la población mayor a 15 años de la parroquia Crucita tiene conocimientos acerca del cáncer bucal.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. El cáncer.

Gil ⁶(2010) expresa que:

El cáncer es el resultado de la proliferación no controlada de un grupo de células que, posteriormente y como estrategia de supervivencia, adquieren cierta capacidad invasiva que les permite migrar y colonizar otros tejidos y órganos. El origen de estos episodios proliferativos es conocido como oncogénesis y se divide en tres etapas principales denominadas: iniciación, promoción, y progresión. A lo largo de estas tres etapas se producen diversas aberraciones cromosómicas y alteraciones genéticas, que dan lugar a una lesión tisular que crece exponencialmente con respecto al tiempo, hasta alcanzar un volumen tal, que la tasa de crecimiento es estabilizada. (p. 564).

Cartes ⁷ (2009) afirma:

Cáncer proviene del latín “Cancrum” y significa “cangrejo”, probablemente porque el Cáncer se adhiere de una manera obstinada a los tejidos corporales tal cual como un cangrejo marino. Es una Enfermedad multifactorial cuya característica morfológica principal es el crecimiento no controlado de células anormales, que además tienen la capacidad de dispersarse a través de la sangre y linfa a otras partes del cuerpo, puede afectar a personas de todas las edades, pero el riesgo para los tipos más comunes se incrementan con la edad. (párr. 1).

Chiozza ⁸ (2010) expresa:

La palabra *cáncer* tiene una intensa connotación afectiva, porque en general evoca la idea de una enfermedad que produce mucho sufrimiento y que constituye una sentencia de muerte en un plazo más o menos breve. Es cierto que la ciencia médica está en condiciones de afirmar que no siempre es ese el desenlace obligado, y que hay cánceres muy diferentes, muchos de los cuales “se curan”, pero también es cierto que la estadística comprueba que una de cada tres personas, un 33% de la población humana, se enferma de cáncer; y una de cada cuatro, un 25%, muere como consecuencia de esa enfermedad. Esto equivale a afirmar que, a pesar de los avances de la medicina, el cáncer

⁶ Gil, A. (2010). Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica. (2º ed.) España. Médica Panamericana, S.A. disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=R3xHftuSHp4C&pg=PT596&dq=nutricion+y+cancer&hl=es&a=X&ei=qOf1VJrSJHUGwTDp4P4DQ&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=nutricion%20y%20cancer&f=false>

⁷ Cartes, D. (2009). Comparación de la prevalencia de cáncer oral en Chile con la prevalencia de cáncer oral en la Fundación López Pérez. Extraído el 15 de marzo de 2014 desde <http://etesis.unab.cl/xmlui/handle/tesis/328>

⁸ Chiozza, L. (2010). *Cáncer: ¿por qué a mí, por qué ahora?* [En línea] Consultado [16, marzo,2014] Disponible en: http://www.funchiozza.com/downloads/cancer_porqueamiporqueahora.pdf

“mata” todavía a tres de cada cuatro enfermos que lo padecen, es decir, a un 75%. (p. 18).

2.1.1. Tipos de cáncer.

2.2. **Cáncer bucal.**

Cuenca & Baca⁹ (2013) exponen en su trabajo que:

Epidemiológicamente el cáncer oral se caracteriza porque: 1) afecta mas a personas mayores; 2) su distribución es dispar según razas y etnias en el mundo entero; 3) suele haber un cierto retraso entre su aparición clínica y su diagnóstico de certeza, y 4) tiene una elevada mortalidad con una supervivencia a 5 años inferior al 50%. (p. 56).

Chimenos & López¹⁰ (2010) menciona en su obra que “el termino cáncer oral engloba a todas las neoformaciones que afectan a las estructuras anatómicas de la cavidad oral” (p.143).

Lopez, Diniz, Otero, Peñamaria & Blanco¹¹(2013) afirman que “El cáncer oral constituye un grave problema sanitario en muchos países. No solo genera una mortalidad significativa, sino que también provoca desfiguración extensa, perdida de funcionalidad, cambios conductuales y problemas económicos y sociológicos” (p. 73).

⁹ Cuenca, E. & Baca, E. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. (4º ed.) Barcelona, España. Elsevier España, S.L. disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=LyIIVqN0hDEC&pg=PT71&dq=alcohol+y+su+relaci%C3%B3n+con+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=FIH1VLLXLY2BgwTlyoPwAQ&ved=0CDUQ6AEwBTgK#v=onepage&q=alcohol%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20cancer%20bucal&f=false>

¹⁰ Chimenos, E. & López, J. (2010) Esquemas de Medicina Bucal. Recuperado el 27 de febrero desde <https://books.google.com.ec/books?id=IhYppeYSbAYC&printsec=frontcover&dq=Esquemas+de+medicina+bucal&hl=es&sa=X&ei=arfwVNiKKIH9ggS8poHQAg&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Esquemas%20de%20medicina%20bucal&f=false>

¹¹ Lopez, M. Diniz, M. Otero, E. Peñamaria, M. Blanco A. (2013) factores de riesgo y prevención de cáncer oral. Extraído el 28 de febrebo del 2015 desde <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf>

Andraka¹² (2011) explica que “Este cáncer es uno de los padecimientos más agresivos por los índices de mortalidad que produce, así como por las secuelas del tratamiento” (p.30).

García y Bascones¹³ (2008) refieren que

las neoplasias pueden ser benignas cuando estas son descubiertas en estadios tempranos, es decir cuando no han invadido otros tejidos del cuerpo, o malignas cuando esta ya se han dispersado en otros tejidos. Pudiendo entender entonces como cáncer oral a las neoplasias que se sitúan en los labios y comisuras, mejillas, suelo bucal, lengua móvil, paladar duro e istmo de las fauces.

Todos los años se diagnostican alrededor de 575.000 nuevos casos en el mundo siendo América del Sur una de las situaciones geográficas con mayor incidencia. Los porcentajes frecuentes están por el 90% en pacientes mayores de 40 años, lo cual podría estar asociado a las infecciones por VPH y el 50% en pacientes mayores de 65 años.

Pérez & García¹⁴ (2011) enuncia:

Las neoplasias malignas de la cavidad oral constituyen aproximadamente el 3% del total de las neoplasias malignas. Cuando hablamos de cáncer oral nos referimos generalmente al carcinoma oral de células escamosas (COCE), la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral. Constituye aproximadamente el 90% de todas las neoplasias malignas que aparecen en la cavidad oral. (p 09).

American Cancer Society¹⁵ (2014):

El cáncer más común de células escamosas se llama *carcinoma in situ*, en este caso las células cancerígenas se encuentran solo en el epitelio. En cambio en el

¹² Andraka, P. (2011). Trampas al Cigarrillo. Estados Unidos de América. Palibrio. disponible en https://books.google.com.ec/books?id=skKWrwPLGnwC&pg=PA30&dq=tabaco+y+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=DUz1VLCaH8SZgwSu_ICoCA&ved=0CB8Q6AEwATgK#v=onepage&q=tabaco%20y%20el%20cancer%20bucal&f=false

¹³ García, V. & Bascones, M. (2008) Cáncer oral: Puesto al día. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original1.pdf>

¹⁴ Pérez, S. y García, A. (2011). *Tendencias actuales del cáncer oral*. [En línea]. Consultado: [16, marzo, 2014] Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=IAIqPn1zMOUC&pg=PA9&dq=tendencias+actuales+del+cancer+bucal&hl=es-419&sa=X&ei=XzIIU8TIIJaGN0AGe44D4BA&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=tendencias%20actuales%20del%20cancer%20bucal&f=false>

¹⁵ American Cancer Society (2014, Diciembre 2). Cáncer de orofaringe y de cavidad oral. Extraído el 15 de marzo de 2014 desde <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acspc-029106-pdf.pdf>

carcinoma invasivo de células escamosas, las células se expanden hacia las capas más profundas de la cavidad oral y orofaringe dando como resultado un carcinoma de células escamosas y que en algunos casos puede propagarse a otras partes del cuerpo. El carcinoma *in situ* es de lento desarrollo y su esparcimiento al tejido adyacente es poco frecuente aunque si no es tratado puede producir áreas con cáncer de células escamosas y son estas las que si pueden propagarse a otras partes del organismo.

Las glándulas salivares menores también son afectadas por las células cancerígenas que llegan a provocar carcinoma adenoide quístico, el carcinoma mucoepidermoide y el adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

American Cancer Society (2014)¹⁶ expone: “Las amígdalas y la base de la lengua tienen tejido (linfoide) del sistema inmunológico, donde se pueden originar los cánceres llamados linfomas” (sección Linfomas. párr. 1).

Rocha¹⁷ (2009) expresa en su trabajo que:

Cabe resaltar que los tumores malignos en cavidad oral son los más agresivos entre los tumores de cabeza y cuello, e incluso respecto de otras regiones del cuerpo; ejemplo de ello es el porcentaje paradójico de curación entre el cáncer de cuello uterino que es muy alto versus el de lengua que es muy bajo aun cuando es más fácil detectar este último. (21). (sección Texto completo párr. 12).

Chimenos et al.¹⁸ (2010) explican que:

La presentación clínica más frecuente del carcinoma escamoso es la aparición de una lesión ulcerovegetante infiltrativa, de bordes redondos y elevados, contorno irregular, superficie rugosa, base indurada a la palpación y con tendencia al sangrado espontaneo o al roce.

En estadios iniciales se presenta como una pequeña ulcera indolora, acompañada en ocasiones de áreas blancas.

Pueden aparecer otras manifestaciones clínicas según la localización de la lesión primaria y su estadio evolutivo:

¹⁶ American Cancer Society (2014, Diciembre 2).Cáncer de orofaringe y de cavidad oral. Extraído el 15 de marzo de 2014 desde <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acspc-029106-pdf.pdf>

¹⁷ Rocha, A. (2009). Cáncer Oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*. Recuperado el 2 de marzo del 2015 desde http://go.galegroup.com/ps/retrieve.do?sgHitCountType=None&sort=DA-SORT&inPS=true&prodId=GPS&userGroupName=uleam_cons&tabID=T002&searchId=R3&resultListType=RESULT_LIST&contentSegment=&searchType=BasicSearchForm¤tPosition=8&contentSet=GALE%7CA228662409&&docId=GALE|A228662409&docType=GALE&role=IFME

¹⁸ Chimenos, E. & López, J. (2010) Esquemas de Medicina Bucal. Recuperado el 27 de febrero desde <https://books.google.com.ec/books?id=IhYppeYSbAYC&printsec=frontcover&dq=Esquemas+de+medicina+bucal&hl=es&sa=X&ei=arfwVNiKKIH9ggS8poHOAg&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Esquemas%20de%20medicina%20bucal&f=false>

Dificultad para la deglución.
Dificultad para el habla.
Trismos (dificultad para abrir la boca).
Dolores irradiados, hipoestésias o disestésias .
Movilidad o pérdida dentaria.
Presencias de adenopatías cervicales metastásicas. (p. 143).

Suárez, Gil-Carcedo, Marco, Medina, Ortega & Trinidad¹⁹ (2007) afirman que

El cáncer de labio, considerado como aquel originado en el bermellón y mucosa labial aunque posteriormente se extienda a la piel, es la neoplasia más frecuente de la cavidad oral y la segunda en cabeza y cuello después del cáncer de piel. Representa el 12% de todos los cánceres no cutáneos de cabeza y cuello y entre el 25 al 30% de los de la cavidad oral. (p. 3271).

Silvestre & Plaza²⁰ (2007) expresan que:

El papel del dentista en el cáncer de cabeza y cuello es fundamental, tanto en las fases previas al tratamiento como en los periodos postratamientos. Deberá participar activamente en la detección y diagnóstico de la lesión precancerosa o cancerosa; además, desempeñará un papel importante en la fase de mantenimiento, aplicando los cuidados necesarios ante las lesiones que aparezcan en la boca por el tratamiento realizado, así como en la rehabilitación oral de los pacientes operados irradiados o tratados con quimioterapia. (p. 231).

2.3. Factores de riesgo que pueden provocar cáncer bucal.

Quintana, Fernández y Laborde²¹ (2004) expresan:

¹⁹ Suárez, C. Gil-Carcedo, L. Marco, J. Medina, J. Ortega, P. Trinidad, J. (2007). *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. [En línea]. Consultado: [20 marzo, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=7VL4NF_jMGoC&printsec=frontcover&dq=Tratado+de+Otorrinolaringolog%C3%ADa+y+Cirug%C3%ADa+de+Cabeza+y+Cuello,+Volume+4&hl=es-419&sa=X&ei=YHsqU868EIrF0QG_74HIAw&ved=0CCsQ6wEwAA#v=onepage&q=Tratado%20de%20Otorrinolaringolog%C3%ADa%20y%20Cirug%C3%ADa%20de%20Cabeza%20y%20Cuello%20%20Volume%204&f=false

²⁰ Silvestre, F & Plaza, A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Extraído el 03 de marzo del 2015 desde <https://books.google.com.ec/books?id=hzY7qIw3-RoC&pg=PA231&dq=edad+y+c%C3%A1ncer+oral&hl=es&sa=X&ei=ez32VJiqLYqYNt-qgfgC&ved=0CEAQ6AEwBw#v=onepage&q=edad%20y%20c%C3%A1ncer%20oral&f=false>

²¹ Quintana, Fernández y Laborde (2004) Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. *Rev Cubana Estomato*. Vol.41. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007

Se tienen evidencias de que el cáncer ocurre principalmente como consecuencia de las condiciones de vida. Los agentes carcinogénicos que las personas respiran, ingieren y otros, a los que se exponen por largo tiempo, determinan en gran medida la ocurrencia de esta enfermedad. (párr.5).

Suárez et. al²² (2007), afirman que:

En los carcinomas orofaríngeos se ha implicado el abuso de tabaco (pipa y puros), tabaco masticado, alcohol, síndrome de Plummer-Vinson, irritación crónica por dentaduras mal ajustadas o dientes astillados, infecciones orales o dentales crónicas y anemia de Fanconi. (p. 3229).

2.3.1. Consumo de tabaco.

Santana²³ (2002) opina que:

El tabaco –descubierto en Cuba en noviembre de 1492, por dos marineros de la primera expedición de Cristóbal Colón– al que los aborígenes le llamaban cohíba, fue introducido en España y el resto de Europa a partir del segundo viaje del descubridor y, posteriormente, extendido a todo el mundo. (p. 35).

Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo²⁴ (2008) mencionan que:

El tabaquismo origina daño epitelial difuso en cabeza, cuello, esófago y pulmones. Las personas curadas de cánceres escamosos de pulmón, esófago, cabeza y cuello tienen el peligro incluso de 5% por año de presentar un segundo cáncer de la zona alta de las vías mencionadas. (Sección 1, Enfermedades neoplásicas. Cap.78, Prevención y diagnóstico del cáncer. Párr. 3).

Revisando el trabajo de Colgate²⁵ (2014) se sabe que:

²² Suárez, C. Gil-Carcedo, L. Marco, J. Medina, J. Ortega, P. Trinidad, J. (2007). *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. [En línea]. Consultado: [20 marzo, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=7VL4NF_jMGoC&printsec=frontcover&dq=Tratado+de+Otorrinolaringolog%C3%ADa+y+Cirug%C3%ADa+de+Cabeza+y+Cuello,+Volume+4&hl=es-419&sa=X&ei=YHsqU868EIrF0QG_74HIAw&ved=0CCsQ6wEwAA#v=onepage&q=Tratado%20de%20Otorrinolaringolog%C3%ADa%20y%20Cirug%C3%ADa%20de%20Cabeza%20y%20Cuello%20%20Volume%204&f=false

²³ Santana, J. C. (2002) Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Ciencia Médicas.

²⁴ Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. (2008) *Harrison Medicina Interna*

Fumar cigarrillos, pipa o cigarros aumenta considerablemente las posibilidades de desarrollar cáncer de laringe, garganta y esófago. Como la mayoría de las personas no conoce o ignora los primeros síntomas, el cáncer bucal se disemina antes de su detección.

Masticación de tabaco: los usuarios crónicos de tabaco sin humo tienen 50 veces más riesgos de desarrollar cáncer bucal que los demás. (Colgate, 2014, ¿Cómo prevenir el cáncer bucal? párr. 3).

Santana²⁶ (2002) expresa que:

En un estudio retrospectivo de 1 080 pacientes con carcinoma de la lengua, se encontró que el 91 % eran fumadores, lo cual resultó significativo en relación con el grupo control.⁴

Urbiso, Santana y cols en un estudio de la mucosa bucal de pacientes fumadores y no fumadores, fallecidos por diversas causas, encontraron que las alteraciones principales en los fumadores fueron: hiperqueratosis, paraqueratosis, vacuolización celular y un aumento marcado del grosor epitelial; hallazgos éstos que estaban ausentes en los no fumadores.

En una investigación sobre las características del hábito de fumar, realizada por *Santana y Miranda*, “en 216 pacientes con carcinoma de la lengua se encontró que 206 (95,4 %) fumaban tabaco (cigarros, puros o cigarrillos) que al compararlo con el grupo control (sólo fumaba el 47,4 %) se demostró una diferencia significativa”. (p.35)

2.3.2. Consumo de alcohol.

En un trabajo del Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos nacionales de Salud de EE.UU (2013)²⁷ publican que:

El consumo de alcohol es un factor principal de riesgo de algunos cánceres de cabeza y cuello, en especial de los cánceres de la cavidad oral (sin incluir los labios), de faringe (garganta) y de laringe (4). Las personas que consumen 50 gramos de alcohol o más al día (aproximadamente 3,5 bebidas o más al día) tienen al menos un riesgo dos o tres veces mayor de padecer estos cánceres que quienes no beben (4). Más aún, los riesgos de estos cánceres son substancialmente mayores en personas que consumen esta cantidad de alcohol y también usan tabaco (5).

²⁵ Colgate. (2014). Cáncer bucal: signos y síntomas. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://www.colgate.cl/app/Colgate/CL/OC/Information/OralHealthBasics/MedCondOralHealth/CancerOralHealth/OralCancerSignsSymptoms.evsp>

²⁶ Santana, J. C. (2002) Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Ciencia Médicas.

²⁷ Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos nacionales de Salud de EE.UU. (2013) El alcohol y el riesgo de Cáncer. Extraído el 07 de abril desde <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/alcohol-cancer>

Continuando con el trabajo antes citado del Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos nacionales de Salud de EE.UU (2013)²⁸ se cita que:

Los investigadores han identificado numerosas formas por las que el alcohol podría aumentar el riesgo de cáncer:

El metabolismo (descomposición) del etanol de las bebidas alcohólicas en acetaldehído, el cual es una sustancia química tóxica y probablemente carcinógeno humano; el acetaldehído puede dañar tanto el ADN (el material genético que compone los genes) como las proteínas (ver pregunta 5)

La generación de especies de oxígeno reactivo (moléculas químicamente reactivas que contienen oxígeno), las cuales pueden dañar el ADN, las proteínas y lípidos (grasas) por un proceso que se llama oxidación

El deterioro de la capacidad del cuerpo para disolver y absorber una variedad de nutrientes que pueden estar asociados con el riesgo del cáncer, incluso la vitamina A; nutrientes del complejo B, como el folato; vitamina C; vitamina D; vitamina E; ycarotenoides

Las concentraciones crecientes de estrógeno en la sangre; el estrógeno es una hormonasexual que está relacionada con el riesgo de cáncer de seno.

Las bebidas alcohólicas pueden contener también una variedad de contaminantes cancerígenos que se introducen durante la fermentación y la producción, como son las nitrosaminas, fibras de asbesto, fenoles e hidrocarburos.

2.3.3. Tabaco + alcohol.

Aguas Lanfrenchi, Graveland y Martínez Jimeno²⁹ (citado por Gonzales, 2014)

afirman:

El abuso combinado de tabaco y alcohol puede favorecer la transformación preneoplásica o neoplásica de la mucosa bucal hasta 15 veces superior que en

²⁸ Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos nacionales de Salud de EE.UU. (2013) El alcohol y el riesgo de Cáncer. Extraído el 07 de abril desde <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/alcohol-cancer>

²⁹ Gonzales, F. (2014) Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal. Extraído el 27 de febrero, 2015 desde <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>

una persona que adolecen de estos hábitos y aumenta el riesgo de desarrollar lesiones en la mucosa bucal hasta en un 90%.

López et al.³⁰ (2013)

La asociación de tabaco y alcohol está íntimamente relacionada no solo con el desarrollo del cáncer oral, sino también con el curso de la enfermedad y está ligada a un peor pronóstico.²⁶ fumar aumenta la carga de acetaldehído consiguiente al consumo de alcohol, y beber alcohol aumenta la activación de los pro-carcinógenos presentes en el tabaco. El tabaco y el alcohol tienen un efecto carcinogénico sinérgico y estos factores de riesgo a menudo coexisten como estilos de vida.⁵ Se estima que el riesgo de padecer cáncer oral atribuible a la combinación de alcohol y tabaco es el del 80%. (p. 5).

Gallegos³¹ (2006) publica que:

La intoxicación alcohol-tabaco es sinérgica en la génesis del carcinoma epidermoide de las VAD: incrementa 50% el riesgo en comparación con la intoxicación alcohol-tabaco. El riesgo de un no bebedor que fuma 40 cigarrillos al día se multiplica por 2.5, al igual que un bebedor excesivo que no fuma; sin embargo, en un fumador y bebedor el riesgo relativo se incrementa a 16.2 (p.289).

2.3.4. Dieta.

Gil³² (2010) explica que “Se estima que los factores dietéticos representan el 30% entre las causas de cáncer en países industrializados. Como causa que pueda prevenirse se sitúa en segundo lugar después del tabaco” (p. 347).

Medina & Martínez mencionan en su obra que “Ciertas deficiencias alimenticias como hierro y vitaminas A, C y E han sido asociadas con cáncer de cavidad oral” (129).

³⁰ Lopez, M. Diniz, M. Otero, E. Peñamaria, M. Blanco A. (2013) factores de riesgo y prevención de cáncer oral. Extraído el 28 de febrero del 2015 desde <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf>

³¹ Gallegos, J. (2006) Cirugía y Cirujanos. El cancer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Vol.74, No.4, julio agosto 2006 recuperado el 03 de marzo del 2015 <https://books.google.com.ec/books?id=KTaBuA7tqOMC&pg=PA289&dq=tabaco+y+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=o0b1VOXNA4ymNtX6gbgC&ved=0CEcQ6AEwCQ#v=onepage&q=tabaco%20y%20el%20cancer%20bucal&f=false>

³² Gil, A.(2010). Tratado de Nutrición: Nutrición Humana en el Estado de Salud. (2° ed.) España. Médica Panamericana S.A.

López et al.³³ (2013) mencionan en su obra que:

Entre los factores de riesgo relacionados con el cáncer oral, se ha visto que la dieta juega un papel muy importante.²⁷ Diversos estudios epidemiológicos han demostrado una relación inversa entre el consumo de frutas y verduras, y el riesgo de padecer cáncer oral. El efecto beneficioso de frutas y verduras se ha atribuido a varios micronutrientes como los flavonoides, otros polifenoles y la fibra.²⁷ Se ha demostrado que la dieta mediterránea está particularmente asociada con un bajo nivel de riesgo de padecer cáncer oral. (p. 28).

Una investigación de Thompson y cols (1999) leída en la publicación de Gil³⁴ (2010) dice que:

El estudio realizado en 1999 por Thompson y cols, que comparó los efectos de una dieta baja en frutas y verduras frente a los efectos de otra dieta con un contenido elevado de estos alimentos, evidenció una reducción significativa del daño en el DNA y de la oxidación lipídica en los individuos alimentados con la segunda de las dietas, lo que se atribuyó al elevado consumo de frutas y verduras. Según esto, se trabaja con la hipótesis de que el deterioro oxidativo celular sobre el DNA pueden producir mutaciones que resultarían en el desarrollo de células cancerígenas. (p.194)

Gil³⁵ (2010) asevera que:

El mecanismo que podría explicar los efectos de las frutas y los vegetales en la prevención del cáncer se basa en que estos alimentos son fuentes de vitaminas y minerales, carotenoides, y otros antioxidantes, así como un gran número de fitoquímicos, como ditiolionas, flavonoides, glucosinalatos y compuestos relacionados. (p. 194).

³³ Lopez, M. Diniz, M. Otero, E. Peñamaria, M. Blanco A. (2013) factores de riesgo y prevención de cáncer oral. Extraído el 28 de febrero del 2015 desde <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf>

³⁴ Gil, A. (2010). Composición y calidad nutritiva de los alimentos. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://books.google.com.ec/books?id=hcwBJ0FNvqYC&pg=PT221&dq=Importancia+de+la+dieta+en+la+prevenci%C3%B3n+del+c%C3%A1ncer+oral&hl=es-419&sa=X&ei=qHYiU-HsO8-30AGqh4CgDQ&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Importancia%20de%20la%20dieta%20en%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer%20oral&f=false>

³⁵ Gil, A. (2010). Composición y calidad nutritiva de los alimentos. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://books.google.com.ec/books?id=hcwBJ0FNvqYC&pg=PT221&dq=Importancia+de+la+dieta+en+la+prevenci%C3%B3n+del+c%C3%A1ncer+oral&hl=es-419&sa=X&ei=qHYiU-HsO8-30AGqh4CgDQ&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Importancia%20de%20la%20dieta%20en%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer%20oral&f=false>

Suárez et al.³⁶ (2007) explican que:

La ingesta de frutas frescas, dieta vegetariana, pasta y vitaminas (sobre todo la E) protegen contra esta neoplasia. La hipovitaminosis A crónica debida a la desnutrición y a la hipoproteinemia típica de los pacientes con habito alcohólico-tabáquico favorece la aparición de lesiones crónicas de la mucosa, que contribuyen a verdaderos estados precancerosos. La hipovitaminosis C también podría desempeñar un papel similar al de la vitamina A. (p.3242)

2.3.5. Radiación.

Ceccotti & Sforza³⁷ (2007) manifiestan que:

Sobre la carcinogénesis física se sabe que las radiaciones electromagnéticas, representadas por los rayos X y gamma, las particuladas como las partículas alfa, beta, protones y neutrones y la radiación ultravioleta pueden dañar el DNA celular y llevar a la producción de células iniciadas, que, si no se reparan o eliminan, pueden sufrir efectos promotores que las lleve a constituir un cáncer. (p. 316)

Palma & Sanchez³⁸ (2010) “La luz solar constituye otro de los factores de riesgo a nivel labial, debido a su componente ultravioleta” (p. 193).

2.3.6. Edad.

Navarro³⁹ asegura que “La incidencia de cáncer oral aumenta con la edad en todas partes del mundo. Estados Unidos y Europa, el 98% de los pacientes tiene una edad igual o mayor a 40 años” (p.5.28).

Rivera & Martínez⁴⁰ (2005) explican que “La edad también se considera un factor de riesgo, 90% son diagnosticados en pacientes de más de 45 años, sin embargo ha

³⁶ Suárez,C. Gil-Carcedo, L. Marco,J. Medina, J. Ortega, P. & Trinidad,J. (2007) tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Extraido el 28 de febrero del 2015 desde https://books.google.com.ec/books?id=7VL4NF_jMGoC&pg=PA3242&dq=dieta+cancer+oral&hl=es&sa=X&ei=RHvyVP6JLu20sASh6YKgdQ&ved=0CCQQ6AEwAg#v=onepage&q=dieta%20cancer%20oral&f=false

³⁷ Ceccotti,L. & Sforza, R. (2007). El diagnostico en Clínica Estomatológica. (1ºed.) Buenos Aires, Argentina. Médica Panamericana, S.A. disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=HhxqtPAGQc0C&pg=PA318&dq=edad+y+su+relaci%C3%B3n+con+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=S1n1VNK2BpPrgwSK1IPABg&ved=0CCQQ6AEwAg#v=onepage&q=edad%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20cancer%20bucal&f=false>

³⁸ Palma, A. & Sánchez, F. (2010). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatología. (1º ed.) España. Graficas Rogar. Disponible en https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA193&dq=cancer+bucal+relacionado+a+la+nutricion&hl=es&sa=X&ei=zSPIVNCIOpb_sAT5mYGwBQ&ved=0CC0Q6AEwAg#v=onepage&q=cancer%20bucal%20relacionado%20a%20la%20nutricion&f=false

³⁹ Navarro.C. (2008) Cirugía oral. Madrid, España. Arán ediciones, S.L. dispnibles en

aumentado el número de adultos entre 20 y 30 años que han desarrollado cáncer, especialmente en lengua” (p.556).

Mallo, Rodríguez & Lafuente⁴¹ (2002) afirman que:

De todos los factores que pueden contribuir a la aparición y desarrollo del cáncer, la edad es el que se supone de mayor riesgo epidemiológico. El cáncer oral, como la gran mayoría de los cánceres es una enfermedad relacionada con el envejecimiento y con la vejez^{5*}. Alrededor del 95% de los cánceres ocurren en mayores de 40 años y la edad media de diagnóstico se sitúa en torno a los 60 años y se estima que la mitad de los cánceres ocurren en mayores de 65 años⁶. La etiología del cáncer oral y de las lesiones precancerosas es múltiple. Los factores más comúnmente citados son el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales. La mayoría de ellos tienen un efecto acumulativo en el tiempo, lo que da consistencia al hallazgo epidemiológico de mayores prevalencias de cáncer en las personas de mayor edad, que ha hecho afirmar a muchos autores que la edad es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer, y específicamente del cáncer oral^{6,7*}. (Sección Introducción párr. 3-4).

Ceccotti et al.⁴² (2007) mencionan que “La edad promedio en el momento del diagnóstico es alrededor de los 60 años, con una tendencia actual a la aparición en personas más jóvenes”. (p.318).

2.3.7. Infecciones por el Virus Papiloma Humano (VPH).

International Agency for Research on Cancer⁴³ (2010) aseveran que:

Los virus del papiloma humano son virus de ADN de tejidos específicos que se transmiten fácilmente y tienen una alta prevalencia. El VPH es la infección de transmisión sexual más común. Se estima que aproximadamente 630 millones de personas están infectadas con el VPH en el mundo. (...) Los tipos

⁴⁰ Rivera, P. & Martínez, B. (2005) Morbilidad y Mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. Extraído el 02 de marzo del 2015 desde <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n5/art07.pdf>

⁴¹ Mallo, L. Rodríguez, G. & Lafuente, P. (2002) Lesiones orales precancerosas en los ancianos: Situación en España. Extraído el 02 de marzo del 2015 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2002000300002&script=sci_arttext&tlng=e

⁴² Ceccotti, L. & Sforza, R. (2007). El diagnóstico en Clínica Estomatológica. (1ª ed.) Buenos Aires, Argentina. Médica Panamericana, S.A. disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=HhxqtPAgQc0C&pg=PA318&dq=edad+y+su+relaci%C3%B3n+con+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=S1n1VNK2BpPrgwSK1IPABg&ved=0CCQQ6AEwAg#v=onepage&q=edad%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20cancer%20bucal&f=false>

⁴³ International Agency for Research on Cancer. (2010). Avances en la prevención del cáncer de cuello. Recuperado de http://screening.iarc.fr/doc/RH_outlook_27_2_sp.pdf

uterino: evidencia actualizada sobre la vacunación y la detección

oncogénicos de VPH causan una gran variedad de cánceres ano-genitales y otros cánceres como el cáncer oral. (p. 2).

Lopez et al.⁴⁴ (2013) expresan que:

Se conoce más de 100 tipos de VPH. En la cavidad oral, se han aislado los genotipos VPH-6, 11, 16, 18, 31, 33, y 42. Su prevalencia ha sido confirmada en lesiones benignas y neoplasias mediante diversas técnicas de detección más sensible la PCR.

Se desconoce si la infección por más de un genotipo aumenta el riesgo de malignidad y, en el caso de que lo haga, si ese tumor maligno será más agresivo que el que aparezca tras la infección por un solo genotipo.

Se ha comprobado que los pacientes con la asociación VPH-CCE orofaríngeo tiene mejor pronóstico que los que tienen CCE orofaríngeo VPH-negativo.

Concretamente el cáncer oral, se convierte VPH de alto riesgo de genotipos 16 y 18, ya que se cree que tienen un papel muy importante en la carcinogénesis y la progresión del tumor, predominantemente a través de la acción de dos oncogenes virales (E6 y E7). Se sabe que la principal vía de transmisión es el acto sexual.

(p. 73).

Chabner, Lynch & Longo⁴⁵ (2009) expresan en su obra:

Durante los últimos 10 años, los datos del SEER también indican un incremento notable en la incidencia del cáncer de amígdala en los adultos jóvenes. Este aumento fue atribuido en gran parte a un agente patógeno de reconocimiento reciente, el virus del papiloma humano (VPH). Los datos moleculares sugieren que este virus contribuye al proceso carcinogénico en hasta 40 a 50% de los pacientes con cáncer bucofaríngeo. (594)

En un estudio en pacientes con cáncer de cavidad bucal realizado por La International Agency for Research on Cancer y citado en la obra de Shors⁴⁶ (2009) explica que:

El HPV se detectó en el 4% de las muestras de biopsias de la cavidad bucal y en un 18% de las muestras de biopsia de la orofaríngeo y las amígdalas. El

⁴⁴ Lopez, M. Diniz, M. Otero, E. Peñamaria, M. Blanco A. (2013) factores de riesgo y prevención de cáncer oral. Extraído el 28 de febrero del 2015 desde <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf>

⁴⁵ Chabner, B. Lynch, Thomas. &Longo, D. (2009) *HARRISON Manual de oncología*. México: Quebecor World, S.A de C.V.

⁴⁶ Shors, T. (2010) *Virus: estudio molecular con orientación clínica*. (1º ed.) Argentina, Buenos Aires. Médica Panamericana. Disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=T7Q1CBUIq0cC&pg=PA262&dq=tabaco+y+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=lwr1VM6IE4KnNvKlglgD&ved=0CDUQ6AEwBQ#v=onepage&q=tabaco%20y%20el%20cancer%20bucal&f=false>

DNA del HPV-16 (la cepa que se asocia más frecuentemente con el cáncer de cuello uterino) se encontró en el 95% de las biopsias que fueron positivas para el DNA del HPV por PCR. El DNA del HPV se detectó con menos frecuencia en quienes fumaban o mascaban tabaco y más a menudo en entre los pacientes con cáncer que informaron más de un compañero sexual o que practicaban sexo oral. (p. 262).

2.3.8. Uso de prótesis.

Heredia ⁴⁷(2008) explica que:

El trauma crónico constituye un factor de riesgo físico muy importante en el origen del cáncer en el complejo bucal. La irritación traumática repetida ocurre por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo plazo motiva a la multiplicación anormal de las mismas. (1) Los irritantes traumáticos se manifiestan en los pacientes con las prótesis desajustadas (mal confeccionadas, con reparaciones, exceso de uso o biomecánicamente alteradas), los dientes o restos radiculares con bordes filosos, las obturaciones defectuosas, por el jugueteo con las prótesis, la introducción de objetos en la boca, la masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como la disquinesia lingual, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua. (5, 22, 33, 61, 65). (Sección Los factores de riesgo del cáncer bucal (párr.8).

Alvares, Carrero, Omaña & Florido ⁴⁸ (2012) publican que:

Las prótesis totales son una de las soluciones más frecuentes que ofrece la odontología para devolver la funcionalidad y la estética al paciente edéntulo. Su uso constante constituye una agresión mecánica o fisiológica para el tejido subyacente, donde los efectos de presión, tracción y empujes producidos, suponen un estímulo patógeno que conducen a una irritación tisular (1). Además, se puede provocar una alteración de la microflora oral a nivel de la mucosa, que en ciertos individuos puede inducir el desarrollo de un problema concreto como lo es la Estomatitis Subprotésica (ESP) (2). (Sección Introducción párr. 1).

Alvares et al. ⁴⁹ (2012) publican que:

⁴⁷ Heredia, M. (2008). Manual sobre el uso de una escala de Riesgo para el cáncer bucal. Recuperado el 28 de febrero desde http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2SHUgyWDIVcJ:www.sld.cu/galerias/doc/sitios/ciego-avila/manual_escala_riegos_cancer_bucal.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

⁴⁸ Alvares, R. Carrero, J. Omaña, C. & Florido, R. (2012). Cambios celulares en mucosa palatina con estomatitis subprotésica. Recuperado el 28 de febrero del 2015 desde <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36961/1/articulo2.pdf>

La EPS constituye un factor de riesgo para la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal (1), de allí la importancia de diagnosticar y controlar cualquier alteración celular que pudiera estar presente en mucosa con ESP. La mucosa con ESP sufre modificaciones, variando su gravedad inflamatoria, pudiendo incorporar cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas. (Sección Introducción párr. 4)

Caballero⁵⁰ (1998) afirma:

En relación a los traumatismos mecánicos (prótesis dentales) es fácil observar que la acción constante prolongada y repetida sobre la mucosa bucal, puede provocar alteraciones en la reproducción celular, pue la célula en cada momento teniendo necesidad de activar su código genético reparador, que puede por la constancia, modificarse e iniciar un proceso autónomo de reproducción y multiplicación celular incontrolable. Esto explica el motivo por el cual el traumatismo mecánico puede propiciar la aparición de cáncer. No todo traumatismo mecánico estimula el desarrollo de un tumor maligno. (p. 6)

2.4. Porcentaje de mortalidad en pacientes con cáncer, según el factor al que se encuentren sometidos.

Organización Mundial de la Salud⁵¹ (2008) describe que

los agentes carcinógenos en el entorno laboral: causan al menos 152.000 defunciones por cáncer. El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Fumar tabaco produce cáncer de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago y el consumo de tabaco: causa 1,8 millones de defunciones anuales por cáncer (el 60% de éstas se registran en países de ingresos bajos y medianos). El consumo nocivo de alcohol: causa 351.000 defunciones anuales por cáncer y las infecciones por virus del papiloma humano transmitido por vía sexual: causa 235.000 defunciones anuales por cáncer.

⁴⁹ Alvares,R. Carrero,J. Omaña,C. & Florido, R. (2012). Cambios celulares en mucosa palatina con estomatitis subprotésica. Recuperado el 28 de febrero del 2015 desde <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36961/1/articulo2.pdf>

⁵⁰ Caballero Herrero, C. Bru de sala Oms. (1998) las protesis bucales como causantes carcinoma espinocelular oral. extraído el 25 de noviembre desde <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21813/1/1998013.pdf>

⁵¹ Organización Mundial de la Salud. (2008) ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? Extraído el 18 de marzo de 2014 desde <http://www.who.int/features/qa/15/es/>

2.5. Unidad de observación y análisis.

Pesquisa de la población mayor a 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

2.6. Variables.

2.7. Matriz de operacionalización de las variables.

(anexo1).

CAPÍTULO III.

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

De campo: la investigación se realizó con la población mayor a 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo. Se realizó una encuesta al universo de estudio, en la cual se caracterizaron los factores de riesgo, para la encuesta se empleó un cuestionario confeccionado al efecto el cual incluye variables socio demográfico.

3.2. Tipo de investigación.

Descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

Para obtener los resultados deseados se aplicó un cuestionario y el examen clínico correspondiente que permitió identificar como se caracterizaron los factores de riesgo del cáncer bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

3.4. Técnicas.

Cuestionario: dirigido a los pacientes mayores de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo. (Ver anexo 2)

Examen clínico: permitió establecer la condición que presenta la cavidad bucal en los pacientes mayores de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo. (Ver anexo 3)

3.5. Instrumentos.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario formado en el cual se exploraron variables generales sociodemográficas y aquellas que dependían de los factores de riesgo de cáncer bucal.

Previamente a su aplicación, el cuestionario será validado en forma y contenido.

3.6. Recursos.

3.6.1. Recursos humanos.

Investigador.

Tutores de la tesis.

Población mayor a quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

3.6.2. Materiales.

Material de oficina

Textos

Depresores de lengua.

Guantes.

Mascarillas.

Fotocopias.

3.6.3. Recursos Tecnológicos.

Cámara fotográfica digital

Internet

Computador

Pen drive

Scanner

3.6.4. Recursos económicos.

La realización de la investigación tuvo un costo de \$657.80 americanos que fueron capitalizados por los investigadores.

3.7. Población y muestra.

3.7.1. Población.

Para esta investigación se efectuó un pesquisaje dirigido a la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

3.7.2. Muestra.

La muestra asignada fue de 300 personas mayores de 15 años, sin aleatorizarse, de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo que participen

voluntariamente cuando se esté realizando el pesquise de pacientes para esta investigación, de los cuales se trabajó con un 94% (282) de pacientes.

A todas las personas que se incluyeron en este trabajo de investigación se les aplicó el consentimiento informado, para ello se les notificó en qué consistía dicha investigación y el compromiso de mantener la información que ellos suministren de manera incógnita y con fines científicos.

3.8. Recolección de la información.

La información fue recopilada a través de un cuestionario y del examen clínico que se realizó a los pacientes mayores de 15 años de la Parroquia Crucita del Cantón Portoviejo.

3.9. Procesamiento de la información.

Todo el procesamiento se ejecutó mediante el programa estadístico SPSS 10.0 y los resultados se expresaron mediante tablas y gráficos estadísticos realizados en Microsoft Excel.

3.10. Ética.

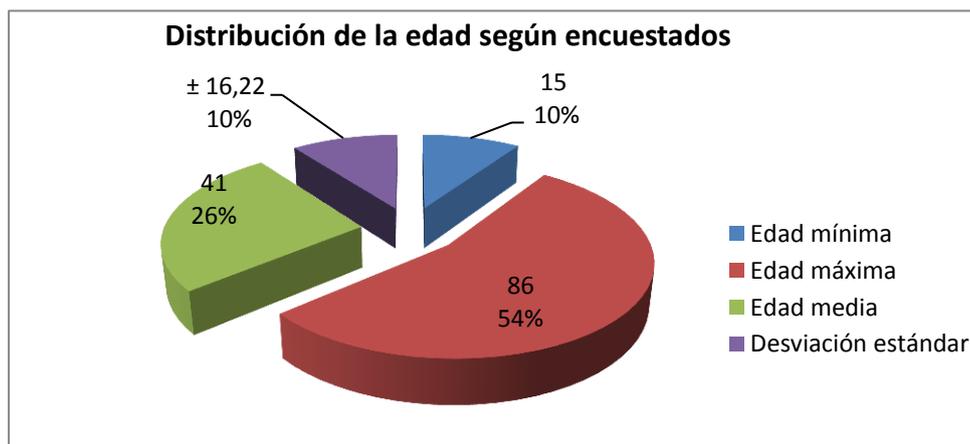
A todos los familiares y pacientes incluidos en la investigación, se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito de los que resultaron seleccionados o en su efecto con la aprobación de personas responsabilizadas con estos, para lo cual se confeccionó una planilla de consentimiento informado. **(Ver en anexos 4)**

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

Grafico N. 1.

Distribución de la edad según encuestados.



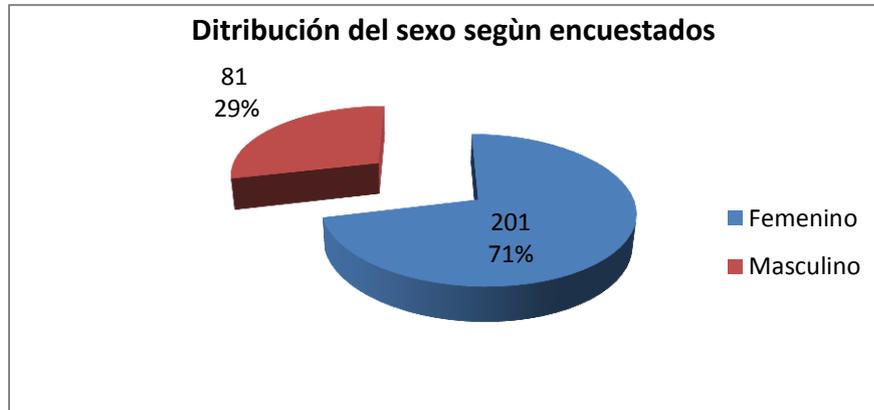
*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

Análisis e interpretación.

Para identificar los factores de riesgos del cáncer bucal se desplegó un estudio exploratorio en la Parroquia Crucita del Cantón Portoviejo en el periodo septiembre 2014 – abril 2015 en el cual fueron encuestadas 282 personas en jornadas de trabajo que se desarrollaron durante el avance del estudio. El conjunto de personas estudiadas mostró un valor de edad media de 41 años, una edad mínima de 15 años, una edad máxima de 86 años y una desviación estándar de $\pm 16,22$. Ver gráfico N°1

Gráfico N° 2.

Distribución del sexo según encuestados.



Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

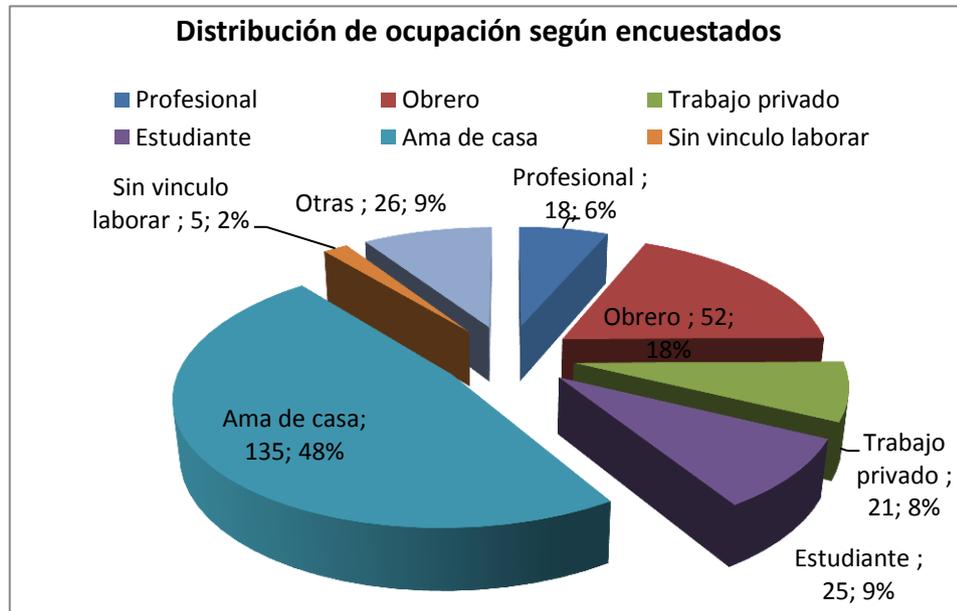
Fuente: realizada por autores de tesis

De acuerdo a estos resultados, el grupo del sexo femenino tuvo una mayor proporción de encuestas con un total de 201 casos y un porcentaje de 71. Mientras que en el grupo perteneciente al sexo masculino se contabilizaron 81 casos correspondientes al 29%. Ver gráfico N° 2

Resultados atribuidos a los días y horarios laborables en las que se ejecutaron las encuestas para el desarrollo de esta tesis.

Gráfico N°3.

Distribución de ocupación según encuestados.



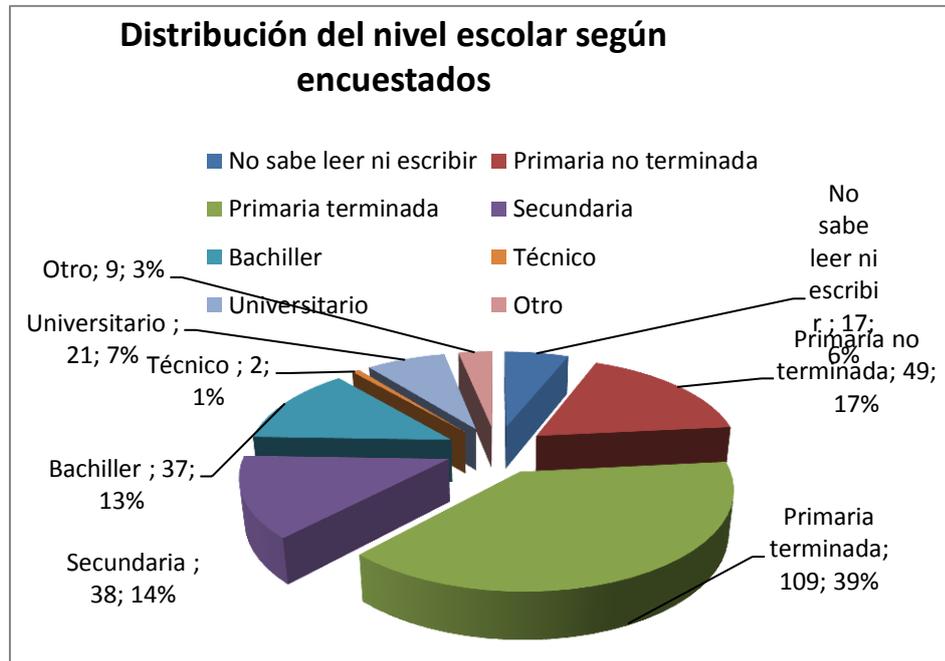
*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

En los resultados arrojados por las encuestas, las amas de casa tuvieron una mayor proporción de encuestas con un total de 135 casos y un 48%, seguida de los obreros con un total de 52 casos y un 18%, y siendo estas las ocupaciones que lideran la lista de la muestra, seguida por los estudiantes con un número de 25 personas y un 9%, de los trabajadores privados se obtuvo un número 21 encuestados que logran el 8%, hubieron 18 profesionales que corresponde al 6%, 5 personas sin vínculo laboral es decir el 2% y los encuestados que se desempeñan en labores distintas a las mencionadas fueron de 26 casos y un 9%.

De las personas que participaron en esta investigación se conoció que el 47,8% (135 casos) son ama de casa y el 52,2% tenían otras profesiones para el total de 282 encuestados.

Gráfico N° 4.

Distribución del nivel escolar según encuestados.



*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

Además se encontró que 38 de los casos (14%) ha asistido a la secundaria y son bachilleres 37 encuestados (13%), en este grupo se conoció también de 2 técnicos (1%), 21 casos de universitarios (7%) y 9 casos (3%) para el grupo designado “otro”.

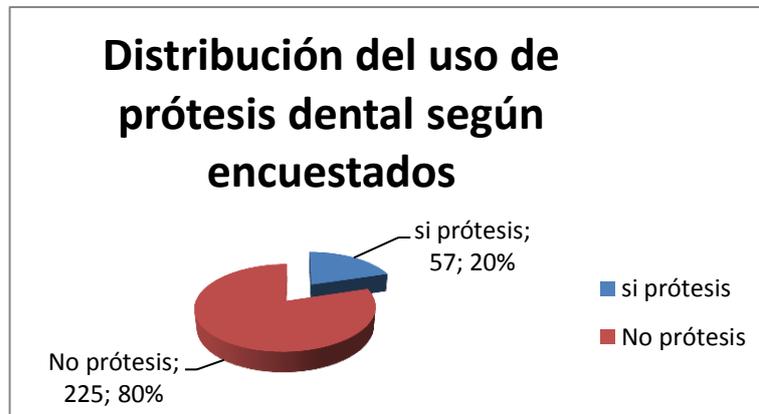
Se conoció que en su mayoría los encuestados solo han terminado la educación primaria con un total del 39% (109 casos) de las personas participantes en esta investigación y 2 casos que tienen una carrera técnica (1%). Mientras que los otros encuestados obtuvieron diferentes niveles escolar que se contabilizaron en los 282 casos.

Ante el gran porcentaje de falta de educación se puede inferir que la población de Crucita no posee mayores conocimientos acerca de los buenos y malos hábitos de vida así también como los beneficios y perjuicios que estos pueden causarle.

De la muestra tomada para esta investigación se conoció que han terminado la primaria 109 casos lo que corresponde al 39%, en 49 de los casos (17%) no ha terminado la primaria y 17 casos (6%) en que los encuestados afirmaron no saber leer ni escribir.

Gráfico N° 5.

Distribución del uso de prótesis dental según encuestados.



*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de edad de la parroquia Crucita del Cantón Portoviejo.
Fuentes: realizada por los autores de esta tesis*

Alvares, Carrero, Omaña & Florido (2012) publican que:

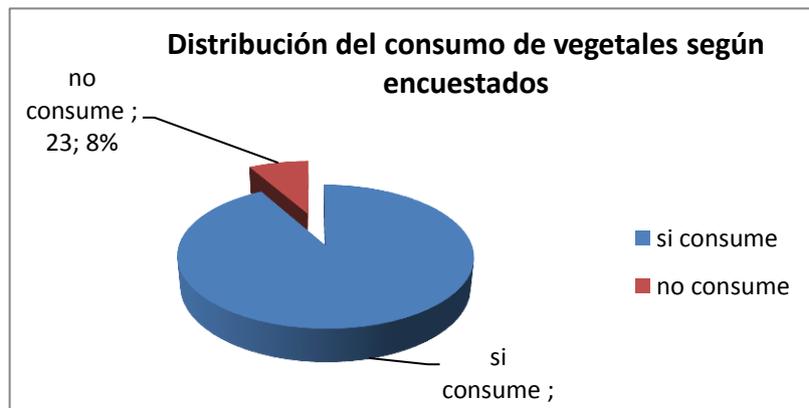
Las prótesis totales son una de las soluciones más frecuentes que ofrece la odontología para devolver la funcionalidad y la estética al paciente edéntulo. Su uso constante constituye una agresión mecánica o fisiológica para el tejido subyacente una agresión mecánica no fisiológica para el tejido subyacente, donde los efectos de presión, tracción y empujes producidos, suponen un estímulo patógeno que conducen a una irritación tisular (1). Además, se puede provocar una alteración de la microflora oral a nivel de la mucosa, que en ciertos individuos puede inducir el desarrollo de un problema concreto como lo es la Estomatitis Subprotésica (ESP) (2). (Sección Introducción párr. 1)

De los pacientes que participaron en esta investigación se conoció que el 22,2% (57 casos) dio una respuesta positiva ante el uso de prótesis dental y el 79,7% obtuvo una respuesta negativa.

En el gráfico sobre las prótesis dentales, se ha obtenido un resultados positivos en 57 de los casos (20%) y respondieron no usar prótesis dentales en 225 (80%) de los casos.

Gráfico N°6.

Distribución del consumo de vegetales según encuestados.



Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: realizada por autores de tesis

Se encontró que la mayor parte de la población encuestada consume vegetales. De los 282 casos el 92 % afirmaron consumir vegetales en su dieta diaria y apenas el 8 % no incluye vegetales en su dieta.

Gil (2010) explica que “Se estima que los factores dietéticos representan el 30% entre las causas de cáncer en países industrializados. Como causa que pueda prevenirse se sitúa en segundo lugar después del tabaco” (p. 347).

López et al. (2013) mencionan en su obra que:

Entre los factores de riesgo relacionados con el cáncer oral, se ha visto que la dieta juega un papel muy importante.²⁷ Diversos estudios epidemiológicos han demostrado una relación inversa entre el consumo de frutas y verduras, y el riesgo de padecer cáncer oral. El efecto beneficioso de frutas y verduras se ha atribuido a varios micronutrientes como los flavonoides, otros polifenoles y la fibra.²⁷ Se ha demostrado que la dieta mediterránea está particularmente asociada con un bajo nivel de riesgo de padecer cáncer oral.²⁸

Gráfico N° 7.

Distribución de fumadores según encuestados.



*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

Dentro de las variables a buscar se encontró que el hábito de fumar fue positivo en 10 casos (4%).

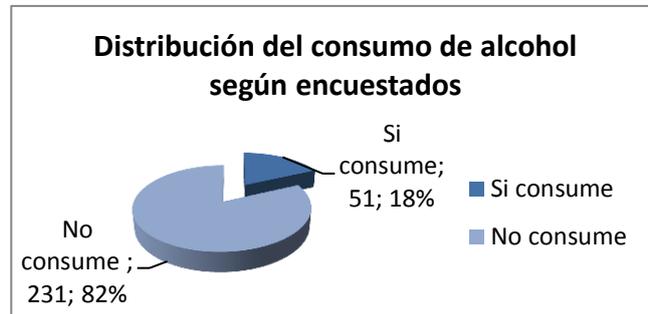
Lo que respondieron si solo 10 casos (4%). Según los resultados de esta encuesta se conoció que la mayoría de personas que fueron partícipes no fuman con el 96% (272 casos).

El hábito de fumar de las personas encuestadas se encontró como se muestra en el Gráfico 8.

Este resultado nos muestra que la población mayor a quince años de la parroquia Crucita no tiene porcentajes altos de fumadores, por lo que este factor de riesgo no sería el más importante de esta población. Estos resultados son atribuidos a las limitaciones del estudio.

Gráfico N°8

Distribución del consumo de alcohol según encuestados



*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

Al igual que la pregunta anterior, está destinada a conocer si las personas tomadas como muestra para esta tesis tienen o no el hábito de ingerir alcohol.

Como resultado se obtuvo un porcentaje mayor de personas que no ingieren alcohol con un total de 231 casos (82%) y 51 casos (18%) de afirmaron consumir alcohol.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2013) “INEC. Según un reciente estudio hecho por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), 912.575 ecuatorianos de 12 años en adelante dijeron que consumen alcohol, eso representa el 5,7 por ciento de la población del país” (párr.3) .

Varios autores coinciden en que el consumo de alcohol aumenta las probabilidades de padecer cáncer, por lo que los pacientes que mostraron una respuesta positiva al consumo de alcohol se encuentran más vulnerables a padecer esta enfermedad que los que no consumen alcohol.

“Los estudios mostraron que el consumo de alcohol se relaciona con un riesgo más alto de los siguientes tipos de cáncer: Cáncer de la cavidad oral.(...)” (Instituto Nacional del cáncer ,2014,sección de Alcohol)

Gráfico N° 9.

Distribución de lesiones en boca según encuestados.



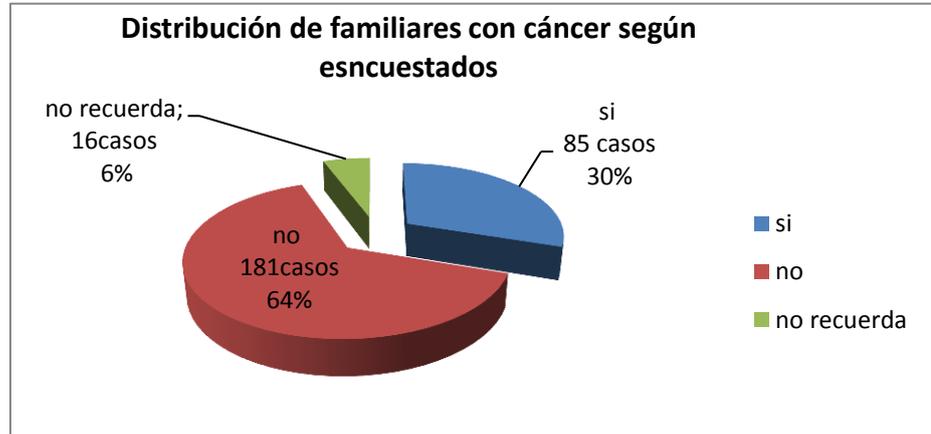
Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: realizada por autores de tesis

Otra de las cosas que se quiso conocer de la población tomada como muestra fue acerca que las lesiones en boca, para lo que se realizaron tres grupos. El grupo que no presento lesiones en boca fue el más numeroso con un total 215 casos (76%), seguida de las personas que si han presentado lesiones alguna vez con un numero de 64 casos (23%) y hubieron 3 personas que no recuerdan haber tenido algún tipo de lesión n su cavidad oral. Ver Gráfico N° 9.

Gráfico N° 10.

Distribución de familiares con cáncer según encuestados.

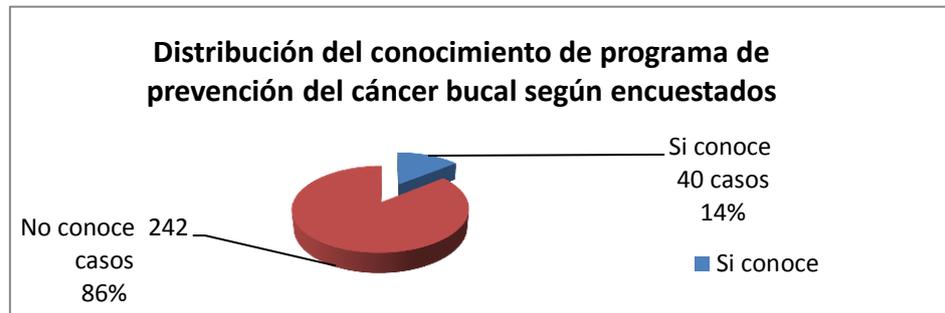


*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

Para conocer acerca de la existencia de antecedentes de cáncer en los familiares de los encuestados se les preguntó si tiene familiares con cáncer obteniendo una respuesta positiva en 85 casos (30%), un total de 181 casos que no poseen antecedentes de cáncer en sus familias y hubo además 16 casos que no recuerdan tener familiares con cáncer. Ver Gráfico N° 10.

Gráfico N° 11.

Distribución del Conocimiento del programa de prevención del cáncer bucal según encuestados.

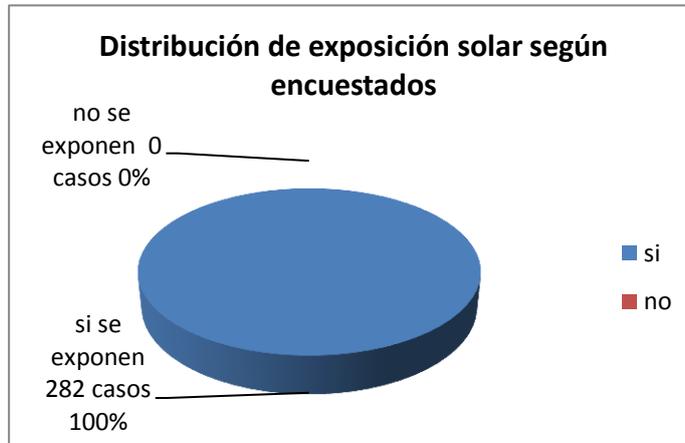


*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

Además se quiso conocer si los encuestados tiene conocimientos de acerca de la existencia de un programa destinado a la prevención del cáncer bucal, a lo que solo el 14% (40 casos) afirmó conocer de este programa de prevención mientras que el 86% (242 casos) no conoce de estos programas preventivos.

Gráfico N° 12.

Distribución de exposición solar según encuestados.



*Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis*

Población al ser una zona costera ubicada cerca del mar se cuenta con una exposición solar de un 100%.

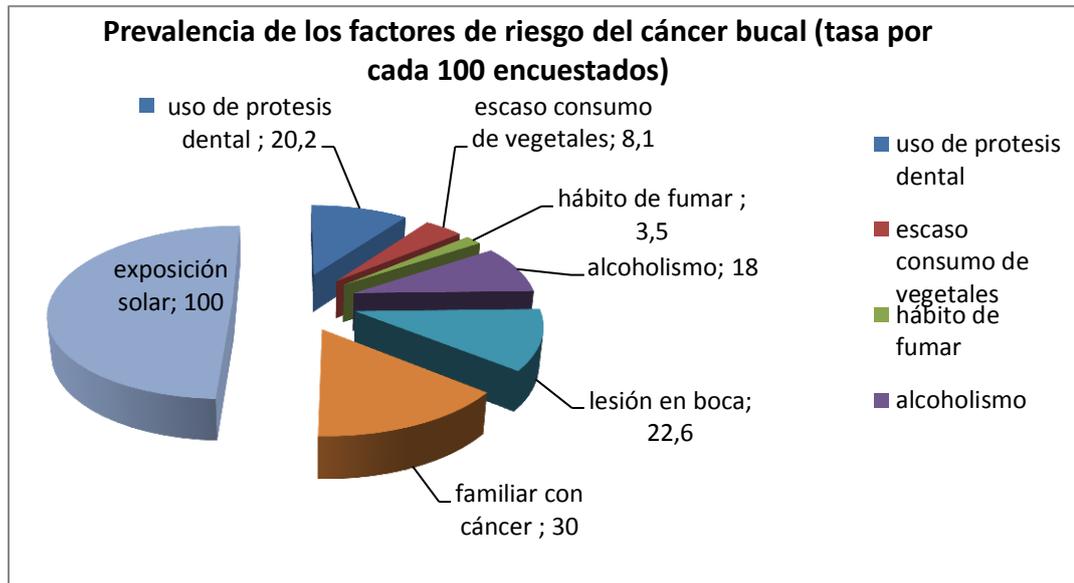
Palma & Sánchez (2010)“La luz solar constituye otro de los factores de riesgo a nivel labial, debido a su componente ultravioleta” (p. 193).

American Cancer Society (2014)

La luz del sol es la principal fuente de luz ultravioleta (UV) para la mayoría de las personas. El cáncer de labios es más común en las personas que trabajan al aire libre, donde están expuestas a la luz solar por mucho tiempo. (Sección de Luz ultravioleta (UV) párr. 1)

Gráfico N° 13.

Prevalencia de los factores de riesgo del cáncer bucal (tasa por cada 100 encuestados).



Para conocer la prevalencia de los factores de riesgo que pueden provocar el cáncer bucal en esta población se han tomado como referencia los datos antes mencionados y se los ha calculado en tasa por cada 100 habitantes. El factor de mayor prevalencia al que se encuentra expuestos los habitantes de la Parroquia Crucita es la exposición solar (100), seguido del factor familiares con cáncer (30) y continuándose con lesión en boca (22,6), uso de prótesis dental (20,2), consumo de alcohol (18), escaso consumo de vegetales (8,1) y quedando como factor de menor prevalencia el hábito de fumar (3,5)

Doncel, Méndez, Betancourt, Castillo (2014):

En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo del cáncer bucal, el 62,6 % (288 encuestados) no conocía los factores de riesgo del cáncer bucal, el 34,8 % (160 pacientes) reconoció el tabaquismo como su principal riesgo, el 4,3 % al alcoholismo, el 3,5 % a los factores irritantes y el 0,7 % a la dieta escasa en frutas y vegetales. (Sección de Resultados párr. 2)

Gráfico N° 14.

Prevalencia del conocimiento de la existencia del cáncer bucal (tasa por cada 100 encuestados).



Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Fuente: realizada por autores de tesis

Además de conocer la prevalencia de los factores de riesgo que pueden causar el cáncer oral también se quiso saber la prevalencia del conocimiento de la existencia de cáncer oral, de lo que se obtuvo como resultado la prevalencia del desconocimiento de esta enfermedad.

Los encuestados en su mayoría contestaron con una respuesta negativa ante la pregunta acerca de conocer la existencia del cáncer bucal.

Dijeron no conocer de esta enfermedad el 77% (216 casos) mientras que el 23% (66 casos) afirmaron conocer la existencia del cáncer bucal contabilizando un total de 282 casos.

Gráfico N° 15.

Factores de riesgo relacionados a los grupos etarios.

Factor de riesgo	Grupo de edad													
	15 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 54		55 a 64		65 a 74		75 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No consumo de veg.	6	11.3	4	6.9	5	7.5	2	5.0	4	10.0	1	6.3	1	12.5
Fumar	0	0	1	1.7	3	4.5	3	7.5	2	5.0	0	0	1	12.5
Beber alcohol	9	17.0	11	19.0	17	25.4	9	22.5	4	10.0	0	0	1	12.5
Exp. solar peligrosa	5	9.4	7	12.1	12	17.9	8	20.0	5	12.5	2	12.5	2	25.0
Familiares con cáncer	7	13.2	15	25.9	22	32.8	11	27.5	15	37.5	3	18.8	0	0
Uso de prótesis	0	0	3	5.2	17	25.4	11	27.5	17	42.5	7	43.8	2	25.0

Nota: encuesta aplicada a la población mayor de quince años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.
Fuente: realizada por autores de tesis

Para describir los factores de riesgo relacionados a los grupos de etarios se dividió al total de los encuestados en rangos de edades: de 15 a 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años, 55 a 64 años, de 64 a 74 y de 75 y más años.

El escaso consumo de vegetales es un factor de riesgo que mencionaremos en este trabajo es el escaso consumo de vegetales: en el grupo de 15 a 24 años seis (11.3%) de los encuestados no consume vegetales, en el rango de 25 a 34 años 4 (6.9%) personas dijeron no consumir vegetales. En el grupo de 35 a 44 años se conoció que 5 (7.5%) encuestados no consumen vegetales, entre las edades de 45 a 54 años son 2 (5,0%) las personas que dijeron no consumir vegetales, el grupo formado por las edades de 55 a 64 años fueron cuatro las personas que negaron el consumo de vegetales. Los encuestados en el rango de edad de 65 a 74 años solo 1 (6,3%) dijo que los vegetales no están en su alimentación y en el grupo formado por los encuestados de 75 años y

más el resultado coincidió con el anterior. Ante estos resultados se aclara que de la población encuestada los que se encuentran más vulnerables ante el factor “no consumo de vegetales” son los grupos más jóvenes.

El factor de riesgo de cáncer bucal “fumar” es otra variable tomada en cuenta en esta investigación para lo cual se utilizaron los mismo grupo de edades. En el grupo etario de 15 a 24 años no se encuestó a ningún fumador, en las edades de 25 a 34 años se conoció solo 1 (1,7%) caso, el conjunto formado por personas de edades que van desde los 35 a 44 años de edad 3 (4,5%) de ellos fuman. El grupo que forman los encuestados de edades que comprenden desde los 45 a 54 años 3 (7,5%) de ellos afirmó fumar, en el grupo formado por el rango de 55 a 64 años 2 (5,0%) de ellos fuman, en los encuestados de 65 a 74 años de edad ninguno de ellos fuman y en las edades de 75 años y más solo un encuestado dijo fumar. Esto muestra que los grupos más vulnerables a este factor corresponde a los grupos etarios que van desde 35 a 44 años, de 45 a 54 y con un porcentaje menor pero no menos importante el grupo etario que comprende las edades de 55 a 64 años.

Beber alcohol es otro de los factores que predisponen a las personas a padecer un cáncer bucal y en esta investigación también fue interrogado para lo cual en el grupo etario de 15 a 24 años 9 (17,0%) de los encuestados bebe alcohol. En el grupo de 25 a 34 años 11 (19,0%) personas consumen alcohol, en las edades de 35 a 44 años 17 (25,4%) de ellos consumen alcohol, en el grupo etario de 45 a 54 años 9 (22,5%) personas beben alcohol, el conjunto de 55 a 64 años se redujo la cifra a 4 (10,0%) consumidores de alcohol. El grupo formado por los encuestados de 65 a 74 años ninguno de ellos consume bebidas alcohólicas y en el grupo de 75 años y más solo 1 (12,5%) de ellos las consume.

Los habitantes de la Parroquia Crucita del Cantón Portoviejo por su ubicación geográfica se encuentra sometidos a un factor de riesgo, la radiación solar, por lo que se ha tomado en cuenta para esta trabajo la variable “exposición solar peligrosa” para los distintos grupos etarios.

El grupo de 15 a 24 años 5 (9,4%) de las personas está expuesta a la radiación solar peligrosa, en el grupo de personas de 25 a 34 años 7 (12,1%) de ellos se exponen a este tipo de radiación, en el grupo etario de 35 a 44 años son 12 (17,9%) las personas vulnerables a este factor de riesgo. En el grupo de 45 a 54 años son 8 (20,0%) encuestados los que están en peligro a causa de la radiación solar peligrosa, el conjunto hecho de los encuestados de 55 a 64 años son 5 (12,5%) los expuestos al factor antes mencionado. De los encuestados de 65 a 74 años solo 2 (12,5%) se exponen a la radiación solar peligrosa y los encuestados de 75 años y más fueron 2 (25,0%) de ellos quienes respondieron positivamente ante la exposición al factor antes mencionado. El grupo que se encuentra más afectado por la exposición solar peligrosas el grupo comprendido entre los 35 a 44 años con 12 exposiciones, seguido del grupo de 45 a 54 años con 8 exposiciones y el grupo de 25 a 34 años con 7 expuestos.

Algunos autores consideran que un factor de riesgo de mucha importancia es la herencia, para lo cual en mi trabajo he preguntado la variable “familiar con cáncer” y tomando los mismos grupos etarios, los resultados fueron los siguientes. En el grupo de 15 a 24 años 7 (13,2%) tienen familiares con cáncer, en el grupo de 25 a 34 años son 15 (25,9%) los encuestados que tiene parientes con cáncer, el grupo de 35 a 44

años revelo que 22 (32,8%) de ellos tienen parentesco con personas que padecen cáncer. De los encuestados de 45 a 54 años fueron 11 (27,5%) de ellos que afirmaron tener familiares con cáncer, en el grupo etario de 55 a 64 años fueron 15 (37,5%) encuestados que dijeron tener en su familia personas que padecen cáncer. En el conjunto formado por personas de 65 a 74 años solo 3 (18,8%) de ellos dijeron tener familiares con cáncer y el grupo que forman los encuestados de 75 años y más no tienen familiares con cáncer. El grupo que se encuentra más vulnerable a este factor es el grupo etario comprendido por las edades de 35 a 44 años con 22 familiares enfermos de cáncer, seguido por los grupos de 25 a 34 años y por el de 55 a 64 años con 15 familiares cada grupo y los de menor riesgo son los encuestados de 75 años y más ya que de ellos no tienen familiares con cáncer.

El uso de prótesis dentales es otro de los factores que se deben tomar en cuenta como muy importantes ya que al ser estas un objeto extraño causan agresiones a los tejidos que la sostienen. Los resultados de este trabajo fueron los siguientes: de 15 a 24 años ninguno de los encuestados usa prótesis dentales, en el rango de edad de 25 a 34 años 3 (5,2%) de los encuestados usa prótesis dentales y en el grupo formado por edades de 35 a 44 años 17 (25,4%) de ellos usan prótesis dentales. El conjunto que se formó con los encuestados de 45 a 54 años 11 personas (27,5%) usan prótesis dentales, en el grupo etario de 55 a 64 años 17 (42,5%) de ellos usa prótesis dentales, en el conjunto de 65 a 74 años afirmaron usar prótesis dentales 7 (43,8%) de los encuestados. El grupo de 75 años y más a pesar de sus edades solo 2 usan prótesis dental.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

De los resultados obtenidos de la investigación realizada a la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo. Podemos concluir que la edad mínima es de 15 años, la edad máxima 86, la edad media 41.

De los resultados obtenidos de la investigación realizada podemos concluir que el nivel de instrucción influyó en los resultados, ya que en su mayoría fueron mujeres las encuestadas.

Los factores de riesgo encontrados son representativos para el número de muestra.

Con respecto a los grupos etarios el factor de riesgo “escaso consumo de vegetales” fue mayor en el rango de edades 15 a 24 años, el factor de riesgo “fumar” fueron los grupos conformados por las edades de 35 a 54 años, el factor de riesgo “beber alcohol” fue el grupo etario de 25 a 34 años. El factor de riesgo “exposición solar peligrosa” fue el grupo de edad de 35 a 44 años, el grupo antes mencionado también fue el más expuesto al factor de riesgo “familiares con cáncer” y el uso de prótesis fue el factor que predominó en los grupos etarios de 35 a 44 y de 55 a 64 años. Según estos resultados el grupo más expuesto a mayor número de factores de riesgo es el grupo de 35 a 44 años.

Los pacientes estudiados presentan un bajo porcentaje de lesiones en boca.

5.2. Recomendaciones.

Socializar los resultados a líderes de la parroquia Crucita con enfoque educativo.

Desarrollar programas de educación para la salud, para favorecer a la población sobre el cáncer bucal

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta Alternativa.

6.1. Tema de la propuesta.

Promover campañas de educación, prevención y detección en contra de los factores de riesgo que pueden causar el cáncer bucal.

6.2. Periodo de ejecución.

Abril 2014.

6.3. Descripción de los beneficiarios.

Los beneficiarios directos son la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del Cantón Portoviejo de la República del Ecuador y los indirectos la población menor y sus descendientes.

6.4. Clasificación.

Educación comunitaria.

6.5. Localización.

Parroquia Crucita del cantón Portoviejo de la República del Ecuador.

6.6. Justificación.

La presente investigación se basa, en la necesidad de tener un estudio de referencia sobre los Factores de riesgo del cáncer bucal, en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo. Elaborando métodos para la educación y prevención oportuna del cáncer bucal y sus patologías orales para realizar los debidos tratamientos. De esta manera superar el déficit conocimiento de la población de crucita sobre el cáncer bucal y sus consecuencias.

6.7. Marco institucional.

Crucita es una de las parroquias de la capital manabita Portoviejo desde el año 1978, uno de los más importantes sitios turísticos del ecuador.

Consta con 12 mil habitantes, gente dedicada a la agricultura, pesca, al turismo, sus fiestas de Parroquialización el 24 de julio y Fiesta de la Virgen de Guadalupe el 2 de diciembre.

Extensión: Cuenta con 13 km de playa los mismos que se ensanchan desde el límite del cantón Jaramijó hasta la desembocadura del rio Portoviejo conocido como la Boca.

Es un lugar en donde su gente practica el parapente que atrae a muchos turistas para llevar a cabo su práctica.

Crucita se encuentra a 27 kilómetros de Portoviejo capital de los manabitas.

6.8. Objetivo.

Educar a la comunidad e incentivarla a abandonar la práctica de malos hábitos considerados factores de riesgo que pueden causar el cáncer oral.

6.9. Descripción de la propuesta:

La propuesta consiste en la intervención mediante charlas que brinden la información necesaria a la población acerca de los factores de riesgo que pueden causar el cáncer oral, factores que muchas veces son malos hábitos que conviven con la población y explicarles que cambiando el estilo de vida se reducen las posibilidades de padecer el cáncer oral.

6.10. Diseño metodológico.

Se necesita de la colaboración de las autoridades de la Parroquia Crucita del Cantón Portoviejo de la República del Ecuador para que mediante sus comunicados con la población puedan informarles acerca del proyecto, logrando así reunir a los habitantes de esta zona para la ejecución exitosa de este trabajo y poder cumplir con lo propuesto, educar a la comunidad.

6.11. Presupuesto.

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR	TOTAL
Pliegos de papel	5	0.20	1.00
Hojas con imágenes impresas	5	0.20	1.00
Goma	1	0.50	0.50
Tijera	1	0.50	0.50
Marcador	3	0.60	1.80
		Total	4.80

6.12. Sostenibilidad.

Es sostenible porque las charlas se desarrollaran en la misma parroquia por lo que no representara mayores gastos. Además se cuenta con la colaboración del centro patológico de la Universidad “San Gregorio” de Portoviejo.

ANEXOS.

Anexo 1.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Sexo	Cualitativo nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Sexo biológico al nacer.	Frecuencia absoluta y %
Edad	Cualitativa ordinal Politómica	15 – 24 25 – 34 35 – 44 45 – 54 55 – 64 65 – 74 75 y más	Rango de edad al que pertenece	Frecuencia absoluta y %
Nivel de educación	Cualitativa ordinal politómica	Primaria. Secundaria. Bachiller. Tercer nivel. Cuarto nivel	Ultimo nivel educacional vencido.	Frecuencia absoluta y %
Antecedentes familiares con cáncer	Cualitativa nominal dicotómica	Existe No existe	Haber tenido un familiar con antecedentes de cáncer	Frecuencia absoluta y %
Prótesis dental	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	De acuerdo a si utiliza o no utiliza prótesis	Frecuencia absoluta y %
Consumo de alcohol.	Cualitativo nominal dicotómica	Si No	De acuerdo a si consume o no consume alcohol	Frecuencia absoluta y %
Tabaquismo	Cualitativa ordinal politómica	Si No	Cantidad de cigarrillos consumidos diariamente	Frecuencia absoluta y %
Dieta de vegetales	Cualitativa ordinal	Adecuada Inadecuada	De acuerdo a si consume o no consume vegetales que ayuden a evitar el cáncer	Frecuencia absoluta y %

Anexo 2.

Estimado paciente, el cuestionario que tiene en sus manos forma parte de una investigación científica que realiza la Universidad San Gregorio de Portoviejo relacionada con la salud bucal. En el mismo se recogen aspectos relacionados con sus hábitos y costumbres. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. ¡Muchas gracias!

—

Escriba el dato que se le solicite o haga una “X” en el cuadro, según corresponda:

1. Edad: (años cumplidos)		2. Sexo: M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	
3. Ocupación			
a. Profesional <input type="checkbox"/> 1	b. Obrero <input type="checkbox"/> 2	c. Trabajador privado <input type="checkbox"/> 3	
d. Estudiante <input type="checkbox"/> 4	e. Ama de casa <input type="checkbox"/> 5	f. Sin vínculo laboral <input type="checkbox"/> 6	
g. Otra <input type="checkbox"/> 7, ¿cuál?			
4. Nivel escolar (último nivel terminado)			
a. No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> 1	b. Primaria no terminada <input type="checkbox"/> 2	c. Primaria terminada <input type="checkbox"/> 3	
d. Secundaria <input type="checkbox"/> 4	e. Bachiller <input type="checkbox"/> 5	f. Técnico <input type="checkbox"/> 6	
g. Universitario <input type="checkbox"/> 7	h. Otro, ¿cuál?		
5. ¿Conoce sobre la existencia del cáncer bucal? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
6. Si conoce sobre existencia de cáncer bucal, marque con una “X” con qué piensa Ud. se relacione: (puede marcar más de una respuesta)			
a. Ingestión de bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 1	b. Caries dentales <input type="checkbox"/> 2	c. Consumo de carnes <input type="checkbox"/> 3	
d. Consumo escaso de vegetales <input type="checkbox"/> 4	e. Hábito de fumar <input type="checkbox"/> 5	f. Otro <input type="checkbox"/> 5, ¿cuál?	
7. ¿Utiliza prótesis dental? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		8. Si utiliza prótesis, ésta es: Parcial <input type="checkbox"/> 1 Total <input type="checkbox"/> 2	
9. ¿Desde cuándo utiliza prótesis dental (años)? años.			
Atendiendo a sus hábitos alimenticios diga:			
10. ¿Consume vegetales en su dieta? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
11. Si consume vegetales en su dieta, piense en una semana común y diga si los consume:			
a. Diariamente <input type="checkbox"/> 1	b. 3 o 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 2	c. Menos de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3	
12. Cuando consume vegetales, la cantidad total de vegetales que consume en un día (tome como medida en el volumen de una taza de café con leche) es de: tazas.			
13. ¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		a. Si fuma cigarrillos, ¿cuántos como promedio fuma al día?	
		b. Si fuma cigarros, ¿cuántos como promedio fuma al día?	
c. ¿Qué tiempo hace que fuma cigarrillos o cigarros (años promedio)? años			
d. ¿Masca cigarros? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		e. ¿Hace cuánto tiempo masca cigarros (años promedio)?	
14. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
Si consume bebidas alcohólicas, lo hace:		a. Diariamente <input type="checkbox"/> 1	
b. 3 o 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 2		c. Menos de tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 3	
d. Cuánto tiempo hace que bebe (años): años			

15. Cuando bebe, la bebida que consume es preferentemente:		a. Cerveza <input type="checkbox"/> 1	b. Vino <input type="checkbox"/> 2
c. Ron <input type="checkbox"/> 3	d. Aguardiente <input type="checkbox"/> 4	e. Whiskey <input type="checkbox"/> 5	f. Otra <input type="checkbox"/> 5, ¿cuál?
16. Teniendo en cuenta la frecuencia con que bebe, ¿qué cantidad total promedio ingiere en un día de los que acostumbra a hacerlo? (diga la cantidad promedio de medidas, según aparece debajo)			
a. Botellas pequeñas de cerveza:	b. Vasos de vino:	c. Líneas de ron:	
d. Líneas de aguardiente:	e. Líneas de Whiskey:	f. Otra:	
17. ¿Ha presentado alguna lesión o daño en su boca? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No recuerdo <input type="checkbox"/> 3			
18. En caso afirmativo, ¿dónde se ha situado?			
a. Lengua <input type="checkbox"/> 1	b. Encías <input type="checkbox"/> 2	c. labio	c.
d.	e.	f.	g.
19. ¿Ha recibido tratamiento para la lesión por parte del odontólogo?			
20. Al recibir tratamiento del odontólogo la lesión:			
a. Desapareció totalmente <input type="checkbox"/> 1	b. Desapareció y reapareció en el mismo lugar de la boca <input type="checkbox"/> 2		
c. Desapareció y reapareció el otro lugar de la boca <input type="checkbox"/> 3			
Relacionado con la salud familiar, conteste las siguientes preguntas:			
21. ¿Tiene o ha tenido algún familiar o familiares que ha(n) padecido de cáncer? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3			
22. ¿Qué parentesco tiene(n) o han tenido con Ud.?:			
a. Padre <input type="checkbox"/> 1	b. Madre <input type="checkbox"/> 2	c. Hermana(o) <input type="checkbox"/> 3	d. Tío(a) <input type="checkbox"/> 4
e. Abuelo(a) <input type="checkbox"/> 5	f. Primo(a) <input type="checkbox"/> 6	g. Otro <input type="checkbox"/> 7, ¿cuál?	
23. Considerando solo a los padres, hermanos, tíos, primos y abuelos, ¿cuántos en total han padecido de cáncer?			
24. ¿En qué partes del cuerpo ha estado localizado el cáncer en estos familiares?			
a. Boca <input type="checkbox"/> 1	b. Mama <input type="checkbox"/> 2	c. Pulmón <input type="checkbox"/> 3	d. Garganta <input type="checkbox"/> 4
e. Cuello uterino <input type="checkbox"/> 5	f. Estomago <input type="checkbox"/> 6	g. Otras <input type="checkbox"/> 7	h. No sé <input type="checkbox"/> 8
25. ¿Conoce si existe algún programa para la prevención del cáncer bucal en Manabí? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
26. Si lo conoce, ¿por qué medio le ha llegado la información?			
a. Radio <input type="checkbox"/> 1	b. Televisión <input type="checkbox"/> 2	c. Personal de salud <input type="checkbox"/> 3	Otro <input type="checkbox"/> 4, ¿cuál?
27. ¿Le gustaría que Ud. y su familia recibieran información son información sobre el cáncer bucal y las medidas para su prevención? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3			

Anexo 3.
Modelo de consentimiento informado.

Título:

El cáncer bucal es una de las enfermedades más trascendentales en la vida de un ser humano, pues esta es una patología que produce secuelas permanentes en el complejo bucal, capaces de afectar psicológicamente a quien la padece y repercutir en el entorno social y familiar del enfermo.

Clínicamente, el cáncer de la cavidad bucal se origina casi siempre a partir de lesiones premalignas o precancerosas. Las lesiones no neoplásicas o preneoplásicas tienen características variables por lo que deben conocerse bien para garantizar su correcto diagnóstico e interpretación clínico-morfológica ya que al no eliminarse el agente causal, pueden evolucionar hacia un estado de mayor agresividad biológica y acompañarse de alteraciones místicas, de ahí la importancia de identificar lo más precozmente posible para preservar la salud del paciente.

Si la población es entrenada para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, la atención médica será más efectiva. La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada.

Esta es una investigación que tiene como fin la detección precoz de estas lesiones y sus tratamientos.

Derechos.

Usted tiene derecho a que se le informe todo lo relacionado con este estudio previo a la firma de este consentimiento.

Usted tiene derecho a decidir si desea participar o no en este estudio.

Usted tiene derecho a que se le informe en cualquier momento de este estudio o se le aclare cualquier duda sobre el desarrollo del mismo.

Es libre de rechazar, interrumpir o abandonar el mismo aunque usted haya aceptado previamente participar. Su decisión será aceptada, sin consecuencia alguna para sus relaciones con el hospital o el equipo de salud que lo atiende.

Beneficios

Contribuir a identificar precozmente los eventos adversos y sus tratamientos en el futuro.

Confidencialidad

Todos los datos que se reciban de usted y los resultados que se obtengan de sus evaluaciones, solo serán de conocimiento del personal participante en el estudio. Para cualquier información puede comunicarse con el centro de investigación de Patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Consentimiento:

Conociendo plenamente los propósitos de este estudio, yo _____ doy mi consentimiento para participar en el mismo.

Firma de la/el encuestada/encuestado

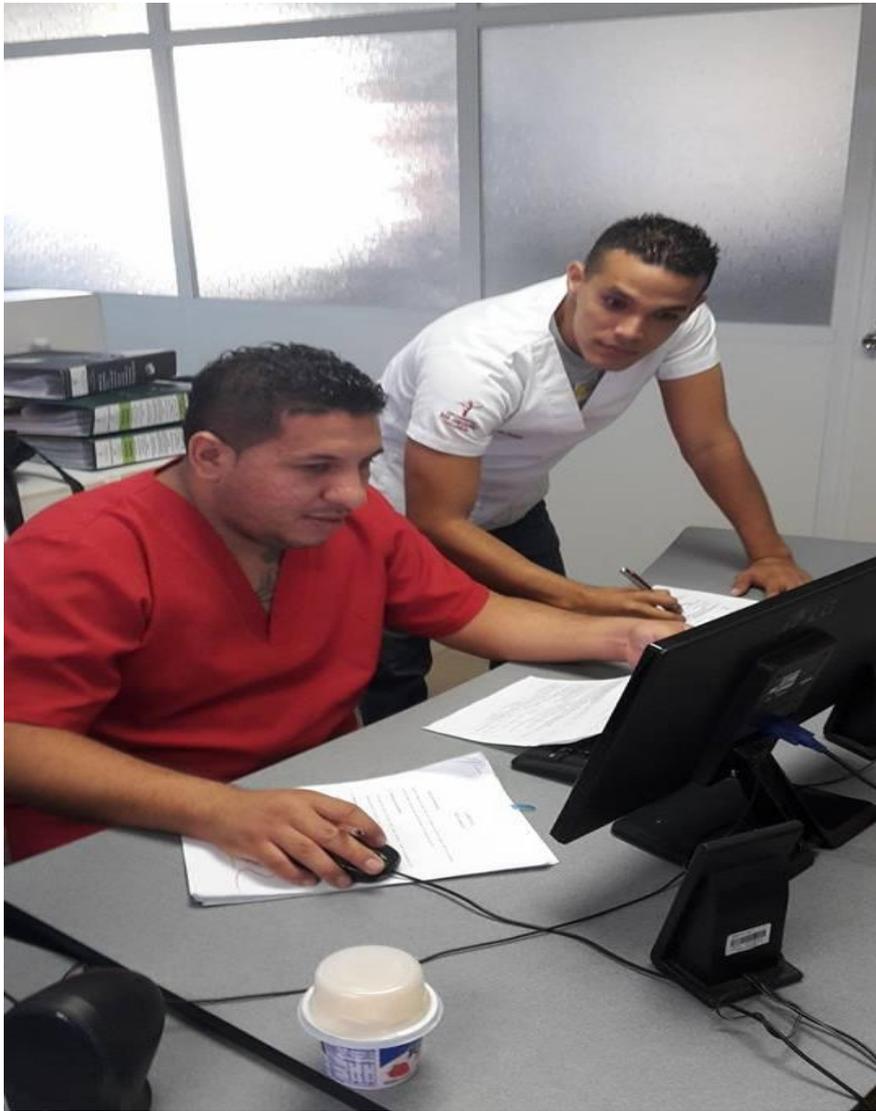
Firma del investigador

Anexo 4.
Presupuesto.

Rubros	Unidad	Costo unitario	Cantidad	Costo total	Financiamiento
Fotocopias	Unidad	0.03	2.000	60	Autogestión
Papel	Resma	5.00	2	10.00	Autogestión
Tinta negra	Toner	40.00	1	40.00	Autogestión
Tinta a color	Toner	45.00	1	45.00	Autogestión
Material de oficina	Polígrafo	0.35		5.00	Autogestión
Viáticos	Dólar	1.50		200.00	Autogestión
Hojas membretadas	Unidad	3.00	40	120.00	Autogestión
Mascarillas	Caja	8.00	1	8.00	Autogestión
Guantes	Caja	8.00	10	80.00	Autogestión
Pen drive	Unidad	12.00	1	12.00	Autogestión
Anillado	Unidad	1.00	3	3.00	Autogestión
Empastado	Unidad	15.00	1	15.00	Autogestión
Subtotal				598.00	
Imprevistos 10%				59.80	
Total				657.80	

Anexo 5.Cronograma de trabajo.

Tarea	Fecha de inicio	Fecha de culminación	Responsable
Revisión de bibliografía	Febrero/ 2014.	Marzo / 2014	Autor
Confección del proyecto	Marzo/ 2014.	Marzo/ 2014	Autor
Sustentación del proyecto	Abril/2014	Abril/2014	Autor
Recolección de datos	Mayo/2014	Julio/2014	Autor
procesamiento de datos	Agosto/2014	Agosto/2014	Autor-estadístico-tutor
Confección del informe final	Septiembre/2014	Noviembre /2014	Autor-tutor
Entrega de tesis	Noviembre / 2014	Noviembre / 2014	Autor
Pre-sustentación	?	?	Autor
Sustentación	?	?	Autor







BIBLIOGRAFÍAS.

Alvares,R. Carrero,J. Omaña,C. & Florido, R. (2012). Cambios celulares en mucosa palatina con estomatitis subprotésica. Recuperado el 28 de febrero del 2015 desde

<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/36961/1/articulo2.pdf>

American Cancer Society (2014, Diciembre 2).Cáncer de orofaringe y de cavidad oral. Extraído el 15 de marzo de2014 desde

<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/acspc-029106-pdf.pdf>

Andraka, P. (2011). Trampas al Cigarrillo. Estados unidos de América.Palibrio. disponible en

https://books.google.com.ec/books?id=skKWrwPLGnwC&pg=PA30&dq=tabaco+y+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=DUz1VLCaH8SZgwSu_ICoCA&ved=0CB8Q6AEwATgK#v=onepage&q=tabaco%20y%20el%20cancer%20bucal&f=false

Beltrán, B. (2008). El medico Solo No Basta. Madrid, España. Arán ediciones, S.L. Disponible en

<https://books.google.com.ec/books?id=Fx4A4B6QtHEC&pg=PA132&dq=el+medico+solo+no+basta+en+la+deteccion+de+cancer+oral&hl=es&sa=X&ei=sif2VMz3D8KmNo7ZgRA&ved=0CBwQ6wEwAA#v=onepage&q=el%20medico%20solo%20no%20basta%20en%20la%20deteccion%20de%20cancer%20oral&f=false>

Caballero Herrero, C. Bru de sala Oms. (1998) las protesis bucales como causantes carcinoma espinocelular oral. extraido el 25 de noviembre desde <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21813/1/1998013.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2008) ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? Extraído el 18 de marzo de 2014 desde <http://www.who.int/features/qa/15/es/>

Cartes, D. (2009). Comparación de la prevalencia de cáncer oral en Chile con la prevalencia de cáncer oral en la Fundación López Pérez. Extraído el 15 de marzo de 2014 desde <http://etesis.unab.cl/xmlui/handle/tesis/328>

Ceccotti, L. & Sforza, R. (2007). El diagnostico en Clínica Estomatológica. (1ªed.) Buenos Aires, Argentina. Médica Panamericana, S.A. disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=HhxqtPAgQc0C&pg=PA318&dq=edad+y+su+relaci%C3%B3n+con+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=S1n1VnK2BpPrgwSK1IPABg&ved=0CCQQ6AEwAg#v=onepage&q=edad%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20cancer%20bucal&f=false>

Cevallos, E. (2006). Fundamentos de Oncología. Ecuador. M&J. disponible en http://biblioms.dyndns.org/Libros/Oncolog%C3%ADa/Fundamentos_de_Onc_987654321.pdf

Colgate. (2014). Cancer bucal: signos y síntomas. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://www.colgate.cl/app/Colgate/CL/OC/Information/OralHealthBasics/MedCondOralHealth/CancerOralHealth/OralCancerSignsSymptoms.cvsp>

Cuenca, E. & Baca, E. (2013). Odontología preventiva y comunitaria. (4º ed.) Reino de España. Elsevier España, S.L. disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=LyIIvqN0hDEC&pg=PT71&dq=alcohol+y+su+relaci%C3%B3n+con+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=FIH1VLLXY2BgwTlyoPwAQ&ved=0CDUQ6AEwBTgK#v=onepage&q=alcohol%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20cancer%20bucal&f=false>

Chabner, B. Lynch, Thomas. & Longo, D. (2009) HARRISON Manual de oncología. México: Quebecor World, S.A de C.V.

Chabner, B. Lynch, Thomas. & Longo, D. (2009) HARRISON Manual de oncología. México: Quebecor World, S.A de C.V.

Chiozza, L. (2010). Cáncer: ¿por qué a mí, por qué ahora? [En línea] Consultado [16, marzo, 2014] Disponible en: http://www.funchiozza.com/downloads/cancer_porqueamiporqueahora.pdf

Chimenos, E. & López, J. (2010) Esquemas de Medicina Bucal. Recuperado el 27 de febrero desde <https://books.google.com.ec/books?id=IhYppeYSbAYC&printsec=frontcover&dq=Esquemas+de+medicina+bucal&hl=es&sa=X&ei=arfwVNiKKIH9ggS8poHQA&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=Esquemas%20de%20medicina%20bucal&f=false>

Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo. (2008) Harrison Medicina Interna.

Figuro, R. Carretero, M. Esperanza, G. Moreno, L. (2004) Efectos del consumo de alcohol étílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. [versión electrónica] Medicina ora, Patología oral y cirugía bucal. (vol. 9)

García, V. & Bascones, M. (2008) Cáncer oral: Puesto al día. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original1.pdf>

García, V. & Bascones, M. (2008) Cáncer oral: Puesto al día. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7e42af16-4332-11e0-be01-71b0882b892e/canceroralsanitarios.pdf>

Gallegos, J. (2006) Cirugía y Cirujanos. El cancer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Vol.74, No.4, julio agosto 2006 recuperado el 03 de marzo del 2015 desde <https://books.google.com.ec/books?id=KTaBuA7tqOMC&pg=PA289&dq=tabaco+y+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=o0b1VOXNA4ymNtX6gbgC&ved=0CEcQ6AEwCQ#v=onepage&q=tabaco%20y%20el%20cancer%20bucal&f=false>

Gil, A. (2010). Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica. (2º ed.) España. Médica Panamericana, S.A. disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=R3xHftuSHp4C&pg=PT596&dq=nutricion+y+cancer&hl=es&sa=X&ei=qQf1VJrSJIHUgwTDp4P4DQ&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=nutricion%20y%20cancer&f=false>

Gil, A. (2010). Composición y calidad nutritiva de los alimentos. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde

<http://books.google.com.ec/books?id=hcwBJ0FNvqYC&pg=PT221&dq=Importancia+de+la+dieta+en+la+prevenci%C3%B3n+del+c%C3%A1ncer+oral&hl=es-419&sa=X&ei=qHYiU-HsO8-30AGqh4CgDQ&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=Importancia%20de%20la%20dieta%20en%20la%20prevenci%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer%20oral&f=false>

Gonzales, F. (2014) Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal. Extraído el 27 de febrero, 2015 desde <http://tesis.repo.sld.cu/867/1/ValentinGlez.pdf>

Heredia, M. (2008). Manual sobre el uso de una escala de Riesgo para el cáncer bucal. Recuperado el 28 de febrero desde http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2SHUgyWDIVcJ:www.sld.cu/galerias/doc/sitios/ciego-avila/manual_escala_riegos_cancer_bucal.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ec

INEC, (2011). Cáncer. Extraído el 30 de marzo de 2014 desde [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/infocancer%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/infocancer%20(1).pdf)

International Agency for Research on Cancer. (2010). Avances en la prevención del cáncer de cuello. Recuperado de http://screening.iarc.fr/doc/RH_outlook_27_2_sp.pdf uterino: evidencia actualizada sobre la vacunación y la detección

Lescaille, G. Ernenwein, D. Toledo, R. (2011). Cánceres de la cavidad bucal: detección y factores de riesgo. Extraído el 16 de marzo de 2014 desde <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541011710273>

Lopez, M. Diniz, M. Otero, E. Peñamaria, M. Blanco A. (2013) factores de riesgo y prevención de cáncer oral. Extraído el 28 de febrero del 2015 desde <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf>

Mallo, L. Rodríguez, G. & Lafuente, P. (2002) Lesiones orales precancerosas en los ancianos: Situación en España. Extraído el 02 de marzo del 2015 desde http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2002000300002&script=sci_arttext&tlng=e

Navarro.C. (2008) Cirugía oral. Madrid, España. Arán ediciones, S.L. disponibles en Rivera, P. & Martínez, B. (2005) Morbilidad y Mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. Extraído el 02 de marzo del 2015 desde <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n5/art07.pdf>

OMS. (2015, febrero). Cáncer. Extraído el 27 de febrero del 2015 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Organización mundial de la salud.(2007,febrero). Salud bucodental. Extraído el 27 de febrero del 2015 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014, febrero). Cáncer. Extraído el 21 de marzo del 2014 desde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Palma, A. & Sánchez, F. (2010). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatología. (1º ed.) España. Graficas Rogar. Disponible en https://books.google.com.ec/books?id=90EysT6jCBwC&pg=PA193&dq=cancer+bucal+relacionado+a+la+nutricion&hl=es&sa=X&ei=zSP1VNCIOpb_sAT5mYGwBQ&ved=0CC0Q6AEwAg#v=onepage&q=cancer%20bucal%20relacionado%20a%20la%20nutricion&f=false

Pérez, S. y García, A. (2011). Tendencias actuales del cáncer oral. [En línea]. Consultado: [16, marzo, 2014] Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=IAIqPn1zMOUC&pg=PA9&dq=tendencias+actuales+del+cancer+bucal&hl=es-419&sa=X&ei=XzIIU8TIJaGN0AGe44D4BA&ved=0CCoQ6AEwAA#v=onepage&q=tendencias%20actuales%20del%20cancer%20bucal&f=false>

Quintana, J. Fernández, M. & Laborde, R. (2004, sep-dic) Factores de riesgo de lesiones premaligna y maligna bucales. Revista cubana de estomatología. Recuperado el 27 de febrero del 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007

Rocha, A. (2009). Cáncer Oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. Recuperado el 2 de marzo del 2015 desde http://go.galegroup.com/ps/retrieve.do?sgHitCountType=None&sort=DA-SORT&inPS=true&prodId=GPS&userGroupName=uleam_cons&tabID=T002&searchId=R3&resultListType=RESULT_LIST&contentSegment=&searchTy

pe=BasicSearchForm¤tPosition=8&contentSet=GALE%7CA228662409&&docId=GALE|A228662409&docType=GALE&role=IFME

Rodríguez, J. (2010) Estudio De Los Reguladores Del Ciclo Celular Asociados Al Desarrollo De Cancer Oral En Una Muestra De La Provincia De Álava. Extraído el 15 de marzo de 2014 desde <http://eprints.ucm.es/11593/1/T32268.pdf>

Santana, J. C. (2002) Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Ciencia Médicas.

Silvestre, F & Plaza, A. (2007) Odontología en pacientes especiales. Extraído el 03 de marzo del 2015 desde <https://books.google.com.ec/books?id=hzY7qIw3-RoC&pg=PA231&dq=edad+y+c%C3%A1ncer+oral&hl=es&sa=X&ei=eZ32VJiqLYqYNt-qfgC&ved=0CEAQ6AEwBw#v=onepage&q=edad%20y%20c%C3%A1ncer%20oral&f=false>

Suárez, C. Gil-Carcedo, L. Marco, J. Medina, J. Ortega, P. Trinidad, J. (2007). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. [En línea]. Consultado: [20 marzo, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=7VL4NF_jMGoC&printsec=frontcover&dq=Tratado+de+Otorrinolaringolog%C3%ADa+y+Cirug%C3%ADa+de+Cabeza+y+Cuello,+Volume+4&hl=es-419&sa=X&ei=YHsqU868EIrF0QG_74HIAw&ved=0CCsQ6wEwAA#v=one

[page&q=Tratado%20de%20Otorrinolaringolog%C3%ADa%20y%20Cirug%C3%ADa%20de%20Cabeza%20y%20Cuello%2C%20Volumen%204&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=T7Q1CBUlq0cC&pg=PA262&dq=tratado%20de%20otorrinolaringolog%C3%ADa%20y%20cirug%C3%ADa%20de%20cabeza%20y%20cuello%2C%20volumen%204&f=false)

Shors, T. (2010) Virus: estadio molecular con orientación clínica. (1° ed.) Argentina, Buenos Aires. Médica Panamericana. Disponible en <https://books.google.com.ec/books?id=T7Q1CBUlq0cC&pg=PA262&dq=tabaco+y+el+cancer+bucal&hl=es&sa=X&ei=lwr1VM6lE4KnNvKlIgd&ved=0CDUQ6AEwBQ#v=onepage&q=tabaco%20y%20el%20cancer%20bucal&f=false>