

# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y  
POSGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**

**TEMA:**

PROPUESTA EDUCATIVA ODONTOLÓGICA PARA POTENCIAR CONOCIMIENTOS  
SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON CÁNCER ORAL

**AUTOR:**

OD. PAOLA LIZBETH JIMÉNEZ CORTEZ

**TUTOR:**

DR. CARLOS GAFAS GONZÁLEZ (PhD)

Milagro, 04 de octubre del 2023

ECUADOR

## Derechos de autor

**Sr. Dr.**

**Fabricio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **JIMENEZ CORTEZ PAOLA LIZBETH** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública**, como aporte a la Línea de Investigación Salud pública/medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, 04 de octubre del 2023

**JIMENEZ CORTEZ PAOLA LIZBETH**

**C.I 0706610524**

## **Aprobación del Director del Trabajo de Titulación**

Yo, **Carlos Gafas González** en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Jiménez Cortez Paola Lizbeth**, cuyo tema es **PROPUESTA EDUCATIVA ODONTOLÓGICA PARA POTENCIAR CONOCIMIENTOS SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON CÁNCER ORAL**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud pública/medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 04 de octubre del 2023

**DR. CARLOS GAFAS GONZÁLEZ (PhD)**

**C.I 1756344519**

## VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DIRECCIÓN DE POSGRADO CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **ODONT. JIMÉNEZ CORTEZ PAOLA LIZBETH**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "PROPUESTA EDUCATIVA ODONTOLÓGICA PARA POTENCIAR CONOCIMIENTOS SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON CÁNCER ORAL", las siguientes calificaciones:

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| TRABAJO DE TITULACION | 56.67            |
| DEFENSA ORAL          | 37.00            |
| <b>PROMEDIO</b>       | <b>93.67</b>     |
| <b>EQUIVALENTE</b>    | <b>Muy Bueno</b> |

JESTIN  
ALEJANDRO  
QUIROZ  
BRUNES

Firmado digitalmente  
por JESTIN ALEJANDRO  
QUIROZ BRUNES  
Fecha: 2023.10.26  
21:50:49 -05'00'

QUIROZ BRUNES JESTIN ALEJANDRO  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Firmado digitalmente por:  
JORGE LUIS SANCHEZ  
CEDENO

Mgs SANCHEZ CEDEÑO JORGE LUIS  
VOCAL



Firmado digitalmente por:  
JASSER ANDRES  
PALACIOS GUZMAN

PALACIOS GUZMAN JASSER ANDRES  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

## DEDICATORIA

A los seres que hicieron de este logro una realidad pese a toda adversidad,

A mis abuelitas, a mis padres terrenales,

A mi ñaña Marisol,

A mi gran guía mi tutor.

A mi esposo, a mis hijos mis compañeros de vida.

A Dios pues siempre me lo ha dado todo.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios como eje primordial de este proyecto porque es quien me ha otorgado la sabiduría e inteligencia para alcanzar esta meta.

Así mismo a aquellas personas que han sido parte fundamental de mi crecimiento profesional, a mi familia, a los docentes, a mis compañeros y de manera muy especial a mi tutor PhD. Carlos Gafas González, quien con su paciencia y conocimiento me supo guiar hasta el final

Mi gratitud por siempre

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer oral es la sexta neoplasia más común en seres humanos a nivel mundial. A pesar de su impacto negativo, esta enfermedad a menudo pasa desapercibida para la población en general y algunos profesionales de la salud, lo que lleva a un diagnóstico tardío y a la muerte de 145,000 personas debido a esta afección. **Objetivos:** Diseñar una propuesta educativa odontológica para potenciar conocimientos de los odontólogos en relación con el manejo de pacientes con cáncer oral en los diferentes niveles de la Red Pública Integral de Salud. **Métodos:** Se llevó a cabo una investigación descriptiva de campo con enfoque mixto, metodología que permitió validar un instrumento de medición para recolectar datos referentes al conocimiento que, sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos incluidos en el estudio. **Resultados:** Predominó el nivel de conocimiento alto (el que expresa que los 18 encuestados respondieron correctamente más del 70 % de las preguntas que conforman la encuesta). **Conclusiones:** Se formularon actividades para potenciar el conocimiento de los odontólogos en relación con el manejo del paciente con cáncer oral en los diferentes niveles de la red pública integral de salud, según manifestaciones bucodentales, niveles de prevención y clasificación de los tumores de cavidad oral.

**Palabras Clave:** Cáncer oral; Conocimientos; Odontología; Oncología Médica; Neoplasias; Prevención Primaria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Oral cancer is the sixth most common neoplasm in humans worldwide. Despite its negative impact, this disease is often overlooked by the general population and some healthcare professionals, leading to late diagnosis and the death of 145,000 people due to this condition. **Objectives:** To design an educational odontoncological proposal to enhance the knowledge of dentists regarding the management of patients with oral cancer at the different levels of the Public Integral Health Network. **Methods:** A descriptive field research with a mixed approach was conducted, a methodology that allowed to validate a measurement instrument to collect data on the knowledge that dentists included in the study have about the comprehensive management of the patient with oral cancer, its oral manifestations, and levels of prevention. **Results:** A high level of knowledge prevailed (which expresses that the 18 respondents answered correctly more than 70% of the questions that make up the survey). **Conclusions:** Activities were formulated to enhance the knowledge of dentists regarding the management of the patient with oral cancer at the different levels of the public integral health network, according to oral manifestations, levels of prevention, and classification of oral cavity tumors.

**Keywords:** Mouth Neoplasms; Knowledge; Dentistry; Medical Oncology; Neoplasms; Primary Prevention.



## ÍNDICE GENERAL

|  |    |
|--|----|
| RESUMEN .....  | 7  |
| ABSTRACT .....   | 8  |
| INTRODUCCIÓN.....  | 1  |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACION .....                              | 3  |
| 1.1. Planteamiento del Problema.....   | 3  |
| 1.2. Delimitación del Problema .....   | 5  |
| 1.3. Formulación del problema .....  | 5  |
| 1.4. Determinación del Tema.....   | 6  |
| 1.5. Objetivo General .....  | 7  |
| 1.6. Objetivos específicos.....  | 7  |
| 1.7. Justificación.....  | 7  |
| CAPÍTULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL .....                                   | 10 |
| 2.1. Antecedentes .....  | 10 |
| 2.1.1. Antecedentes históricos .....   | 10 |
| 2.1.2. Antecedentes referenciales .....  | 12 |
| 2.1.2.1. Cáncer Oral .....   | 12 |
| 2.1.2.2. Factores de Riesgo del Cáncer Oral.....                               | 13 |
| 2.1.2.3. Epidemiología del cáncer oral .....                                   | 15 |
| 2.1.2.4. Signos y síntomas del cáncer oral.....                                | 16 |
| 2.1.2.5. Localizaciones del cáncer oral .....                                  | 16 |
| 2.1.2.6. Impacto global del cáncer oral en el mundo y Ecuador.....             | 17 |
| 2.1.2.8. Evolución de la atención odontológica en la práctica asistencial..... | 19 |
| 2.1.2.9. Atención integral al paciente con cáncer oral .....                   | 20 |
| CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO .....  | 22 |
| 3.1. Diseño de Investigación.....  | 22 |
| 3.2. Tipo de Investigación.....  | 22 |
| 3.2.1 Descriptiva.....   | 22 |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.2.2 De campo .....  | 22        |
| 3.2.3 Transversal.....  | 22        |
| 3.3. Población y Muestra .....  | 22        |
| 3.4. Técnicas e instrumentos.....   | 23        |
| 3.4.1. Técnicas .....   | 23        |
| 3.4.2. Instrumentos.....  | 23        |
| 3.5. Procesamiento de la información.....   | 24        |
| 3.6. Consideraciones Bioéticas .....  | 24        |
| <b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>   | <b>26</b> |
| 4.1.    Análisis de la situación actual .....   | 26        |
| Tabla 1. Distribución de encuestados según niveles de atención en los que laboran y grado de formación de estudios de tercer y cuarto nivel .....                           | 26        |
| Tabla 2. Determinación del nivel de conocimiento de los odontólogos según categorías de agrupación de las respuestas ofrecidas a cada pregunta incluida en la encuesta..... | 32        |
| Tabla 3. Manejo odontológico del paciente con cáncer oral según manifestaciones clínicas y uso de medicamentos.....   | 36        |
| Tabla 4. Conocimiento sobre generalidades y sintomatología del cáncer oral .....  | 38        |
| Tabla 5. Conocimiento sobre diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del paciente con cáncer oral .....  | 47        |
| Tabla 6. Conocimiento sobre tipos de tumores y factores pronóstico.....   | 49        |
| Tabla 7. Conocimiento sobre las etapas clínicas del cáncer oral, estadios y objetivo del cuidado paliativos a los pacientes de cabeza y cuello .....                        | 51        |
| Tabla 8. Causas de mortalidad por cáncer oral, frecuencia de localización, signos de lesión cancerígena y factores de riesgos .....   | 53        |
| Tabla 9. Exámenes complementarios para el diagnóstico definitivo, protocolo de derivación.....  | 55        |
| Tabla 10. Conducta a seguir para la alimentación al paciente con odinofagia por cáncer oral .....   | 56        |
| 4.2Análisis comparativo .....   | 60        |
| <b>CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>   | <b>61</b> |
| 5.1. Conclusiones.....  | 62        |

|  |    |
|--|----|
| 5.2. Recomendaciones .....   | 62 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 63 |
| ANEXOS .....   | 71 |
| Anexo 1. Formato de Encuesta.....  | 71 |
| Preguntas para medir nivel de conocimiento de Odontólogos sobre cáncer oral.....   | 71 |
| Anexo 2. Propuesta de actividades para potenciar el conocimiento de los odontólogos en relación con el manejo del paciente con cáncer oral en los diferentes niveles de la red pública integral de salud, según manifestaciones bucodentales, niveles de prevención y clasificación de los tumores de cavidad oral ..... | 79 |

## INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es la sexta neoplasia más común en seres humanos a nivel mundial. Según informes de investigación, en el año 2018 se diagnosticaron 3200 nuevos casos de esta enfermedad, con una incidencia anual del 2,1%. A pesar de su impacto negativo, esta enfermedad a menudo pasa desapercibida para la población en general y algunos profesionales de la salud, lo que lleva a un diagnóstico tardío y a la muerte de 145,000 personas debido a esta afección (Cabrera et al., 2020).

Esto ha resultado en una variación significativa en la prevalencia del cáncer oral en diferentes regiones del mundo e incluso dentro de los mismos países, especialmente en aquellos con divisiones geográficas y subpoblaciones más pequeñas (Dhanuthai et al., 2018).

En Ecuador, aproximadamente el 29% de la población sufre de cáncer en la cabeza y el cuello, siendo el 2,7% de estos casos relacionados con el cáncer de labio, cáncer oral y faringe. Además, a partir de los 55 años, hay un aumento en la probabilidad de desarrollar cáncer, con una mayor tendencia en las mujeres (Naranjo, 2018).

En respuesta al pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante su 74ª Asamblea Mundial de la Salud, y en línea con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) y el Plan de Salud Bucal de Ecuador, las instituciones que conforman la Red de Atención Integral de Salud deben tomar medidas para mejorar la salud bucodental de la población; para lo cual, el máximo organismo internacional recomendó abandonar la visión curativo tradicional centrada en la enfermedad, y adoptar un enfoque preventivo que promueva la salud oral en entornos familiares, escolares y laborales, brindando una atención oportuna, integral e inclusiva (OMS, 2022).

Este pronunciamiento destaca la importancia de abordar las enfermedades no transmisibles, incluido el cáncer, como parte de los esfuerzos para lograr una salud bucodental óptima. El cáncer oral conlleva una alta morbilidad, discapacidad, limitaciones físicas y psicológicas, disfunción familiar y carga económica tanto para los individuos como para el sistema de salud nacional.

La Asamblea Mundial de la Salud recomendó desarrollar intervenciones rentables, costo-efectivas y de amplio alcance como parte del plan de acción en salud bucodental, para abordar el tema desde diferentes frentes y contribuir al logro de los objetivos de salud bucodental.

En este contexto, y considerando la necesidad de alinear la atención actual en salud con un –enfoque preventivo, se plantea llevar a cabo una intervención educativa odontológica para mejorar los conocimientos sobre la atención odontológica a pacientes con cáncer oral, la que se describe por capítulos:

En el **Capítulo I** se abordará la problemática relacionada con el tema de investigación, se describirá el estado actual de la odontología y la situación del cáncer oral a nivel mundial y en Ecuador.

En el **Capítulo II** dedicado al marco referencial en el que se realizará una revisión bibliográfica exhaustiva sobre las variables de estudio, lo cual permitirá comprender los objetivos y propósitos de la investigación.

El **Capítulo III** presentará el diseño de la investigación, que se define como un estudio mixto, en el que se valida un instrumento para medir nivel de conocimiento y se proporcionarán las conceptualizaciones relacionadas con la investigación.

En el **Capítulo IV** se llevará a cabo un análisis de la situación actual de todos los participantes de la investigación después de la aplicación de los reactivos relacionados con la investigación. Se responderán todas las preguntas planteadas en el estudio.

Finalmente, en el **Capítulo V** se presentarán propuestas relacionadas con la estructura metodológica de la investigación, con el objetivo de obtener un conocimiento más detallado sobre las variables de estudio.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Planteamiento del Problema

A pesar del desarrollo de la Estrategia Nacional para la Atención Integral del Cáncer en el Ecuador y de los resultados positivos alcanzados con su implementación; en el campo de la Odontología, el país enfrenta un problema de salud relacionado con la atención integral a las enfermedades neoplásicas que afectan al aparato estomatognático; entre las que se encuentran:

1. **Cáncer oral:** enfermedad relativamente común en el contexto ecuatoriano, con una incidencia promedio anual de 1,500 nuevos casos en todo el país (IARC, 2020), frecuencia que varía dependiendo de la región geográfica y los grupos de edad específicos. Sus estadísticas engloban datos de los diferentes tipos de carcinoma que se originan en esa localización anatómica como son el de labio, lengua, encías, paladar, amígdalas y suelo de la boca. (O.M.S, 2023)
2. **Tumores benignos y malignos de las glándulas salivales:** representan aproximadamente el 3 % de todos los tumores de cabeza y cuello, entre los que principalmente se encuentra el adenoma y los carcinomas mucoepidermoides. (O.M.S, 2023).
3. **Tumores óseos maxilofaciales:** patología que puede afectar los huesos de la mandíbula y el maxilar, como el osteosarcoma, el condrosarcoma y el ameloblastoma. (O.M.S, 2023).
4. **Tumores de los tejidos blandos de la boca:** Pueden surgir en los tejidos blandos de la cavidad oral, como los sarcomas de tejidos blandos y los melanomas orales (O.M.S, 2023)

En relación con estas dos últimas clasificaciones, no se ofrecen datos específicos sobre sus frecuencias, debido a que la disponibilidad de estadísticas es limitada por la baja incidencia de este tipo de enfermedades; a que aún la investigación en este campo es escasa y a la inexistencia de un registro único estadístico nacional que permita obtener información fidedigna. Sin embargo, resulta relevante destacar que el Odontólogo debe contar con los conocimientos necesarios que le permitan revertir esta situación (O.M.S, 2023).

Otro elemento que agudiza la problemática en estudio es que en la actualidad la atención en los establecimientos públicos de primer nivel que conforman la RPIS del Ecuador enfocan sus esfuerzos en la prevención de cánceres de alta prevalencia como pueden ser el de mama, próstata o el cervicouterino. Sin embargo, en cuanto manejo del carcinoma oral se refiere, la atención es

limitada, sus acciones aún no alcanzan a la totalidad de población asignada por Odontólogo y en las fuentes de información consultadas no se aprecia suficiente información que sistematice los resultados de acciones de pesquisa activa para el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento permanente de pacientes con este tipo de enfermedad (MSP, 2018).

Lo descrito puede deberse, entre otras causas, a que aún esta situación no se visualiza como un problema a resolver para mejorar no solo el estado de la salud oral individual; sino también la salud familiar y comunitaria, medida que pudiera contribuirá a disminuir la carga al sistema sanitario por concepto de gastos de recursos para la atención a enfermedades evitables y a minimizar los gastos de la economía personal y de la familia por esta causalidad (MSP, 2018; (O.M.S, 2023)

Un análisis integrador de lo detallado, devenido del enfoque sistémico, teoría multidisciplinaria e integradora que reconoce que un cambio en una parte del sistema puede tener efectos en otras de su mismo conjunto, focaliza la posibilidad de indagar acerca de cómo una intervención educativa odontológica consigue potenciar conocimientos en una población de odontólogos que laboran en primer nivel, para que puedan brindar atención integral al paciente con cáncer de cavidad oral (Izzeddin y Jiménez, 2013; Acosta, 2017; Hernández, 2018)

En la provincia del Guayas se aprecia un crecimiento del número de establecimientos públicos y privados, con un predominio de estos últimos, dedicados a la atención odontológica general a población ecuatoriana; sin embargo, en las bases de datos consultadas, no existe disponibilidad de información sobre el nivel de conocimiento de estos profesionales para brindar atención odontológica integral al paciente con cáncer oral, elemento que puede estar motivado por:

- Escasez de estudios sobre la temática y publicaciones en las que se hayan abordado la problemática referente al conocimiento y la capacitación de los odontólogos en relación con la atención integral del cáncer oral en la provincia del Guayas. La ausencia de información en las bibliografías consultadas puede reflejar esta carencia de datos disponibles.
- Necesidad de reorientar la formación académica en el campo de la odontoncología para la atención integral al paciente con cáncer en cualquier localización anatómica, incluida la oral, o en tratamiento oncoespecífico. Al respecto, es importante destacar que el cáncer oral

requiere un enfoque especializado y multidisciplinario, que abarque tanto aspectos médicos como odontológicos, y puede ser necesario fortalecerse mediante acciones de formación de cuarto nivel o a través de capacitaciones durante la formación profesional; para el caso que nos ocupa, se considera que una intervención educativa puede contribuir al alcance de esa meta.

La problemática expuesta expresa que, ante esta situación, resulta fundamental fomentar la realización de investigaciones que además de determinar el nivel de conocimiento que, sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos incluidos en el estudio; permita identificar las acciones y actividades oncológicas establecidas en los documentos que regulan la atención odontológica integral al paciente con cáncer oral en los diferentes niveles de la Red Pública Integral de Salud.

## **1.2. Delimitación del Problema**

**Línea de Investigación de la Universidad:** Salud pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población.

**Sub línea de la maestría:** Atención Primaria de Salud (APS) - Promoción de la Salud.

**Objeto de estudio:** Educación oncológica en el conocimiento de los odontólogos para la atención al paciente con cáncer oral

**Unidad de observación:** Conocimientos sobre la atención integral al paciente con cáncer oral.

### **Espacio:**

- Subcentros de Salud Distrito 09D24
- Hospital IESS Duran

### **Tiempo**

Agosto de 2022 y Junio de 2023

## **1.3. Formulación del problema**



El incremento del número de pacientes odontoncológicos, definición conceptual que agrupa a personas con cáncer en cualquier localización anatómica, incluida la oral y en tratamientos oncoespecífico en el Ecuador y el aumento del número de establecimientos públicos y privados dedicados a la atención odontológica general a población ecuatoriana en la provincia del Guayas, genera el siguiente problema de investigación:

**¿Cómo influirá la educación oncológica en el conocimiento de los odontólogos para la atención al paciente con cáncer oral?**

#### **1.4. Determinación del Tema**

**Variable Dependiente:** Conocimientos sobre la la atención odontológica integral al paciente con cáncer oral.

Esta variable depende de otros factores y representa el objetivo principal de la investigación a desarrollar; en este caso, se busca determinar el nivel de conocimientos que los odontólogos tienen sobre la atención integral a pacientes con cáncer oral. Al respecto, se considera relevante destacar que los conocimientos se refieren a aspectos específicos relacionados con la atención odontológica de este tipo de pacientes, como es el dominio de protocolos de manejo, uso de técnicas especializadas, cuidados durante el tratamiento oncoespecífico, identificación de lesiones precancerosas, prevención de complicaciones, entre otros elementos.

**Variable Independiente:** Educación oncológica en los odontólogos.

Para el presente estudio se considera que esta variable es el factor que se investiga para determinar su influencia sobre el conocimiento en materia de cáncer oral. En este caso, se trata de la educación oncológica recibida por los odontólogos, la que busca obtener información relevante que permita diseñar una intervención educativa odontoncológica para potenciar el conocimiento de los odontólogos en relación con el manejo de pacientes con cáncer oral en los diferentes niveles de la RPIS.

### **1.5.Objetivo General**

- Diseñar una propuesta educativa odontoncológica para potenciar conocimientos de los odontólogos en relación con el manejo de pacientes con cáncer oral en los diferentes niveles de la Red Pública Integral de Salud.

### **1.6. Objetivos específicos**

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas de interés investigativo
- Validar un cuestionario para la determinación del nivel de conocimiento sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos que trabajan en la RPIS.
- Identificar el nivel de conocimiento que poseen los odontólogos sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención a través de la encuesta.
- Proponer actividades requeridas como exámenes de diagnósticos, charlas educativas sobre la importancia de la salud bucodental, derivación, consulta y seguimiento de pacientes, para potenciar el conocimiento de los odontólogos con relación el manejo del enfermo con cáncer oral en los diferentes niveles de la Red Pública Integral de Salud.

### **1.7.Justificación**

El impacto de los cambios en los estilos de vida y las alteraciones en los ecosistemas humanos, animales y ambientales en las sociedades contemporáneas ha generado una variabilidad en las respuestas individuales y colectivas frente a diversas situaciones de salud, incluyendo las enfermedades oncológicas. La comprensión de la complejidad de estas situaciones requiere un análisis global que abarque desde el origen y diferenciación celular hasta la oncogénesis, procesos que demandan una interpretación clínico-salubrista del proceso de salud-enfermedad en pacientes con cáncer.

El cáncer, con su creciente incidencia y su condición de enfermedad crónica, se ha convertido en uno de los problemas de salud más relevantes en el mundo moderno. En tal sentido,

su abordaje debe ser realizado desde diferentes ámbitos profesionales, adoptando en ello un enfoque multidisciplinario, intercultural y de género.

A nivel mundial se diagnostican anualmente 14 millones de nuevos casos de cáncer, de los cuales ocho millones de pacientes fallecen a causa de esta enfermedad. Esta realidad que también afecta a Ecuador, lo convierte en un elemento de valor científico que justifica la necesidad de investigar acerca de los aspectos clínicos, epidemiológicos y de la salud pública que caracterizan a las enfermedades oncológicas más prevalentes en el contexto nacional, con el objetivo de prevenir sus complicaciones bucodentales y de forma específica indagar en las metodologías dirigidas al desarrollo de acciones educativas odontoncológicas para la atención integral al pacientes con cáncer oral.

En Ecuador, el perfil epidemiológico del cáncer muestra que, del total de la población contabilizada a nivel nacional en el 2019 (17,373,657 individuos), 28,058 personas padecían enfermedades neoplásicas. Entorno en el que se reportaron 14,559 defunciones por esa causa en el 2018; decesos de los cuales, el 29,4 % ocurrieron de forma prematura.

Las estadísticas mencionadas requieren de un análisis interpretativo en concordancia con el llamado multilateral de la OMS para fortalecer las acciones dirigidas a reducir el impacto del cáncer. Este organismo recomienda la reducción de los factores de riesgo, el impulso del tamizaje para su detección temprana, mejorar el acceso al diagnóstico, promover el tratamiento adecuado y brindar cuidados continuos y paliativos a los pacientes oncológicos.

En la provincia del Guayas el número de pacientes con cáncer en las diferentes localizaciones anatómicas muestra un ascenso sin precedentes. Según estadísticas de los años 2016 y 2017 del Hospital SOLCA de Guayaquil, ofrecidas por un estudio local (Sáez, 2023), se conoce que en este contexto los grupos etarios más afectados por cáncer oral son los que agrupan a individuos de 50 años de edad en adelante, a predominio del sexo masculino, resultados confirmatorios de que a mayor envejecimiento y más exposición a factores de riesgos, incrementa el desarrollo de la enfermedad y en consecuencia aumentan los requerimientos de prevención a edades más temprana de la vida.

En esa provincia la prevalencia de cáncer oral para los años indicados fue de 65 %; ámbito dónde los principales factores de riesgo asociados a la enfermedad son el consumo de tabaco, el

consumo excesivo de alcohol, la mala higiene oral, las dietas deficientes y la infección por el virus del papiloma humano (VPH).

Lo descrito, unido al incremento de instituciones odontológicas asistenciales en la provincia del Guayas, justifica la necesidad de indagar sobre el nivel de conocimientos de los odontólogos para brindar atención integral al paciente con cáncer oral.

## CAPÍTULO II: MARCO TEORICO REFERENCIAL

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes históricos

El cáncer oral es un problema que ha presentado altas incidencias en los últimos años, que se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores a los 50 años. Es una enfermedad que evidencia una serie de factores siendo el tabaco y el alcohol los que contribuyen de manera directa a su desarrollo (Mateo & Somacarrera, 2015). Es así que su estudio y manejo es de vital importancia para el área de odontología.

A continuación, se detalla una serie de investigaciones enfocadas en las siguientes temáticas: educación oncológica, cáncer oral, atención al paciente, conocimiento de odontólogos y su relación entre sí. Con el fin de generar datos que contribuyan en la presente investigación:

Mateo y Somacarrera (2015) realizaron una investigación sobre el cáncer oral. El objetivo de este estudio fue generar una actualización del cáncer oral, su mecanismo genético y la tumorigénesis. Se aplicó como metodología una revisión sistemática. La conclusión más importante de esta revisión sobre el cáncer oral es que la enfermedad es un problema que aumenta con la edad, aproximadamente el 90% de los tumores que aparecen en la boca después de los 50 años son carcinomas de células escamosas. El cáncer oral es multifactorial, pero los dos factores de riesgo más importantes son el tabaco y el alcohol. La prevalencia del cáncer bucal sigue aumentando, por lo que es tan importante el papel de los odontólogos en la detección precoz de esta enfermedad, que mediante una correcta anamnesis y correctos exámenes extraorales e intraorales se puede reducir la morbimortalidad.

Torrano y Navarrete (2020) realizaron una investigación sobre la importancia del tratamiento de odontología en pacientes con cáncer. Se trabajó por medio de una revisión sistemática. Se evidenció que los pacientes que cuentan con una adecuada salud bucodental antes de iniciar el tratamiento para erradicar el cáncer cuentan con menor riesgos de presentar un efecto secundario ocasionado por el mismo. De esta manera es muy importante que el paciente acuda al odontólogo de manera constante.

Ordoñez et al., (2020) realizaron una investigación sobre la atención odontológica en pacientes oncológicos en base a los actores de una institución. El objetivo fue la caracterización de la atención en pacientes con cáncer. Se trabajó por medio de un estudio cualitativo, descriptivo con la entrevista semiestructurada como herramienta a 15 profesionales de odontología. Los resultados evidencian que existe una ausencia con respecto a las guías de la atención odontológica en pacientes con cáncer, además, se evidencian barreras personales, económicas, de organización, sociales y referentes a la cultura.

De esta manera es muy importante la creación de guías enfocadas de manera directa en la atención de pacientes con cáncer. Ordóñez et al., (2020) realizaron una investigación sobre la evaluación de los conocimientos del cáncer oral y el manejo odontológico de un paciente con cáncer. Se trabajó por medio de un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. La herramienta de recolección de datos es un cuestionario de 19 preguntas a 360 participantes. Según la escala de calificaciones utilizada, los niveles en ambas categorías fueron "normales", con una media de 8,7/19 para los estudiantes de odontología; 11.2/19 para estudiantes de medicina y 11.3/19 para estudiantes de posgrado. La media general fue de 10,3 respuestas satisfactorias ( $\alpha=0,05$ ).

Hubo una diferencia estadísticamente significativa al evaluar las tres escuelas de odontología en estas dos categorías, y la rúbrica reflejaba un desempeño "normal" incluso para las escuelas con el mejor promedio. Los niveles de conocimiento sobre el cáncer oral y el cuidado dental entre los pacientes con cáncer son insuficientes en la población evaluada y se necesitan nuevas estrategias para abordar estos temas desde una perspectiva académica.

Plúas (2022) realizó una investigación sobre el manejo para evitar el desarrollo de osteorradionecrosis en pacientes que presentan cáncer. Se trabajó por medio de un diseño descriptivo analítico y transversal por medio de una revisión sistemática. Se evidenció que esta patología se presenta con mayor frecuencia por un descuido por parte de los profesionales, donde muchas de las veces evitan las terapias de radiación. De esta manera se concluyó que es muy importante el desarrollo de un manejo preventivo por parte del odontólogo para evitar complicaciones en el paciente con cáncer.

Lanza (2021) realizó una investigación sobre el tratamiento odontológico integral en un paciente que presenta cáncer. El tratamiento odontológico del paciente oncológico quizás sea uno de los mayores retos que un odontólogo puede afrontar, ya que es una situación muy

compleja, que requiere una atención minuciosa, integral, ordenada y coordinada con un equipo multidisciplinario, con el objetivo de la curación completa. del paciente con los menores efectos secundarios provocados por el tratamiento oncológico. Para lograrlo es fundamental seguir un protocolo de atención oncológica el cual se dividirá en 3 etapas: pre, intra y post oncológica que incluyen diferentes tratamientos. Esta labor es dirigida por el odontólogo general, quien muchas veces es el profesional encargado de realizar algunos o todos estos tratamientos debido a que el paciente vive lejos del centro hospitalario y solo acude allí para realizar un tratamiento oncológico específico.

Alvarado et al., (2020) realizaron una investigación sobre el manejo odontológico en el paciente que presenta cáncer de cabeza y cuello. El manejo odontológico y la rehabilitación de restauraciones maxilofaciales deben realizarse en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento oncológico. se convierten en enfermedades concomitantes, por lo que una buena salud bucal es fundamental para la calidad de vida. La importancia de un correcto manejo odontológico y restaurador comienza con la higiene bucal, la rehabilitación dental y periodontal; el uso de dentífricos antisépticos y medicados ayuda a mantener la boca en buen estado y aumenta la tolerancia a los tratamientos contra el cáncer.

Es así que, se evidencia la existencia de múltiples investigaciones que se enfocan en una adecuada atención y manejo de los pacientes que presentan cualquier tipo de cáncer. Siendo de vital importancia que cada uno de los pacientes que presentan cáncer cuenten con una idónea salud oral para evitar algún efecto secundario propio de un tratamiento de este tipo de enfermedades. Por otra parte, también se constató la inexistencia de protocolos que se enfoquen de manera directa en el manejo de pacientes con cáncer.

## **2.1.2. Antecedentes referenciales**

### **2.1.2.1. Cáncer Oral**

El cáncer oral forma parte del abanico de enfermedades del aparato estomatognático que afectan a los individuos en todo el mundo. Al respecto, el organismo internacional rector de la salud pública informa que casi la mitad de la población global (3,5 mil millones de personas; equivalente al 45 % de los habitantes del globo terráqueo), padecen enfermedades bucodentales y que tres de cada cuatro diagnosticados viven en países de ingreso bajo y mediano (OMS, 2022)

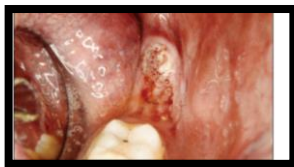
El rápido aumento de las enfermedades bucodentales evidencia que, en los últimos 30 años, este indicador ha crecido en casi mil millones de enfermos, elemento indicativo de que muchas personas no disponen de acceso a la prevención y tratamiento de estas enfermedades (OMS, 2022).

Su incremento representa una grave preocupación para todos los países; debido, entre otras causas, a que la evidencia científica revela que esta es una enfermedad evitable, que afecta a pacientes mayores de 50 años, con una incidencia mayor en hombres, asociada a factores de riesgo como conductas poco generadoras de salud, adopción de hábitos orales inadecuados, consumo de tabaco y alcohol, inasistencia a consultas odontológicas de seguimiento, entre otras.

En Ecuador, la incidencia del cáncer oral oscila en alrededor de 43 casos por cada 100.000 habitantes. Enfermedad que genera una significativa carga para el Sistema Nacional de Salud y economía personal de los enfermos, elemento que destaca la necesidad de una mayor atención y enfoque en la prevención y tratamiento de esta enfermedad devastadora.

Las figuras 1 y 2 muestran imágenes de lesiones cancerosas en cavidad oral, tomadas de autores dedicados al estudio de esta enfermedad.

**Figura 1.** Carcinoma epidermoide en trígono retromolar.



**Fuente:** Ontané, 2019.

**Figura 2.** Cáncer Oral



**Fuente:** García, 2009

#### 2.1.2.2. Factores de Riesgo del Cáncer Oral



**Tabla 1.** Factores de riesgo de cáncer oral

| <b>Factor de Riesgo</b>                            | <b>Descripción</b>   |
|--|--|
| Consumo de Tabaco y Alcohol                        | Son los principales causantes de cáncer oral. Se ha evidenciado que la nicotina presente en cualquier presentación del tabaco genera daños en la mucosa oral, el cerebro y otros órganos. Con respecto al alcohol, este al ser ingerido se convierte en acetaldehído que es el promotor del desarrollo de una gran cantidad de tumores.  |
| Infección por Virus del Papiloma Humano            | El VPH es un pequeño virus que cuenta con un ADN circular con doble cadena de un tamaño de 8 kilo bases. En el área de cabeza y cuello, el VPH16 es el tipo más común asociado con la carcinogénesis, seguido del VPH18.   |
| Papel de inflamación para el desarrollo del cáncer | La inflamación de tipo crónica es propensa a desarrollar cáncer de tipo epitelial, siendo las neoplasias orales y faríngeas las que presentan una mayor incidencia. El microambiente que presenta un tumor generalmente se encuentra conformado por las siguientes células: fibroblastos, miofibroblastos, células adiposas, células inmunitarias y células inflamatorias y matriz extracelular (MEC). |
| Microbiota Oral                                    | La gingivitis y la periodontitis son las afecciones inflamatorias de la estructura dental más comunes y el principal microorganismo causante de la periodontitis es <i>Porphyromonas gingivalis</i> .  |
| Predisposición de genes                            | La genética juega un papel fundamental en el desarrollo de cáncer oral, donde el 29,5 % de los familiares de primer grado de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, otros cánceres como el de las vías respiratorias y se pueden desarrollar cánceres del tracto orodigestivo superior.  |

La información contenida tabla evidencia cada uno de los factores de riesgo que contribuyen en el desarrollo del cáncer oral, siendo el consumo de tabaco y alcohol los de mayor influencia.

### **2.1.2.3. Epidemiología del cáncer oral**

El 3% de la población mundial tiende a desarrollar cáncer oral; sin embargo, existe una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste de Asia y la India donde se estima una incidencia del 40%. En cada año se estima una aparición de 575000 nuevos casos de este tipo de cáncer. La edad superior a los 50 años representa la mayor frecuencia. Los principales sitios de daño son la lengua, suelo de la boca y mucosa yugal (Alvarado & Restrepo, 2016).

La carga de esta enfermedad es directamente proporcional a la identificación de grupos de alto riesgo y del desarrollo de estrategias de prevención y control efectivas para reducir su impacto en la salud pública. El consumo de tabaco y alcohol son los principales factores de riesgo conocidos para el cáncer oral. Además, la infección por el virus del papiloma humano (VPH), especialmente el subtipo 16 (VPH-16), el que se asocia a la localización del cáncer oral en orofaringe.

Con frecuencia se reporta que las leucoplasias y eritroplasias constituyen las lesiones precancerosas mayormente identificadas como antecedentes patológicos personales presentes en individuos con cáncer oral; las que pueden detectarse y tratarse antes de que se conviertan en un problema de mayor magnitud para la salud individual y familiar y genere gastos por concepto de atención de salud.

De igual forma, en el contexto ecuatoriano, la leucoplasia, y la eritroplasia más la eritroleucoplasia constituyen los trastornos bucales potencialmente malignos más frecuentes, localizados con mayor frecuencia en la base de la lengua y la mucosa del carrillo, con un predominio en los pacientes mayores de 60 años y en las mujeres.

La supervivencia a largo plazo y el pronóstico del cáncer oral varían según el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico y la efectividad del tratamiento. La detección temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

#### 2.1.2.4. Signos y síntomas del cáncer oral

#### 2.1.2.5. Localizaciones del cáncer oral

Generalmente el cáncer oral se esparce alrededor de cada una de las áreas de la cavidad bucal; sin embargo, el labio inferior (Figura 3) corresponde al sitio que presenta una mayor incidencia de este tipo de patología, esto debido a que se encuentra mayormente expuesto al medio ambiente.

**Figura 3.** Carcinoma basocelular de labio y piel de barbilla.



**Fuente:** García, 2009

El carcinoma escamoso de tipo celular se manifiesta por su existencia dentro de una variedad de áreas anatómicas, tales como:

- **Labio Inferior**

Presenta una incidencia que oscila entre el 30-40% afectando de manera primordial a hombres. Esto se debe debido a que este labio se encuentra más expuesto al medio ambiente, tales como la exposición crónica a la luz del sol; esto genera el desarrollo de la patología queilitis actínica que desarrolla una úlcera que no presenta una adecuada cicatrización, que conlleva a la presencia de un tejido duro y posterior una metástasis que incluso puede afectar al pulmón.

- **Lengua**

Tiene una incidencia del 50% de lesiones de cáncer oral, que conlleva a una mayor cantidad de muertes. Se presenta de manera muy frecuente en los bordes laterales específicamente en su tercio medio. Generalmente se desarrollan lesiones en forma de leucoplasia que conllevan el desarrollo de úlceras, endureciendo tejidos por lo que se inmoviliza

la lengua y por ende una alteración en el habla. Esto promueve el desarrollo de la metástasis que se extiende hacia el suelo de la boca, la faringe y los ganglios linfáticos.

- **Suelo de la boca**

Presenta una incidencia del 15% cuya localización es en la línea media por la parte delantera de las carúnculas sublinguales, considerándose como la parte que puede presentar una mayor afectación. Esto se debe a que se tiene a provocar obstrucción ya que se extiende hasta la parte superficial ventral de la lengua y sínfisis mandibular. Cuando se presenta en esta área de la cavidad bucal se dificulta principalmente las funciones de la fonación y la deglución, la cual se observa como un área de artroplastia que con el pasar del tiempo tiene a desarrollar la metástasis.

- **Paladar**

Tiene una incidencia que oscila entre el 6-8%, cuyo aspecto clínico inicia con la presencia de placas eritroplásicas por lo que existe una invasión de tipo anatómica afectando a la faringe, ganglios linfáticos e incluso la yugular.

- **Mucosa Bucal**

Corresponde a la zona con mayor afectación que evidencia lesiones malignas tales como leucoplasia o liquen plano oral. Esto inicia con la aparición de un nódulo de tamaño muy pequeño que con el transcurso del tiempo promueve el desarrollo de úlceras que se dispersan en a lo largo de la línea oclusal.

#### **2.1.2.6. Impacto global del cáncer oral en el mundo y Ecuador**

El cáncer oral es una patología que afecta tanto a los labios como a la mucosa oral, encías, paladar, lengua, suelo de la boca y área de los molares. Por lo que se ha convertido en un desafío para la salud pública no solo por las altas de incidencia y mortalidad, si no también por la necesidad para el uso de un plan integral que permita su prevención, diagnóstico y uso de un adecuado tratamiento, disminuyendo siempre la desigualdad social para las personas con esta enfermedad (Cueva, Tarupi, & Cabalero, 2022).

Nuñez, et al., (2018) determinaron que la mortalidad por cáncer oral en Ecuador aumentó significativamente durante los últimos 16 años, a diferencia de otros países que muestran una disminución en las tasas brutas de mortalidad. Las provincias ecuatorianas presentan alta variabilidad en tipos y tasas de cáncer. El análisis espacial indica la presencia de conglomerados de alta ocurrencia en seis provincias del país: Cotopaxi, Los Ríos, El Oro, Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas y Tungurahua. Los factores asociados a este patrón geográfico deben ser estudiados para crear e implementar políticas orientadas a disminuir la mortalidad por CO en el Ecuador. Se deben desarrollar mejores registros de cáncer para mejorar la vigilancia de las enfermedades oncológicas en el país.

Este tipo de cáncer han evidenciado una alta necesidad de promover el desarrollo de una campaña educativa en cada uno de los niveles (local, regional y nacional) tanto por instituciones de educación como de ciencia con la ayuda directa de entidades estatales. Además, se incluye una serie de prácticas de vital importancia para el área de la odontología quienes deben procurar siempre a la prevención del cáncer oral como a la salud de los dientes y los tejidos de soporte (Rocha, 2019).

Se ha evidenciado una serie de cambios provocados por el cáncer oral que ha favorecido el desarrollo de tristeza, shock, rabia solicitando ayuda en los profesionales de la psicología. En el ámbito familiar se ha evidenciado que grandes afectaciones, haciendo falta altos índices de apoyo emocional. A nivel socioeconómico se ha evidenciado que el cáncer ha generado daños en las relaciones laborales, donde cada una de sus actitudes influenciaron tanto en la responsabilidad como el rendimiento de la persona (Zarza & Marmol, 2017).

La enfermedad de cáncer en sus múltiples patologías genera impacto negativo en la armonía familiar, que dependen inicialmente del diagnóstico, grado de incapacidad, tipo de tratamiento y el pronóstico de vida de la persona. El cáncer como tal desarrolla una serie de efectos secundarios generados por los signos y síntomas, incluyendo los generados por el tratamiento, por lo que se da un cambio total en cada uno de los roles, reglas, límites y autonomía de cada uno de sus miembros. Cada uno de ellos se ven afectados a nivel emocional, cognitivo y conductual (Ovelar, 2018).

### **2 1.2.8. Evolución de la atención odontológica en la práctica asistencial**

En la actualidad el odontólogo no cuenta solo conocimientos específicos sobre la salud oral que incluye la promoción, prevención, diagnósticos, tratamiento y rehabilitación, sino que también cuenta con una formación integral denominada “más allá de la boca”. Esto incluye la capacitación para identificar múltiples aspectos psicosociales en cada uno de sus pacientes que puedan generar riesgos en la salud (Díaz, Tirado, & Madera, 2014).

Tanto la calidad de la atención en salud como la seguridad del paciente son cualidades muy importantes para el desarrollo de una idónea atención sanitaria garantizando siempre las condiciones de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud. No obstante, a pesar de cada uno de los esfuerzos asistenciales se ha evidenciado una serie de problemas principalmente con la seguridad del paciente. Es así que, en el año 2004 se impulsó el resguardo de la seguridad del paciente, por medio de la cual se pretende reducir los riesgos asistenciales que generen daños en los pacientes (Manrique, Chávez, Manrique, & Manrique, 2022).

Se ha evidenciado que la relación entre el médico y el paciente se considera como un aspecto sensible y humano en cada una de las áreas que se asocian a la medicina. Se involucra cada uno de los factores tales como: característica del paciente y médico, aspectos de comunicación, conductas y actitudes, interacciones de afecto y las características del ámbito. Si se cumple con cada uno de estos factores se evidencia una atención de calidad para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que sufre el paciente.

Se basa de manera directa en principios éticos iniciando con el código babilónico del rey Hammurabi en el siglo siete antes de cristo, por medio del cual se tomó en consideración los agentes sanitarios (médico) en la curación de las múltiples enfermedades. Después de la segunda guerra mundial generó una serie de cambios a nivel política, económica y social debido a la gran desigualdad por la falta de acceso a la salud. A partir de la misma se evidencia la falta de cumplimiento de los derechos de los pacientes donde se tomó en consideración añade dos nuevos principios: la autonomía (del paciente) y la justicia (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud) (Apolo, Apolo, & Apolo, 2017).

De esta manera surgió la bioética en la odontología donde se toma en consideración la calidad del servicio con el cumplimiento de cada uno de los derechos del paciente. Es así que

esta rama de la medicina necesita de una serie de bases de filosofía y principios de la bioética con el fin de llevar una práctica clínica racional y más consciente del paciente siendo este considerado como una persona (Izzeddin & Jiménez, 2013).

### **2.1.2.9. Atención integral al paciente con cáncer oral**

La salud de un ser humano es un derecho constitucional, por lo que se debe promover el desarrollo de políticas para su promoción y desarrollo. La atención integral al paciente con cáncer oral es de suma importancia para brindar un cuidado durante todas las etapas de la enfermedad. Requiere de un enfoque multidisciplinario que involucre a diferentes profesionales de la salud, incluyendo odontólogos y demás miembros de los equipos de trabajo. (Lanza, Damian, 2021)

Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva del paciente con cáncer oral para determinar el alcance de la enfermedad, identificar las necesidades específicas del paciente y establecer un plan de tratamiento personalizado. Esto implica realizar exámenes clínicos y radiológicos, biopsias, estudios de laboratorio y evaluaciones de la función oral y general.

La atención integral debe incluir el manejo de los efectos secundarios y las complicaciones del tratamiento del cáncer oral. Los pacientes pueden experimentar dolor, mucositis oral, disfunción mandibular, trastornos de la deglución, pérdida de apetito y problemas de comunicación debido a la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Es esencial ofrecer cuidados paliativos y medidas de apoyo para aliviar estos síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Se debe prestar atención a la salud oral durante el tratamiento del cáncer oral. La higiene oral adecuada y el cuidado dental regular son cruciales para prevenir infecciones, mantener la salud de los tejidos bucales y minimizar los riesgos de complicaciones. Los odontólogos desempeñan un papel fundamental en el manejo de la salud oral de los pacientes con cáncer oral, realizando limpiezas, tratamientos periodontales, extracciones y proporcionando recomendaciones específicas de cuidado oral.

La atención integral también implica brindar apoyo psicológico y emocional a los pacientes y sus familias. El diagnóstico y tratamiento del cáncer oral pueden generar angustia, ansiedad y depresión. Es esencial contar con profesionales capacitados que ofrezcan apoyo

psicológico, orientación y educación sobre el manejo de las emociones y la adaptación a los cambios relacionados con la enfermedad.

La atención integral en el paciente con cáncer oral resulta ser un reto al que de manera frecuente se enfrenta un especialista en odontología, debido a que se considera como una atención muy meticulosa, ordenada y por ende coordinada cuya meta es la curación completa del paciente y con la menor cantidad posible de secuelas que causa la terapia oncológica. Todo esto con el fin de evitar la complicación del tratamiento que incluye el desarrollo de la mucositis orofaríngea, xerostomía y sialoadenitis, infecciones producidas por microorganismos (Lanza D. , 2011).

Este tipo de complicaciones se genera debido al tratamiento del cáncer como tal, influenciada de manera directa por la erradicación. Por lo que el manejo de este tipo de complicaciones comprende la identificación de los pacientes con alto riesgo permiten una atención idónea (Legañosa, 2013).

El manejo de los cánceres de la cavidad bucal es complejo, debido a las implicaciones funcionales y estéticas del tratamiento de los tumores de esta región. La respiración, el habla, la deglución, la vista, el olfato, el gusto, la masticación y la función de la mandíbula son solo algunas de las funciones críticas de la cabeza y el cuello que pueden verse afectadas, ya sea de manera temporal o permanente, por el tumor o su tratamiento. Además, nuestra estética facial y dental son importantes en cómo somos percibidos por los demás; la autoestima y la confianza en uno mismo pueden verse gravemente afectadas por el propio tumor y/o su tratamiento (Wong & Wiesenfeld, 2018).

Los dentistas desempeñan un papel fundamental en el tratamiento del cáncer oral, desde la detección de lesiones premalignas, la detección temprana del cáncer oral, el tratamiento de la dentición del paciente con cáncer oral antes y después del tratamiento definitivo, la vigilancia de tumores primarios recurrentes o nuevos junto con el especialista tratante y la rehabilitación de los dientes faltantes junto con el cirujano maxilofacial tratante y el prostodoncista (Madera, 2019).



## CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

### 3.1. Diseño de Investigación

Se llevó a cabo una investigación descriptiva de campo con enfoque mixto (**cuantitativo y cualitativo**), metodología que permitió validar un instrumento de medición para recolectar datos referentes al conocimiento que, sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos incluidos en el estudio; para posteriormente realizar el análisis estadístico e interpretar los resultados obtenidos.

### 3.2. Tipo de Investigación

#### 3.2.1 Descriptiva

Permitió el análisis de datos de interés investigativo obtenidos a través de una encuesta estructurada, la cual fue validada durante el proceso de investigación. El objetivo fue evaluar los conocimientos de los odontólogos que trabajan en la Red Integral Pública de Salud de la ciudad de Guayaquil. El enfoque se centró en la atención integral al paciente con cáncer oral.

#### 3.2.2 De campo

Momento investigativo dedicado a la aplicación del instrumento validado por la autora durante el proceso de investigación. Para esto, se empleó un formulario *Forms*, instrumento digital utilizado para alcanzar en tiempo real a los individuos incluidos en el estudio; herramienta que siguió las orientaciones establecidas por ello por autores Quincho, Cárdenas, Quispe, Flores e Inga (2022). Posteriormente, los datos recolectados se procesaron empleando la estadística descriptiva.

#### 3.2.3 Transversal

Tipo de investigación empleada en alineación al encuadre descriptivo seguido, el que permitió realizar análisis de frecuencias durante el período de estudio.

### 3.3. Población y Muestra

#### Población

Se trabajó con la totalidad de la población de estudio, conformada por los odontólogos del cantón Durán de la provincia del Guayas (N= 18) que brindaron servicios estomatológicos a

pacientes en las unidades de salud que conforman la RPIS del MSP, entre agosto de 2022 y junio de 2023; dato aportado por Distrito de Salud 09D24 Durán.

### **Muestra**

No aplica. Se trabajó con la totalidad de la población de estudio: N = 18 odontólogos que brindaron servicios estomatológicos a pacientes en las unidades de salud que conforman la RPIS del MSP, entre agosto de 2022 y junio de 2023

## **3.4. Técnicas e instrumentos**

### **3.4.1. Técnicas**

**Encuesta:** elaborada con el objetivo de recopilar información referente al conocimiento que, sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos incluidos en el estudio. Su construcción y validación siguió los postulados de Hernández (2018), para obtener datos de interés investigativo.

### **3.4.2. Instrumentos**

**Cuestionario (Anexo 1):** creado para dar salida al segundo objetivo específico de la investigación que se presenta, el que fue diseñado por la investigadora y validado durante el proceso investigativo, combinando métodos de validación de contenido, de constructo, de cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y prueba piloto; algoritmos que se detallan en el capítulo IV.

Para medir el nivel de conocimiento de los encuestados, tercer objetivo específico, se partió de la conceptualización de que esta es una variable cualitativa ordinal, la que hace referencia a categorías que tienen un orden o jerarquía, pero la distancia entre los valores no es necesariamente constante o medible. Para el caso del estudio que se presenta, el nivel de conocimiento se categorizó en los niveles de "bajo", "moderado" y "alto", criterio que se detalla a continuación:

- **Nivel de conocimiento bajo:** agrupó a los encuestados que respondieron correctamente a menos del 30% de las preguntas relacionadas con el cáncer oral.
- **Nivel de conocimiento moderado:** consideró a los encuestados que respondieron correctamente a entre el 30% y el 70% de las preguntas.

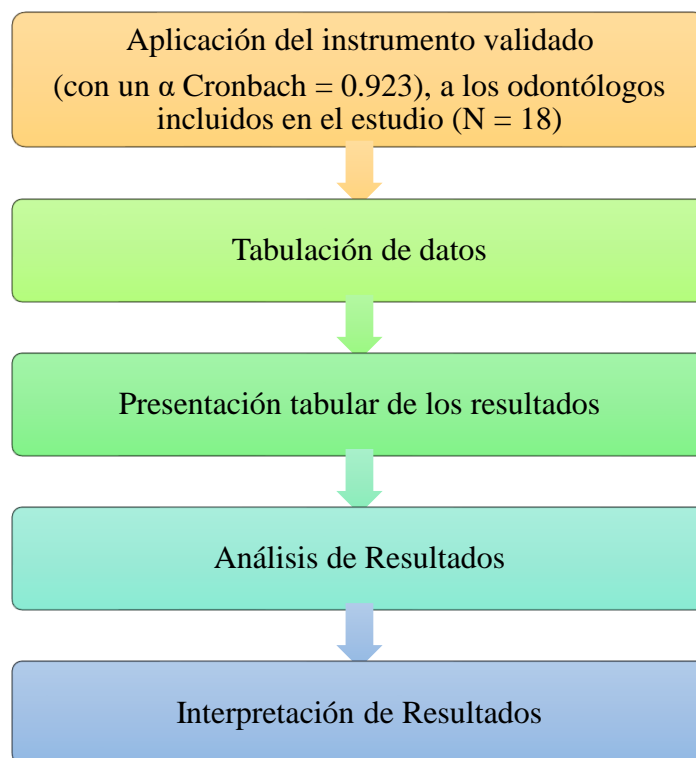
- **Nivel de conocimiento alto:** incluyó a los encuestados que respondieron correctamente a más del 70% de las preguntas.

La determinación del nivel de conocimiento que poseen los odontólogos de la RPIS incluidos en el estudio, partió de la aplicación del instrumento validado durante el proceso investigativo, mediante la combinación de métodos de validación de contenido, de constructo y de cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y prueba piloto.

### 3.5. Procesamiento de la información

Con los datos recolectados a partir de la aplicación del instrumento validado, se llevó a cabo el proceso que se muestra en el diagrama 1.

**Diagrama 1.** Procedimiento de recolección de datos



### 3.6. Consideraciones Bioéticas

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo de manera ética y responsable, sin realizar intervenciones intencionadas sobre variables biológicas, psicológicas o sociales de los sujetos incluidos en el estudio. La aplicación del instrumento se realizó en línea mediante un

formulario *Forms*, asegurando el anonimato y confidencialidad de los participantes; así como la integridad, privacidad y confidencialidad de los datos recopilados y para proteger los derechos de los colaboradores.

Antes de aplicar el instrumento, se solicitó el consentimiento informado de los 18 odontólogos que laboraron en el período y contexto de estudio. Para esto, el formulario *Forms* incluyó una sección detallada donde se proporcionó información clara y comprensible sobre el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los posibles riesgos y beneficios, y se les aseguró la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Los participantes tuvieron la opción de dar su consentimiento voluntario para participar, y se les indicó que podían retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

Además, se adoptaron medidas para proteger la privacidad de los participantes. Se eliminaron todos los datos personales que pudieran permitir la identificación directa de los individuos. Los datos se almacenaron en un servidor seguro con acceso restringido únicamente al equipo de investigación. La investigación se adhirió a las normativas y regulaciones éticas aplicables, incluyendo las directrices establecidas por la institución y las recomendaciones internacionales. Además, se declararon y gestionaron cualquier posible conflicto de interés relacionado con el estudio.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### 4.1. Análisis de la situación actual

Para alcanzar el **primer objetivo específico**, dedicado a caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas de interés investigativo, el formulario *Forms* aplicado recogió información sobre el tipo de institución de donde prestan servicios los odontólogos consultados según niveles de atención en los que laboran y grado de formación de estudios tercer o cuarto nivel, detalle que se desglosa en la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución de encuestados según niveles de atención en los que laboran y grado de formación de estudios de tercer y cuarto nivel**

| <i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (N= 18)</i>                      | <b>ENCUESTADOS</b> |          |
|---|--------------------|----------|
|   | <b>No.</b>         | <b>%</b> |
| <i>NIVELES DE ATENCIÓN EN LOS LABORAN</i>                       |                    |          |
| ▪ <i>Primer nivel: Subcentros de Salud Distrito 09D24 Durán</i> | 14                 | 77,77    |
| ▪ <i>Segundo nivel: Hospital IESS Durán</i>                     | 4                  | 22,22    |
| <i>GRADO DE FORMACIÓN DE ESTUDIOS</i>                           |                    |          |
| ▪ <i>Tercer nivel</i>   | 18                 | 100      |
| ▪ <i>Cuarto nivel</i>   | 6                  | 33,33    |

Los resultados obtenidos en este estudio destacan un panorama importante en términos de la distribución de profesionales de la salud bucodental y su nivel de especialización en el área. En esta investigación, se observa que la mayoría de los participantes laboran en el primer nivel de atención, específicamente en Subcentros de Salud del Distrito 09D24 Durán, del Ministerio de Salud Pública, con una proporción del 77,77 %. Esto sugiere que la base de profesionales de odontología está principalmente involucrada en la Atención Primaria de Salud (APS), lo que podría tener implicaciones significativas para la cobertura y acceso a los servicios dentales en esa área geográfica.

Al contrastar estos resultados con hallazgos de otras investigaciones relacionadas, podemos encontrar similitudes y diferencias que arrojan luz sobre las tendencias en la

distribución de profesionales en otros lugares o contextos. Estudios previos también han identificado la concentración de profesionales de la odontología en el primer nivel de atención, especialmente en áreas con recursos limitados y una alta demanda de atención médica general. Esto se alinea con la idea de que los servicios dentales en entornos de atención primaria pueden ser una parte esencial de la atención médica integral.

En relación con el nivel de especialización, los resultados revelan que solamente el 33,33% de los participantes cuentan con estudios de cuarto nivel en áreas de especialidades odontológicas. Esto sugiere que, en la población de estudio, una proporción relativamente menor de profesionales ha buscado un nivel más alto de formación y conocimiento en áreas específicas de la odontología. Esta situación podría influir en la capacidad de brindar atención más avanzada y especializada en situaciones clínicas complejas.

Al comparar estos resultados con otras investigaciones, es importante considerar estudios que evalúen el nivel de especialización en otros contextos o regiones. Puede haber variabilidad en la distribución de profesionales altamente especializados según la disponibilidad de programas de posgrado, la demanda de atención especializada y las políticas de salud locales. Los estudios anteriores podrían haber observado patrones similares de limitada especialización en áreas donde la atención primaria es una prioridad, pero podrían haber encontrado diferencias en lugares con más recursos y acceso a programas de capacitación avanzada.

Los resultados de este estudio destacan la distribución de profesionales de la salud bucodental en el primer nivel de atención y el nivel de especialización en el área. Al comparar estos resultados con investigaciones anteriores, podemos identificar tendencias comunes y considerar cómo estos hallazgos influyen en la prestación de servicios dentales y en la capacidad de brindar atención especializada en diferentes contextos de atención médica (Palomeque, 2018; Vignolo et al., 2011; Lucio et al., 2011).

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico, destinado a validar un cuestionario para la determinación del nivel de conocimiento que, sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos incluidos en el estudio, se procedió con los algoritmos siguientes:

Primeramente, se empleó el método de validación de contenidos (cualitativo), utilizado para asegurar que el cuestionario incluyera los temas que se desean medir, entre los que se encuentran: manejo integral del paciente con cáncer oral, manifestaciones bucodentales y niveles de prevención de los odontólogos que trabajan en la RPIS, como expresión de su nivel conocimiento en relación con la atención odontológica integral al paciente con cáncer oral. Para esto, los expertos consultados evaluaron cada pregunta para determinar si son claras, pertinentes y representativas de los constructos a medir.

Posteriormente, se procedió a realizar una validación de constructo, lo que permitió establecer la validez convergente, empleadas para las preguntas agrupadas por temas y la validez discriminante para las preguntas que midieron constructos diferentes las que se dispusieron de forma separada en el cuestionario.

Las preguntas del cuestionario siguieron el modelo selección múltiple con opción única; en las que, para cada pregunta se presenta una lista de opciones y el encuestado debe seleccionar una única opción que considere la respuesta más adecuada. Esta técnica permitió realizar ajustes o cambios en la forma en que se formulan las interrogantes, sus ítems o categorías de respuesta, para adaptarse así de mejor forma al contexto específico del constructo que se está midiendo para el posterior uso y aplicabilidad el instrumento (Medina et al., 2019).

Además, se diseñaron algunas preguntas de correspondencia, las cuales son una forma de preguntas cerradas en las que los participantes deben emparejar elementos de una columna con la columna correspondiente. Esta técnica se utiliza comúnmente en cuestionarios para evaluar el conocimiento o la comprensión de relaciones entre diferentes conceptos o elementos (Escofet et al., 2016).

Siguiendo las metodologías para las formulaciones de preguntas declaradas, se realizaron cambios como los que se detallan a continuación:

Inicialmente este instrumento estuvo conformado por 24 preguntas, el que posterior al proceso de revisión y modificación, finalmente se redujo a 23 ítems cerrados, con los cambios siguientes:

- Pregunta cinco (5) dedicada explorar conocimientos sobre la enfermedad tumoral de cavidad oral, se modificó su contenido, donde decía “una llaga en la boca” se cambió por “una úlcera

en la boca o en los labios que no se cura” y se realizaron ajustes en su escala de medición, de respuesta politómica se pasó a dicotómica a partir del análisis de cuatro posibles respuestas, de la cual sólo una es correcta.

- Pregunta ocho (8) la que indagó sobre los pilares del tratamiento de los tumores de cavidad oral, para su mejor comprensión y eliminación de sesgos se modificó la redacción del cuarto ítems, donde decía “tratamiento oncoespecífico” por “Cirugía – Radioterapia - Quimioterapia”.
- Pregunta diez (10), elaborada para indagar conocimientos sobre la histología del carcinoma epidermoide; a la que, para su mejor comprensión, por sugerencias de los especialistas consultados se le agregó en el tallo de la formulación la explicación de que este tipo de carcinoma se origina a partir de la capa de las células escamosas del revestimiento de la cavidad oral, lo que permitió cerrar o enfocar su objetivo para poder identificar si las posibles respuestas permitían distinguir sin distractores que entre los tipos histológicos de Carcinoma epidermoide están el Escamoso, el Adenoideo y el Basaliode.
- Pregunta doce (12), eliminada por esta duplicada en la 22; lo que generó que finalmente el instrumento quedara compuesto por 23 ítems.

Para proceder a la validación cualitativa (de contenido y constructo), la misma se realizó por criterio de expertos, considerándose como estos a aquellos profesionales que cumplieron los requisitos que se enumeran a continuación:

1. Poseer título de tercer nivel en Odontología, y de cuarto nivel de Especialista, Máster o Doctor en Ciencias.
2. Contar con cinco o más años en el ejercicio profesional odontológico con dedicación al trabajo asistencial a pacientes con cáncer en cualquier localización anatómica.
3. Experiencia investigativa demostrada a través del desarrollo de investigaciones y publicaciones científicas.

Para obtener criterios especializados y juicios críticos sobre la validez del instrumento diseñado, se seleccionaron 21 potenciales expertos dedicados a la atención odontológica a pacientes en instituciones públicas y privadas de la ciudad de Guayaquil; de los cuales, previa determinación del Coeficiente de Competencia (K) de estos, se eligieron 16 que presentaron valores considerados como alto ( $0,8 < K < 1,0$ ). Del total de elegidos, cuatro sólo trabajan en el sector privado y el resto comparten funciones en instituciones públicas y privadas.



Para determinar la confiabilidad del instrumento diseñado se aplicó una prueba piloto a 16 odontólogos especialistas dedicados a la atención al paciente en la RPIS en la provincia del Guayas; los que no formaron parte de la población de estudio.

Para calcular en qué medida todas las preguntas o ítems que conforman el cuestionario miden el contenido que se explora, se calculó coeficiente Alfa de Cronbach (cuantitativo a partir de la obtención de valor numérico como medida estadística que expresa la consistencia interna del cuestionario).

Para el caso del estudio que se presenta, la fortaleza del uso de esta medida de consistencia interna (cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach) estriba en qué, además de determinar fiabilidad o confiabilidad del cuestionario, los expertos consultados no formarán parte de la población investigada, pues el alcance de esta investigación es de desarrollo de instrumentos; es decir, no se aplicó a población vulnerable. Este tipo de enfoque se centra en validar un nuevo instrumento que mida de manera válida y confiable un constructo específico (en esta investigación dedicado a determinar nivel de conocimiento de los odontólogos sobre atención integral al paciente con cáncer oral en la RPIS), a través de análisis estadísticos y pruebas piloto del instrumento diseñado.

La determinación del coeficiente Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) se realizó posterior a la modificación del instrumento, eliminándose aquellos ítems considerados como no necesarios o dispersos, e incorporándose preguntas y eliminando las que no tenían consistencia hasta asegurarse que todos los ítems estuvieran correctos. Calcular el coeficiente de Cronbach se utilizó la fórmula:  $\alpha = (K / (K-1)) * (1 - (\sum Si^2 / St^2))$

**Donde:**

- K es el número de ítems utilizados para el cálculo.
- $Si^2$  es la varianza de cada ítem (se asume que es el mismo para todas las preguntas de selección única y las preguntas de emparejamiento).
- $St^2$  es la varianza total de los ítems.

Para calcular el coeficiente Alfa de Cronbach se obtuvo la matriz de varianza-covarianza para estos datos, cálculo realizado tomando en cuenta el número de ítems que conforman el

cuestionario (23 preguntas), de las cuales 2 son de emparejamiento y 21 de selección única. La varianza o probabilidad de acertar la respuesta correcta de cada ítem fue de 0,25. Las covarianzas entre los ítems de selección única fueron de cero, ya que las formulaciones son dicotómicas y mutuamente excluyentes, lo que implica que no hay relación entre ellos.

### Matriz de varianza-covarianza

```

lua
Copy code

|   | P1 | P2 | P3 | P4 | P5 | ... | P24 | Suma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| P1 | 0.25 | 0 | 0 | 0 | 0 | ... | 0 | 0.25 |
| P2 | 0 | 0.25 | 0 | 0 | 0 | ... | 0 | 0.25 |
| P3 | 0 | 0 | 0.25 | 0 | 0 | ... | 0 | 0.25 |
| P4 | 0 | 0 | 0 | 0.25 | 0 | ... | 0 | 0.25 |
| P5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.25 | ... | 0 | 0.25 |
| ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| P24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ... | 0.25 | 0.25 |
| Suma | 0.25 | 0.25 | 0.25 | 0.25 | 0.25 | ... | 0.25 | 6 |

```

En esta matriz, los elementos diagonales representan la varianza de cada ítem (0.25 en este caso), y los demás elementos son cero debido a que la covarianza entre los ítems de selección única es cero. La última fila “Suma” muestra la sumatoria de todas las varianzas de los ítems (6) y también coincide con la varianza total de los ítems.

El resultado de la determinación del Coeficiente Alfa de Cronbach alcanzado fue de 0.923; resultado considerado de alta consistencia interna entre los ítems, lo que indica una buena fiabilidad del instrumento para medir la variable de interés.

Además de lo descrito, con el fin de obtener una retroalimentación constructiva y útil del instrumento validado, así como identificar posibles problemas y realizar ajustes metodológicos dirigidos a alcanzar mayor validez y confiabilidad, se llevó a cabo una prueba piloto a 16 odontólogos de la provincia del Guayas, los que no formaron parte de la población de estudio.

Durante la fase de prueba piloto, los participantes respondieron al cuestionario y proporcionaron comentarios valiosos sobre la claridad de las preguntas, la relevancia de los ítems y la experiencia general al completar el instrumento. Estos comentarios se utilizaron para

identificar posibles problemas en el cuestionario y para realizar los ajustes necesarios en el diseño y contenido del instrumento.

La prueba piloto resultó fundamental para detectar posibles errores técnicos, ambigüedades o dificultades que pudieran afectar la calidad y la confiabilidad del cuestionario. Los ajustes realizados con base en la retroalimentación de la muestra piloto garantizaron la adecuación y comprensión del instrumento para su aplicación en la muestra de estudio principal.

Para alcanzar el **tercer objetivo** específico, se procedió a determinar el nivel de conocimiento que, sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos incluidos en el estudio. Información que se detalla en la tabla 2, insumo que categoriza las respuestas ofrecidas por los encuestados según las categorías de "bajo", "moderado" y "alto" nivel de conocimientos, constructos que fueron descritas en la sección Metodología.

**Tabla 2. Determinación del nivel de conocimiento de los odontólogos según categorías de agrupación de las respuestas ofrecidas a cada pregunta incluida en la encuesta**

| CONSTRUCTOS:<br>AGRUPACIONES<br>DE PREGUNTAS | ÍTEMES | TEMÁTICA<br>SOBRE LA QUE<br>INDAGA  | CATEGORIZACIÓN DEL NIVEL CONOCIMIENTO   |  |  |
|--|--------|---|---|--|--|
|  |        |   | ALTO<br>Encuestados<br>que respondieron<br>correctamente más del 70<br>% de las preguntas que<br>conforman la encuesta,<br>para N= 18 | MODERADO<br>Encuestados<br>que respondieron<br>correctamente entre el 30<br>y el 69 % de las<br>preguntas que conforman<br>la encuesta, para N= 18 | BAJO<br>Encuestados<br>que respondieron<br>correctamente a menos<br>del 30 % de las<br>preguntas que<br>conforman la encuesta,<br>para N= 18 |
| <i>Manifestaciones<br/>clínicas</i>          | 1      | Leucoplasia y<br>eritroplasia   | 12  | 6  | 0  |
|  | 2      | Xerostomia  | 16  | 0  | 2  |
|  | 3      | Liquen plano y queilitis<br>actínica  | 15  | 0  | 3  |
|  | 4      | Candidiasis   | 16  | 0  | 2  |
|  | 5      | Carcinoma de células<br>escamosas   | 12  | 6  | 0  |
| <i>Medicamentos</i>                          | 6      | Osteonecrosis   | 11  | 7  | 0  |
|  | 7      | Pilocarpina clorhidrato   | 18  | 0  | 0  |
|  | 8      | Actinomyces israelii  | 14  | 0  | 4  |
|  | 9      | Amifostina  | 12  | 0  | 6  |
|  | 10     | Ketoconazol   | 13  | 0  | 5  |
| <i>Generalidades sobre<br/>cáncer oral</i>   | 11     | Ampicilina  | 18  | 0  | 0  |
|  | 12     | Mucositis   | 14  | 0  | 4  |
|  | 13     | Carcinomas malignos   | 10  | 8  | 0  |
|  | 14     | Osteoradionecrosis  | 13  | 0  | 5  |
|  | 15     | Leucoplasias y<br>eritroplasias   | 14  | 0  | 4  |
|  | 16     | Tratamiento<br>odontológico a pacientes<br>en tratamiento<br>oncoespecífico | 14  | 0  | 4  |

|  |    |   |    |   |    |
|--|----|---|----|---|----|
|  | 17 | Disgeusia   | 16 | 0 | 2  |
|  | 18 | Apoptosis   | 15 | 0 | 3  |
|  | 19 | Desadaptación de protésica y alteraciones de la movilidad lingual                   | 16 | 0 | 2  |
|  | 20 | Queilitis actínica y eritroplasia   | 15 | 0 | 3  |
|  | 21 | Leucoplasia y mancha blanca   | 15 | 0 | 3  |
|  | 22 | Leucoeritroplasia   | 14 | 0 | 4  |
|  | 23 | Candidiasis hiperplásica  | 15 | 0 | 3  |
|  | 24 | Hemangioma  | 14 | 0 | 4  |
|  | 25 | Sistema de estadiamiento Tumor Nódulo Metástasis (TNM)                              | 13 | 0 | 5  |
| <i>Conocimientos sobre cuadro clínico</i>        | 26 | Úlcera en la boca   | 14 | 0 | 4  |
|  | 27 | Pérdida de peso y otros síntomas  | 12 | 6 | 0  |
| <i>Diagnóstico precoz</i>                        | 28 | Referencia al especialista  | 18 | 0 | 0  |
|  | 29 | Examen físico exhaustivo de la cavidad oral   | 11 | 7 | 0  |
|  | 30 | Estudios radiológicos frecuentes  | 13 | 0 | 5  |
| <i>Combinaciones de tratamiento oportuno</i>     | 31 | Profilaxis dental.  | 18 | 0 | 0  |
|  | 32 | Profilaxis dental. Radioterapia.  | 18 | 0 | 0  |
|  | 33 | Promoción. Prevención. Cirugía.   | 18 | 0 | 0  |
|  | 34 | Cirugía. Quimioterapia. Anticuerpos M   | 18 | 0 | 0  |
|  | 35 | Cirugía. Radioterapia. Quimioterapia.   | 18 | 0 | 0  |
| <i>Tumores conjuntivos</i>                       | 36 | Adenocarcinoma- Melanoma. Linfoma.  | 0  | 0 | 18 |
|  | 37 | Adenoma pleomorfo. Mucocele. Osteoma.   | 0  | 0 | 18 |
|  | 38 | Fibroma. Lipoma. Granuloma Piógeno.   | 13 | 0 | 5  |
|  | 39 | Papiloma. Nevus. Osteosarcoma.  | 0  | 0 | 18 |
| <i>Carcinoma epidermoide: tipos histológicos</i> | 40 | Escamoso. Adenoideo. Basaloide.   | 0  | 0 | 18 |
|  | 41 | Fibrosarcoma. Plasmocitoma. Sarcoma Sinovial.                                       | 0  | 0 | 18 |
|  | 42 | Sarcoma Alveolar. Melanoma. Osteosarcoma.   | 0  | 0 | 18 |
|  | 43 | Linfoma. Lipoma. Carcinoma Epidermoide.   | 0  | 0 | 18 |
| <i>Factores pronósticos</i>                      | 44 | Extensión tumoral, ganglionar y variedad basaloide                                  | 11 | 7 | 0  |
|  | 45 | Sexo femenino. Edad. Localización. Diferenciación                                   | 18 | 0 | 0  |
|  | 46 | Marcadores tumorales elevados. Función renal comprometida. Diabetes mellitus y raza | 18 | 0 | 0  |

|  |    |  |    |   |    |
|--|----|--|----|---|----|
|  | 47 | Pacientes que no se pueden someter a tratamiento. Presencia de carcinoma epidermoide. Masa tumoral en el cuello menor de 1 cm. Lesiones superficiales. | 18 | 0 | 0  |
| <i>Lesiones malignas de la cavidad oral</i>    | 48 | Placas blanquecinas sin causa conocida.  | 18 | 0 | 0  |
|  | 49 | Placas eritematosas sin causa conocida.  | 18 | 0 | 0  |
|  | 50 | Lesiones inflamatorias crónicas en labios.   | 18 | 0 | 0  |
| <i>Cuidados paliativos</i>                     | 51 | Todas las anteriores.  | 12 | 6 | 0  |
|  | 52 | Síntomas a tratar  | 0  | 0 | 18 |
|  | 53 | Objetivos  | 11 | 7 | 0  |
| <i>Estadío</i>                                 | 54 | Tratamiento  | 0  | 0 | 18 |
|  | 55 | Equipo multidisciplinario  | 0  | 0 | 18 |
|  | 56 | Temprano   | 0  | 0 | 18 |
| <i>Estado avanzado</i>                         | 57 | Avanzado   | 14 | 4 | 0  |
|  | 58 | Proceso de extensión e invasión a músculos y hueso   | 0  | 0 | 18 |
|  | 59 | Se desarrolla en pacientes con diagnósticos en estadios I y II   | 0  | 0 | 18 |
| <i>Tasa de mortalidad</i>                      | 60 | Infecciones dentales.  | 0  | 0 | 18 |
|  | 61 | Hemorragias  | 0  | 0 | 18 |
|  | 62 | Somnolencia  | 0  | 0 | 18 |
| <i>Localización</i>                            | 63 | Metástasis   | 9  | 9 | 0  |
|  | 64 | Diagnóstico tardío.  | 11 | 7 | 0  |
|  | 65 | Progresión lenta del cáncer  | 0  | 0 | 18 |
| <i>Signo de sospecha de lesión cancerígena</i> | 66 | Inmunodeprimidos   | 0  | 0 | 18 |
|  | 67 | Baja prevalencia   | 0  | 0 | 18 |
|  | 68 | Piso de la boca  | 0  | 0 | 18 |
| <i>Factores de riesgo</i>                      | 69 | Labio inferior   | 0  | 0 | 18 |
|  | 70 | Lengua   | 18 | 0 | 0  |
|  | 71 | Mucosa Palatina  | 0  | 0 | 18 |
| <i>Exposición solar</i>                        | 72 | Placa blanquecina  | 0  | 0 | 18 |
|  | 73 | Pigmentación en mucosa que aumenta en el tiempo  | 0  | 0 | 18 |
|  | 74 | Úlcera que no sana en menos de 1 mes   | 18 | 0 | 0  |
| <i>Microrganismos</i>                          | 75 | Todas las anteriores   | 0  | 0 | 18 |
|  | 76 | Tabaquismo.  | 18 | 0 | 0  |
|  | 77 | Alcohol  | 18 | 0 | 0  |
| <i>Exámenes complementarios</i>                | 78 | Luz solar  | 18 | 0 | 0  |
|  | 79 | Infecciones  | 18 | 0 | 0  |
|  | 80 | Encía  | 0  | 0 | 18 |
| <i>Exámenes complementarios</i>                | 81 | Lengua   | 0  | 0 | 18 |
|  | 82 | Labio  | 18 | 0 | 0  |
|  | 83 | Piso de la boca  | 0  | 0 | 18 |
| <i>Exámenes complementarios</i>                | 84 | Treponema pallidum   | 0  | 0 | 18 |
|  | 85 | Virus Papiloma Humano.   | 18 | 0 | 0  |
|  | 86 | Bacteroides fragilis   | 0  | 0 | 18 |
| <i>Exámenes complementarios</i>                | 87 | Herpes virus tipo I  | 0  | 0 | 18 |
|  | 88 | Citología exfoliativa.   | 0  | 0 | 18 |
|  | 89 | Biopsia.   | 18 | 0 | 0  |

Protocolos de derivación a

|   |  |           |             |              |
|---|--|-----------|-------------|--------------|
| 90  | Radiografía.                           | 0         | 0           | 18           |
| 91  | Hemograma                              | 0         | 0           | 18           |
| 92  | Médico general.                        | 0         | 0           | 18           |
| 93  | Especialista en Cirugía Maxilo-Facial. | 0         | 0           | 18           |
| 94  | Especialidad en Patología Oral.        | 18        | 0           | 0            |
| 95  | Médico con especialidad en Oncología.  | 0         | 0           | 18           |
| <i>Sumatoria de verificación de la consistencia de los resultados</i> |  | <b>49</b> | <b>4,44</b> | <b>41,56</b> |
| <b>= 95 ítems explorados</b>  |  |           |             |              |

La tabla anterior constituye la base de datos empleada para ubicar las frecuencias absolutas de las respuestas ofrecidas por los encuestados a cada pregunta, momento investigativo que permitió categorizar el nivel de conocimiento en los rangos establecidos. Para ello, por cada categoría (nivel de conocimiento alto, moderado y bajo), se sumaron las respuestas y el resultado se dividió entre el tamaño de la población ( $N = 18$ ). Para comprobar la consistencia de los resultados (cálculo matemático), se tuvo la precaución de verificar que la sumatoria de cada categoría fuera igual al total de ítems que conformaron los constructos (95 para 21 agrupaciones de preguntas).

Lo descrito permitió identificar que, aunque predominó el nivel de conocimiento alto (el que expresa que los 18 encuestados respondieron correctamente más del 70 % de las preguntas que conforman la encuesta), este resultado no se aleja de la media aritmética del total de ítems evaluados (47,5), con una diferencia de 2,5 puntos porcentuales. Al respecto, 49 respuestas correctas representan el 51,57 % del total de temas consultados.

En segunda posición se ubicó la categoría de nivel de conocimiento bajo con 41,56 respuestas correctas, seguido del moderado con 4,44 aciertos entre los encuestados. La polarización de respuestas en ambos extremos de la escala de calificación invita a realizar un análisis estadístico de los resultados en el que se calcula la representatividad de respuestas incorrectas sobre respuestas correctas, proceso guiado por la utilización de la fórmula siguiente:

$$\text{Representatividad (\%)} = (\text{Respuestas Incorrectas} / (\text{Respuestas Incorrectas} + \text{Respuestas Correctas})) * 100$$

En este caso, se sustituyen los valores de 41,56 respuestas incorrectas y 49 respuestas correctas en la fórmula:

$$\text{Representatividad (\%)} = (41,56 / (41,56 + 49)) * 100$$

$$\text{Representatividad (\%)} = (41,56 / 90,56) * 100 \approx 45,88 \%$$

La representatividad de las respuestas incorrectas sobre las respuestas totales es aproximadamente del 45,88 %. Esto te indica un alto porcentaje de respuestas es incorrectas en relación con el total de respuestas (incorrectas y correctas) que se proporcionaron.

Las tablas tres a la diez detallan información sobre el conocimiento de los encuestados en cuanto al manejo odontológico del paciente con cáncer oral, indagando para ello sobre las manifestaciones clínicas de esta enfermedad, el uso de medicamentos asociados al tratamiento oncológico, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, origen de los tumores, lesiones malignas de cavidad oral, etapas clínicas, estadios y objetivos del cuidado paliativo, causas, principales localizaciones, exámenes complementarios y conducta a seguir con el enfermo, elementos que proporcionan una visión general del problema objeto de estudio.

**Tabla 3. Manejo odontológico del paciente con cáncer oral según manifestaciones clínicas y uso de medicamentos**

| <i>Manejo odontológico del<br/>paciente<br/>con cáncer<br/>(N= 18)</i> | <b>RESPUESTAS</b> |          |                    |          |
|--|-------------------|----------|--------------------|----------|
|  | <b>CORRECTAS</b>  |          | <b>INCORRECTAS</b> |          |
|  | <b>No.</b>        | <b>%</b> | <b>No.</b>         | <b>%</b> |
| <b>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</b>  |                   |          |                    |          |
| <i>Leucoplasia y eritroplasia</i>                                      | 12                | 66,66    | 6                  | 33,33    |
| <i>Xerostomia</i>  | 16                | 88,88    | 2                  | 11,11    |
| <i>Liquen plano y queilitis<br/>actínica</i>                           | 15                | 83,33    | 3                  | 16,66    |
| <i>Candidiasis</i>   | 16                | 88,88    | 2                  | 11,11    |
| <i>Carcinoma de células<br/>escamosas</i>                              | 12                | 66,66    | 6                  | 33,33    |
| <i>Osteonecrosis</i>   | 11                | 61,11    | 7                  | 38,88    |
| <b>MEDICAMENTOS</b>  |                   |          |                    |          |

|                                |    |       |   |       |
|--------------------------------|----|-------|---|-------|
| <i>Pilocarpina clorhidrato</i> | 18 | 100   | 0 | 0     |
| <i>Atinomicys Israeli</i>      | 14 | 77,77 | 4 | 22,22 |
| <i>Amifostina</i>              | 12 | 66,66 | 6 | 33,33 |
| <i>Ketoconazol</i>             | 13 | 72,22 | 5 | 27,77 |
| <i>Ampicillina</i>             | 18 | 100   | 0 | 0     |

De forma mayoritaria, lo encuestados respondieron de forma correcta a las preguntas que exploran sobre las manifestaciones clínicas y medicamentos más usados en pacientes con cáncer oral. Sin embargo, llama la atención que más del 30 % de estos contestaron de forma desacertada a las interrogantes que miden conocimientos sobre las características de carcinoma de células escamosas, la osteonecrosis y el uso del Ketoconazol.

El problema de falta de conocimiento sobre las características del carcinoma de células escamosas y la osteonecrosis en la práctica asistencial de odontólogos puede tener implicaciones en la realización de diagnósticos erróneos, lo que afecta negativamente los resultados de los pacientes. En el caso del carcinoma de células escamosas, el diagnóstico precoz es crucial para mejorar las tasas de supervivencia. Lo identificado además contribuye a generar derivaciones externas, lo que puede aumentar la carga para los servicios de salud y causar demoras en la atención especializada y en la evolución del paciente.

En referencia a las preguntas dirigidas a explorar conocimientos de los odontólogos sobre manifestaciones clínicas y medicamentos empelados como parte de los esquemas de tratamiento para la atención a pacientes con cáncer oral; los encuestados consideran que esas formulaciones o interrogantes miden lo que se desea, debido a que la xerostomía y la candidiasis representan las manifestaciones que más afectan a este tipo de pacientes, seguidas del carcinoma de células escamosas y osteonecrosis. Los medicamentos principalmente utilizados son la Pilocarpina Clorhidrato, Ampicilina, Atinomicys Israeli, Amifostina y Ketoconazol, los que forman parte de los elementos consultados.

En opinión de los expertos, indagar sobre xerostomía es de alta relevancia debido a que este síntoma puede ser indicativo de la presencia un problema subyacente, como una enfermedad o el efecto secundario de ciertos medicamentos, altamente frecuente en individuos con cáncer oral. Con relación a la candidiasis bucal, esta constituye una manifestación que se observa en pacientes con cáncer oral, no es exclusiva de esta condición, la que puede presentarse en otras circunstancias clínicas; lo que indica que la necesidad del dominio de estas temáticas por los



odontólogos para realizar diagnóstico precoz, que permitan identificar y tratar la causa subyacente y proporcionar la atención adecuada.

Se coincide con Rebolledo et al 2020, los que evidencian que la condición oncológica facilita una infección bucal por *Candida albicans*; resultado que puede estar asociado a que algunos tipos de cáncer suelen ser tratados con fármacos quimioterapéuticos, los que afectan de forma indirecta la cavidad bucal, generando susceptibilidad a contraer infecciones bucales.

**Tabla 4. Conocimiento sobre generalidades y sintomatología del cáncer oral**

| <i>Conocimiento sobre generalidades del cáncer oral</i>  | RESPUESTAS (N = 18) |       |             |       |
|--|---------------------|-------|-------------|-------|
|  | CORRECTAS           |       | INCORRECTAS |       |
|  | No.                 | %     | No.         | %     |
| ▪ <i>Los pacientes con mucositis grado 4 necesitan nutrición parenteral.</i>   | 14                  | 77,77 | 4           | 22,22 |
| ▪ <i>Los carcinomas son tumores malignos derivados del tejido conectivo: huesos, tendones, cartílago, vasos, grasa y músculo.</i>                | 10                  | 62,50 | 8           | 37,50 |
| ▪ <i>La osteoradionecrosis es una complicación muy frecuente debido al uso de la quimioterapia en pacientes con cáncer.</i>                      | 13                  | 72,22 | 5           | 27,77 |
| ▪ <i>Las leucoplasias y eritroplasias son lesiones malignas de la cavidad bucal.</i>   | 14                  | 77,77 | 4           | 22,22 |
| ▪ <i>El tratamiento odontológico para los pacientes que van a recibir tratamiento oncoespecífico debe realizarse de 14 a 21 días antes de la</i> | 14                  | 77,77 | 4           | 22,22 |

|  |    |       |   |       |
|--|----|-------|---|-------|
| <i>terapia para garantizar la curación y cicatrización total.</i>  |    |       |   |       |
| ▪ <i>La prevención y el manejo de la disgeusia se realiza mediante el uso de Amifostina que es de utilidad en la protección del receptor del gusto.</i>                | 16 | 88,88 | 2 | 11,11 |
| ▪ <i>La apoptosis es el mecanismo en el interior de la célula, esencial para la supervivencia, ya que protege al genoma de daños y mutaciones genuinas</i>             | 15 | 83,33 | 3 | 16,66 |
| ▪ <i>La disgeusia puede aparecer por desadaptación de prótesis, y alteración en la movilidad lingual.</i>  | 16 | 88,88 | 2 | 11,11 |
| ▪ <i>La queilitis actínica y la eritroplasia son tumoraciones malinas de la cavidad bucal provenientes del ectodermo.</i>  | 15 | 83,33 | 3 | 16,66 |
| ▪ <i>La definición de Leucoplasia, de acuerdo con la OMS: es una placa o mancha blanca, situada sobre la mucosa bucal que puede ser eliminada mediante el raspado.</i> | 15 | 83,33 | 3 | 16,66 |
| ▪ <i>Las leucoeritroplasia son consideradas carcinomas in situ.</i>  | 14 | 77,77 | 4 | 22,22 |
| ▪ <i>La candidiasis hiperplásica se desprende por raspado.</i>   | 15 | 83,33 | 3 | 16,66 |
| ▪ <i>El hemangioma es una tumoración maligna de color</i>  | 14 | 77,77 | 4 | 22,22 |

azulado con un alto poder infiltrante.

- El sistema Tumor-Nódulo-Metástasis (TNM) son los sistemas estadísticos más comúnmente usados para la descripción del proceso canceroso

**Conocimiento sobre la sintomatología de los tumores de cavidad oral**

- Una úlcera en la boca o en los labios que no se cura, dolor, bulto en el labio, la lengua o en el cuello, sangrado inexplicable en la boca, entumecimiento en la boca.
- Pérdida de peso, del apetito, epigastralgia, sangrado a cualquier nivel, adenopatías axilares, la caída del cabello, sensación de molestias en las encías, disnea, astenia, un bulto en las mamas

| <b>RESPUESTAS (N = 18)</b> |          |                    |          |
|----------------------------|----------|--------------------|----------|
| <b>CORRECTAS</b>           |          | <b>INCORRECTAS</b> |          |
| <b>No.</b>                 | <b>%</b> | <b>No.</b>         | <b>%</b> |
| 13                         | 72,22    | 5                  | 27,77    |
| 14                         | 77,77    | 4                  | 22,22    |
| 12                         | 66,66    | 6                  | 33,33    |

Con respecto a la consulta dedicada a explorar conocimientos referentes a que, si la presencia de mucositis grado 4 en pacientes con cáncer oral sugiere la necesidad de nutrición parenteral, la mayoría de los encuestados respondieron afirmativamente, lo que representa un elemento de valor metodológico para evaluar el dominio del tema en cuanto a la severidad de esta manifestación. La mucositis es una complicación común en pacientes sometidos a tratamientos de quimioterapia o radioterapia en la región de la cabeza y el cuello y su severidad puede variar según diversos factores, como el tipo y la dosis del tratamiento, el estado de salud del paciente y la implementación de medidas preventivas y de apoyo adecuadas.

El manejo y tratamiento de la mucositis oral es fundamental para mejorar la calidad de vida y la tolerancia a los tratamientos oncológicos. En el contexto de los pacientes con mucositis grado 4, puede haber complicaciones significativas, incluida la dificultad para comer y beber debido al dolor y la inflamación extrema.

En referencia a la indagación sobre el origen de los carcinomas, llama la atención que el 62,50 % de los consultados, opinaron erróneamente que estos se derivan de tejido conectivo. Al respecto, resulta importante destacar que este tipo de tumores malignos se origina en las células epiteliales, las que recubren las superficies internas y externas del cuerpo, como la piel, los órganos internos y las membranas mucosas. Los tumores malignos derivados del tejido conectivo se conocen como sarcomas. Estos tumores son menos comunes que los carcinomas, que se originan en los epitelios (Álava, 2005).

En consonancia con la pregunta referente a la exploración de conocimientos sobre osteonecrosis (Tabla 1); la interrogante que consulta si la osteoradionecrosis es una complicación muy frecuente debido al uso de la quimioterapia en pacientes con cáncer (Tabla 2), la mayoría de los encuestados respondieron incorrectamente. Al respecto, llama la atención que el 77,22 % no dominan que la osteoradionecrosis es más comúnmente asociada con la radioterapia que, con la quimioterapia, en pacientes con cáncer. La osteoradionecrosis es una complicación grave que puede ocurrir después de la radioterapia en la región de la cabeza y el cuello, especialmente cuando se aplica en el tratamiento de tumores en la mandíbula o áreas cercanas (Herrera et al 2012).

Con similar comportamiento de respuestas incorrectas, se observó que los encuestados plantean que las leucoplasias y eritroplasias son lesiones malignas de la cavidad bucal. Sin embargo, resulta relevante resaltar que este tipo de lesiones orales tienen el potencial de ser malignas, pero no todas ellas lo son. Se consideran lesiones potencialmente precancerosas y deben ser evaluadas y tratadas adecuadamente para prevenir la progresión hacia un cáncer.

Sobre esta controversial temática, se coincide con autores como Rocha (2009) y con Martínez et al., (2008) los que argumentan la necesidad de desarrollar acciones de detección temprana del cáncer oral como herramienta de prevención y control y que la identificación de sus factores de riesgo es determinante para mejorar la salud de la población y su calidad de vida.

En cuanto a la prevención y manejo de la disgeusia, se destaca el uso de Amifostina, que resulta de gran utilidad en la protección del receptor del gusto. La respuesta afirmativa por parte de más del 88 % de los consultados refleja la relevancia de esta pregunta, la cual permite enfocar estrategias efectivas para abordar este problema. La alteración del sentido del gusto es una preocupación importante en pacientes sometidos a tratamientos oncológicos, y el uso de este medicamento puede ayudar a mitigar sus efectos adversos en el paladar. El conocimiento sobre esta opción terapéutica puede ser crucial para el manejo de los síntomas y en consecuencia mejorar la calidad de vida de los pacientes y optimizar los resultados del tratamiento.

Se observó que prácticamente la totalidad de los encuestados expresaron que indagar acerca de la apoptosis constituye un tema fundamental a dominar para los odontólogos. Esto se debe a que, para brindar una atención odontológica integral al paciente con cáncer oral, es esencial que los profesionales estén familiarizados con este mecanismo que ocurre en el interior de la célula.

La apoptosis desempeña un papel crucial en la supervivencia celular, protegiendo al genoma de daños y mutaciones genuinas. Contar con un conocimiento sólido sobre este proceso puede permitir a los odontólogos comprender mejor las implicaciones clínicas y tomar decisiones informadas en la atención de pacientes con cáncer oral, contribuyendo así a mejorar la calidad y efectividad de los tratamientos odontológicos en este contexto (Vélez et al., 2020) Los resultados observados en el estudio que se presenta muestran similar panorama.

Con respecto a la a disgeusia, el 88,88 % de los encuestados respondieron de forma correcta, respuestas que orienta el resultado al conocimiento de que este síntoma traduce una alteración en el sentido del gusto que puede manifestarse como un sabor desagradable o distorsionado en la boca. Sobre este particular, autores como Cortés et al., 2022 plantean que una de sus posibles causas puede estar relacionada con la desadaptación de prótesis dentales y las alteraciones en la movilidad lingual.

Cuando las prótesis dentales, como dentaduras postizas o puentes, no se ajustan correctamente en la boca, pueden causar irritación en las papilas gustativas y en los tejidos orales circundantes. Esto puede llevar a una sensación alterada en el sentido del gusto, causando disgeusia.

Además, la movilidad lingual afectada o limitada puede influir en la forma en que los sabores son percibidos en la boca. La lengua juega un papel fundamental en la detección de los sabores al entrar en contacto con las papilas gustativas en la superficie de la lengua. Cualquier alteración en la movilidad lingual puede afectar la interacción entre los sabores y las papilas gustativas, lo que podría llevar a la percepción errónea de los sabores y a la disgeusia.

En ambos casos, es importante abordar la causa subyacente, ya sea la desadaptación de prótesis o la movilidad lingual alterada, para aliviar los síntomas de la disgeusia y restaurar una percepción normal del gusto.

Respecto a que la queilitis actínica y la eritroplasia constituyen tumoraciones malinas de la cavidad bucal provenientes del ectodermo; de forma mayoritaria el 83,33 % respondió erradamente, lo que indica la necesidad de incrementar este conocimiento en los odontólogos.

La queilitis actínica es una condición precancerosa de los labios, no una tumoración maligna. Es una inflamación crónica de los labios causada por la exposición prolongada al sol. Aunque no es un tumor maligno en sí mismo, puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer de labio si no se trata adecuadamente. Por su parte, la eritroplasia constituye una lesión en la mucosa oral que puede ser potencialmente maligna, con mayor potencial de transformarse en cáncer oral. En ambos casos, las células que forman la cavidad bucal provienen del ectodermo, mesodermo y endodermo, las tres capas germinales durante el desarrollo embrionario. Por lo que no se limitan únicamente al ectodermo.

Se coincide con Boza y Guillén (2018), los que plantean que debe extenderse la capacitación rutinaria de tamizaje de cáncer oral a la práctica odontológica, como vía para realizar prevención del cáncer oral, lo cual debe ser complementado con la indicación de biopsia a toda lesión sospechosa de malignidad. Además, se deberá educar a la población en el tema e introducir desde la infancia y a lo largo de la vida, el uso de filtros solares de forma continua.

Con respecto a la pregunta que consulta que, si leucoplasia es una placa o mancha blanca, situada sobre la mucosa bucal que puede ser eliminada mediante el raspado; 15 encuestados (83,33 %) respondieron que es correcto cuando no lo es. Este resultado errado constituye una recomendación para introducir esta temática en las capacitaciones dirigidas a los odontólogos

para que adquieran los conocimientos requeridos que le permitan brindar atención integral al paciente con cáncer oral.

De forma específica, la OMS plantea que la leucoplasia es una alteración de la mucosa oral que se presenta como una placa o mancha blanca y no puede ser atribuida a ninguna otra enfermedad conocida. No se puede eliminar mediante raspado o frotamiento, y su diagnóstico requiere de la exclusión de otras posibles causas de lesiones blancas en la boca y estudio histológico para determinar la naturaleza de la lesión (Yero et al, 2023).

La afirmación que consulta si las leucoeritroplasias son consideradas carcinomas in situ es incorrecta; sin embargo, 14 encuestados manifestaron ser cierta. Este resultado traduce la necesidad de potencializar la enseñanza del tema en la formación del odontólogo e incluirlo en su capacitación a lo largo de la etapa profesional.

Por su riesgo potencial de desarrollar cáncer oral, resulta importante destacar que la leucoeritroplasia es una lesión oral que muestra características de leucoplasia (áreas blancas) y eritroplasia (áreas rojas) en la mucosa oral. Se coincide con Figueroa et al., (2021), los que plantean que la leucoplasia es el diagnóstico histológico más común. Las lesiones con potencial de transformación maligna aumentan con la edad, son mayores en los hombres y en pacientes con queilitis actínicas. Los sitios anatómicos en que más aparecen son: paladar blando y labio superior; entre los factores de riesgo de mayor asociación está la exposición al sol. Lo descrito resalta la necesidad de prestar especial atención a su nomenclatura, su etiología, su potencial maligno y su tratamiento (Escribano et al., 2009).

El hecho de que el 83,33 % de la población encuestada considere que la candidiasis hiperplásica se desprende por raspado, revela una percepción errónea de dicha condición oral. Este resultado mayoritario entre los consultados puede estar relacionado con falta de conocimientos de que esta es una infección fúngica que requiere tratamiento específico para eliminar el crecimiento excesivo del hongo.

El esquema terapéutico puede variar según la gravedad de la infección y la salud general del individuo. Entre las opciones de tratamiento se encuentran los medicamentos antifúngicos en forma de enjuagues, geles o pastas se aplican directamente en la zona afectada de la boca; los que de forma local ayudan a combatir la infección en el sitio donde se necesita. Los antifúngicos sistémicos orales se emplean en casos más severos o resistentes. Además, debe indicarse una

buena higiene oral para prevenir la recurrencia de la candidiasis. El cepillado regular, el uso de enjuagues bucales y la limpieza adecuada de prótesis dentales pueden ser parte importante del tratamiento. El control de factores de riesgo subyacentes como la diabetes mellitus o el uso de corticosteroides inhalados, resultan imprescindibles para prevenir futuras infecciones.

Aunque la mayoría de los encuestados (77,77 %) consideraron que el hemangioma es una tumoración maligna; esa respuesta es incorrecta. En su defecto, este es una malformación vascular que implica un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos en la piel u otros tejidos, el que se considera una tumoración benigna. En la mayoría de los casos no causan problemas médicos significativos y no requieren tratamiento. Sin embargo, cuando están ubicados en áreas que pueden interferir con la función de un órgano (como en los ojos, la nariz o la garganta), pueden ser tratados con medicamentos, terapia con láser o, en casos excepcionales, cirugía.

Autores como Jiménez et al., (2000), plantean que en el tratamiento de los hemangiomas se han utilizado diversas alternativas que van desde la observación clínica hasta la embolización; los que reportan que la inyección intralesional de Polidocanol al 3 % causa remisión total o parcial de la lesión a expensas del mecanismo de acción esclerosantes de ese fármaco; lo que reduce el tamaño y disminuye la vascularización, resultados beneficiosos puesto que esto facilitaría la recesión quirúrgica y convierte a la intervención en un acto menos cruento.

Casi tres cuartas partes de la población de estudio identificaron que el sistema Tumor-Nódulo-Metástasis (TNM) es utilizado para describir la extensión del cáncer y constituye una clasificación histológica que describe las características microscópicas de las células cancerosas, elemento tomado en cuenta para la estadificación del cáncer.

En relación con la genética, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer oral, autores como Mateo y Somacarrera (2015) destacan que esta es una enfermedad multifactorial, con una prevalencia en aumento, en la que el tabaco y el alcohol condicionan su desarrollo; por lo que el papel del odontólogo es primordial para su detección precoz, para lo cual debe realizar una correcta anamnesis y exploración intra y extraoral.

En Ecuador, estudios recientes demuestran que el cáncer de cabeza y cuello es más frecuente en mujeres entre 55 y 60 años. De esta localización anatómica, la cavidad oral resultó ser la ubicación más afectada. Del total de pacientes, el mayor reporte de casos proviene de la



región sierra, con bajo nivel de instrucción, y dedicación a la actividad doméstica; datos que pueden tener relación con estilos de vida poco generadores de salud (Paltas et al., 2021).

En relación con la sintomatología de los tumores en la cavidad oral, 14 encuestados (77,77 %) refieren que una úlcera en la boca o en los labios que no se cura - dolor- un bulto en el labio, la lengua o en el cuello - sangrado inexplicable en la boca - entumecimiento en la boca constituyen signos de alerta de cáncer oral, los que requieren ser estudiados por un especialista.

Los hallazgos del estudio que se presenta coinciden con los de otros investigadores (Álvarez, 2017), los que alertan sobre la obligatoriedad de seguir protocolos de manejo del paciente oncológico, incluyendo valoración odontológica antes, durante y después del tratamiento respectivo.

A pesar de la existencia de una amplia evidencia científica sobre las alteraciones bucales que se pueden presentar a lo largo del ciclo vital y de forma particular durante el tratamiento oncoespecífico, lo cual se reitera con los resultados presentados; se considera que la participación del odontólogo en la atención al paciente con lesión precancerosa o con cáncer, en cualquier localización anatómica, debe ser integral, lo que podría contribuir a disminuir la severidad de esta enfermedad y de los efectos secundarios de las sesiones de quimio y radioterapia.

Con iguales resultados, el 66,66 % de los encuestados respondieron que la pérdida de peso, del apetito, epigastralgia, sangrado a cualquier nivel, adenopatías axilares, la caída del cabello, sensación de molestias en las encías, disnea, astenia, un bulto en las mamas constituyen sintomatologías asociadas a la presencia de tumores de cavidad oral.

Sin embargo, resulta relevante señalar que estos síntomas son diversos y, en algunos casos, no específicos, lo que sugiere una posible variedad de condiciones o enfermedades, por lo que es importante reconocer que si bien algunos de estos síntomas pueden estar asociados con tumores de cavidad oral; otros como la pérdida de peso, la falta de apetito, el sangrado, la adenopatía axilar pueden ser indicativos de problemas gastrointestinales, hematológicos, respiratorio o de otra naturaleza.

**Tabla 5. Conocimiento sobre diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del paciente con cáncer oral**

| <i>Conocimientos sobre diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del paciente con cáncer oral</i> | <b>RESPUESTAS</b> |          |                    |          |
|---|-------------------|----------|--------------------|----------|
|   | <b>CORRECTAS</b>  |          | <b>INCORRECTAS</b> |          |
|   | <b>No.</b>        | <b>%</b> | <b>No.</b>         | <b>%</b> |
| <b>DIAGNÓSTICO PRECOZ MEDIANTE</b>  |                   |          |                    |          |
| A. Referencia a un especialista si detecta alguna alteración.                                     | 18                | 100      | 0                  | 0        |
| B. Examen físico exhaustivo de la cavidad oral en cada uno de los controles odontológicos.        | 11                | 61,11    | 7                  | 38,88    |
| C. Realización de estudios radiológicos frecuentes.   | 13                | 72,22    | 5                  | 27,77    |
| D. Profilaxis dental.   | 18                | 100      | 0                  | 0        |
| <b>TRATAMIENTO OPORTUNO</b>   |                   |          |                    |          |
| A. Profilaxis dental. Radioterapia.   | 0                 | 0        | 18                 | 100      |
| B. Promoción. Prevención. Cirugía.  | 0                 | 0        | 18                 | 100      |
| C. Cirugía. Quimioterapia. Anticuerpos monoclonales.  | 18                | 100      | 0                  | 0        |
| D. Cirugía. Radioterapia. Quimioterapia.  | 0                 | 0        | 18                 | 100      |

La unanimidad entre los odontólogos (100%) de conferirle importancia a referir a sus pacientes a un especialista si se detecta alguna alteración oral, refleja un consenso sólido en esta medida; sin embargo, la literatura científica también subraya la relevancia de la derivación a especialistas en casos de requerirse diagnósticos más precisos y tratamientos adecuados. Esto concuerda con estudios que enfatizan la necesidad de una atención multidisciplinaria en el abordaje del cáncer oral, involucrando a oncólogos, cirujanos maxilofaciales y otros profesionales.

La proporción mixta de odontólogos que están de acuerdo (61,11 %) y en desacuerdo (38,88 %) con la realización de exámenes físicos exhaustivos en cada control odontológico indica una divergencia de opiniones dentro de la comunidad odontológica. Al respecto, la literatura especializada plantea que su no ejecución puede deberse a diversos factores, incluyendo la disponibilidad de tiempo en consultas regulares y la carga de trabajo del profesional; así como a la falta de pericia para detectar lesiones sospechosas o pre cancerígenas. Autores como Michalón et al., (2019) resaltan la importancia del manejo de las patologías utilizando el método clínico.

El consenso mayoritario (72,22 %) sobre la importancia de indicar estudios radiológicos frecuentes para la detección del cáncer oral está respaldado por la literatura. La radiografía oral, incluyendo panorámicas y radiografías intraorales, es una herramienta valiosa para identificar alteraciones y lesiones tempranas. Sin embargo, los odontólogos que no están de acuerdo (27,77%) podrían basar su posición en el equilibrio entre la exposición a radiación y los beneficios diagnósticos. Estudios previos muestran que la dosis de radiación en los estudios radiológicos dentales es baja y generalmente segura, pero el riesgo-beneficio debe ser considerado (CBCT, 2015).

La correcta implementación de las directrices respaldadas por la evidencia podría manifestarse en la disminución de la cantidad de radiación a la que se exponen los pacientes, al evitar exposiciones que carecen de necesidad. El análisis clínico y radiológico es fundamental para lograr el proceso de justificación, y por lo tanto, una reducción en las dosis de radiación a los pacientes. Lo descrito indica la necesidad de usar guías clínicas para correcta selección del examen radiográfico. Se requiere más investigación que justifique el uso de nuevas tecnologías imagenológicas en indicaciones específicas y permitan elaborar guías clínicas basadas en evidencia (Barba et al., 2020).

La totalidad de los odontólogos (100%) concuerdan en la importancia de la profilaxis dental en la prevención del cáncer oral. Esto coincide con la orientación de la literatura, que destaca la profilaxis como parte integral de la prevención y el mantenimiento de la salud oral. La higiene oral adecuada y las visitas regulares al odontólogo han demostrado ser factores fundamentales en la detección temprana y prevención del cáncer oral.

Con respecto al tratamiento oportuno, de forma correcta la totalidad de encuestados coincidieron en que la cirugía, quimioterapia y el uso de los anticuerpos monoclonales constituye

el esquema correcto, resultado que refleja una aproximación multidisciplinaria al tratamiento del cáncer oral, ya que combina diferentes modalidades terapéuticas para abordar el cáncer desde múltiples ángulos. La elección de las modalidades de tratamiento depende de factores como el tipo y estadio del cáncer, la ubicación del tumor y la salud general del paciente. Este enfoque combinado tiene como objetivo maximizar la efectividad del tratamiento y mejorar las tasas de éxito en la eliminación del cáncer y la supervivencia del paciente.

**Tabla 6. Conocimiento sobre tipos de tumores y factores pronóstico**

| <i>Tipos de tumores y factores pronósticos</i>                   | <b>RESPUESTAS</b> |          |                    |          |
|--|-------------------|----------|--------------------|----------|
|  | <b>CORRECTAS</b>  |          | <b>INCORRECTAS</b> |          |
|  | <b>No.</b>        | <b>%</b> | <b>No</b>          | <b>%</b> |
| <b>TUMORES CONJUNTIVOS</b>                                       |                   |          |                    |          |
| <b>BENIGNOS DE CAVIDAD ORAL</b>                                  |                   |          |                    |          |
| A. Adenocarcinoma- Melanoma. Linfoma.                            | 0                 | 0        | 18                 | 10       |
| B. Adenoma pleomorfo. Mucocela. Osteoma.                         | 0                 | 0        | 18                 | 100      |
| C. Fibroma. Lipoma. Granuloma Piógeno.                           | 13                | 72,22    | 5                  | 27,77    |
| D. Papiloma. Nevus. Osteosarcoma.                                | 0                 | 00       | 18                 | 100      |
| <b>CARCINOMA EPIDERMÓIDE:</b>                                    |                   |          |                    |          |
| <b>TIPOS HISTOLÓGICOS</b>  |                   |          |                    |          |
| A. Carcinoma Escamoso. Carcinoma Adenoideo. Carcinoma Basaliode. | 0                 | 0        | 18                 | 100      |
| B. Fibrosarcoma. Plasmocitoma. Sarcoma Sinovial.                 | 0                 | 0        | 18                 | 100      |
| C. Sarcoma Alveolar. Melanoma. Osteosarcoma.                     | 0                 | 0        | 18                 | 100      |
| D. Linfoma. Lipoma. Carcinoma Epidermoide.                       | 0                 | 0        | 18                 | 100      |
| <b>FACTORES PRONÓSTICOS</b>                                      |                   |          |                    |          |
|  | <b>No.</b>        | <b>%</b> | <b>No</b>          | <b>%</b> |

|  |            |           |           |           |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|
| A. Tumores gingivales. Tumores de gran tamaño. Extensión ganglionar. Variedad basaloide.   | 11         | 61,<br>11 | 7         | 38,<br>88 |
| B. Sexo femenino. Edad. Localización del labio. Tumores bien diferenciados.  | 0          | 0         | 0         | 0         |
| C. Marcadores tumorales elevados. Función renal comprometida. Paciente diabético. Raza negra.  | 0          | 0         | 0         | 0         |
| D. Pacientes que no se pueden someter a tratamiento. Carcinoma epidermoide. Masa tumoral en el cuello menor de 1 cm. Lesiones superficiales. | 0          | 0         | 0         | 0         |
| <b>LESIONES MALIGNAS DE LA CAVIDAD ORAL</b>  | <b>No.</b> | <b>%</b>  | <b>No</b> | <b>%</b>  |
| A. Placas blanquecinas sin causa conocida.   | 0          | 0         | 0         | 0         |
| B. Placas eritematosas sin causa conocida.   | 0          | 0         | 0         | 0         |
| C. Lesiones inflamatorias crónicas en labios.  | 0          | 0         | 0         | 0         |
| D. Todas las anteriores.   | 12         | 66,<br>66 | 6         | 33,<br>33 |

Los resultados de la tabla muestran respuestas de los encuestados en relación con diferentes tipos de tumores, factores pronósticos y lesiones malignas de la cavidad oral. En cuanto a los tipos de tumores y factores pronósticos se refiere, el ítem C) de la sección de tumores conjuntivos benignos de cavidad oral, correspondiente a fibromas, lipomas, granuloma piógeno tuvo un 13 % (72,22 %) de respuestas correctas y un 5% (27,77 %) de respuestas incorrectas. Resultado que agrupa la selección adecuada.

En la sección de carcinoma epidermoide y tipos histológicos, ninguna de las opciones tuvo respuestas correctas para un 100 % de error por parte de los encuestados. Con relación a las

lesiones malignas de la cavidad oral, la opción D (Todas las anteriores) tuvo un 66,66 % de respuestas correctas para un 6 % de respuestas incorrectas (33,33 %).

Resulta importante notar que la mayoría de las opciones en estas secciones no recibieron respuestas correctas por parte de los encuestados. Esto puede sugerir una falta de conocimiento o comprensión adecuada sobre los tipos de tumores, factores pronósticos y lesiones malignas de la cavidad oral entre los participantes. Estos resultados también indican que algunas respuestas incorrectas se registraron, lo que podría indicar la necesidad de mejorar la educación en relación con esas temáticas entre los profesionales de la odontología.

**Tabla 7. Conocimiento sobre las etapas clínicas del cáncer oral, estadios y objetivo del cuidado paliativos a los pacientes de cabeza y cuello**

| <i>Etapas clínicas del cáncer oral,<br/>estadios y objetivos del cuidado<br/>paliativos a los pacientes de cabeza y<br/>cuello</i> | RESPUESTAS |       |             |       |
|--|------------|-------|-------------|-------|
|  | CORRECTAS  |       | INCORRECTAS |       |
|  | No.        | %     | No.         | %     |
| <b>CUIDADOS PALIATIVOS A<br/>PACIENTES DE CABEZA Y<br/>CUELLO</b>  |            |       |             |       |
| A. Entre los síntomas más frecuentes a tratar se encuentran las hemorragias, las infecciones, y el dolor.                          | 0          | 0     | 18          | 100   |
| B. El principal objetivo del tratamiento es aumentar la expectativa de vida de los pacientes y familiares.                         | 11         | 61,11 | 7           | 38,88 |
| C. Su tratamiento va encaminado a mejorar la calidad de vida de los pacientes.   | 0          | 0     | 18          | 100   |
| D. El equipo multidisciplinario debe iniciar los cuidados continuos desde el diagnóstico   | 0          | 0     | 18          | 100   |

*del paciente y se extiende hasta el duelo de los familiares.*

**ESTADIO(S) DEL CÁNCER DE CAVIDAD ORAL**

A. *Temprano*

B. *Avanzado*

C. *No se produce la invasión a músculos y hueso*

D. *Solo en estadios I y II*

**ESTADO AVANZADO DEL CANCER DE CAVIDAD ORAL**

A. *Infecciones dentales.*

B. *Hemorragias.*

C. *Somnolencia*

D. *Metástasis.*

|  | No. | %         | No | %         |
|--|-----|-----------|----|-----------|
|  |     |           | .  |           |
| A. <i>Temprano</i>                                     | 0   | 0         | 18 | 100       |
| B. <i>Avanzado</i>                                     | 14  | 77,<br>77 | 4  | 22,<br>22 |
| C. <i>No se produce la invasión a músculos y hueso</i> | 0   | 0         | 18 | 100       |
| D. <i>Solo en estadios I y II</i>                      | 0   | 0         | 18 | 100       |
|  | No. | %         | No | %         |
|  |     |           | .  |           |
| A. <i>Infecciones dentales.</i>                        | 0   | 0         | 18 | 100       |
| B. <i>Hemorragias.</i>                                 | 0   | 0         | 18 | 100       |
| C. <i>Somnolencia</i>                                  | 0   | 0         | 18 | 100       |
| D. <i>Metástasis.</i>                                  | 9   | 50        | 9  | 50        |

Con respecto a los cuidados paliativos de los pacientes de cabeza y cuello 11 encuestados consideran que el principal objetivo del tratamiento es aumentar la expectativa de vida de los pacientes y familiares y 7 personas refieren que no. Esta divergencia en las respuestas sugiere una variación en las perspectivas sobre el objetivo de este tipo de cuidados en pacientes de cabeza y cuello.

Aquellos que consideran que aumentar la expectativa de vida es un objetivo válido podrían estar enfocados en tratamientos activos y medidas que mejoren la calidad de vida de los pacientes. Por otro lado, quienes no lo consideran un objetivo podrían priorizar la comodidad a expensas de disminuir calidad de vida.

En cuanto a los estadios(s) del cáncer de cavidad oral, 14 participantes mencionan que se encuentran en etapa avanzada y 4 no. Este resultado podría reflejar una preocupación compartida sobre la detección tardía o el diagnóstico en estadios avanzados, lo que puede influir en el pronóstico y las opciones de tratamiento.

En referencia al estado avanzado del cáncer de cavidad oral, 9 personas manifiestan que los pacientes se encuentran en metástasis y 9 lo rechazan. La división en las respuestas sobre la presencia de metástasis en pacientes con cáncer oral en estadio avanzado podría reflejar la complejidad y la variabilidad de la presentación clínica. La detección de metástasis puede influir en las decisiones de tratamiento y en la consideración de opciones paliativas.

**Tabla 8. Causas de mortalidad por cáncer oral, frecuencia de localización, signos de lesión cancerígena y factores de riesgos**

| <i>Causas de mortalidad por<br/>cáncer oral, frecuencia de<br/>localización, signos de lesión<br/>cancerígena y factores de riesgos</i> | <b>RESPUESTAS</b> |           |                    |           |
|---|-------------------|-----------|--------------------|-----------|
|   | <b>CORRECTAS</b>  |           | <b>INCORRECTAS</b> |           |
|   | <b>No.</b>        | <b>%</b>  | <b>No.</b>         | <b>%</b>  |
| <b>ALTA TASA DE<br/>MORTALIDAD ASOCIADO A:</b>  |                   |           |                    |           |
| <i>A. Diagnóstico tardío.</i>   | 11                | 61,<br>11 | 7                  | 38,<br>88 |
| <i>B. Progresión lenta del cáncer.</i>  | 0                 | 0         | 18                 | 10<br>0   |
| <i>C. Se desarrolla exclusivamente en<br/>inmunodeprimidos.</i>   | 0                 | 0         | 18                 | 10<br>0   |
| <i>D. El cáncer de cavidad oral<br/>presenta una baja prevalencia.</i>  | 0                 | 0         | 18                 | 10<br>0   |
| <b>LOCALIZACIÓN MÁS<br/>FRECUENTE</b>   | <b>No.</b>        | <b>%</b>  | <b>No.</b>         | <b>%</b>  |
| <i>A. Piso de la boca</i>   | 0                 | 0         | 10<br>0            | 18        |
| <i>B. Labio inferior.</i>   | 0                 | 0         | 10<br>0            | 18        |
| <i>C. Lengua</i>  | 18                | 10<br>0   | 0                  | 0         |
| <i>D. Mucosa Palatina</i>   | 0                 | 18        | 10<br>0            | 18        |



**SIGNO DE SOSPECHA DE UNA  
LESIÓN CANCERÍGENA**

- A. *Placa blanquecina*
- B. *Pigmentación en mucosa que aumenta en el tiempo*
- C. *Úlcera que no sana en menos de 1 mes*
- D. *Todas las anteriores*

| No. | %   | No. | %   |
|-----|-----|-----|-----|
| 0   | 0   | 18  | 100 |
| 0   | 0   | 18  | 100 |
| 18  | 100 | 0   | 0   |
| 0   | 0   | 18  | 100 |

**FACTORES DE RIESGO**

- A. *Tabaquismo.*
- B. *Alcohol*
- C. *Luz solar*
- D. *Infecciones*

| No. | %   | No. | % |
|-----|-----|-----|---|
| 18  | 100 | 0   | 0 |
| 18  | 100 | 0   | 0 |
| 18  | 100 | 0   | 0 |
| 18  | 100 | 0   | 0 |

**EXPOSICIÓN AL SOL COMO  
FACTOR DE RIESGO**

- A. *Encía*
- B. *Lengua*
- C. *Labio*
- D. *Piso de la boca*

| No. | %   | No. | %   |
|-----|-----|-----|-----|
| 0   | 0   | 18  | 100 |
| 0   | 0   | 18  | 100 |
| 18  | 100 | 0   | 0   |
| 0   | 0%  | 18  | 100 |

**MICROORGANISMOS  
FACTORES DE RIESGO DE  
CÁNCER DE CAVIDAD ORAL**

| No. | % | No. | % |
|-----|---|-----|---|
|     |   |     |   |

|                                  |    |    |    |    |
|----------------------------------|----|----|----|----|
| A. <i>Treponema pallidum.</i>    | 0  | 0  | 18 | 10 |
| B. <i>Virus Papiloma Humano.</i> | 18 | 10 | 0  | 0  |
| C. <i>Solobacterium Moorei.</i>  | 0  | 0  | 18 | 10 |
| D. <i>Herpes virus tipo I</i>    | 0  | 0  | 18 | 10 |

En referencia a las causas de mortalidad por cáncer oral, frecuencia de localización, signos de lesión cancerígena y factores de riesgos, 11 encuestados para un 61,11 % manifestaron que se encuentra asociado a un diagnóstico tardío. Esta percepción refleja la comprensión de los encuestados sobre la importancia del diagnóstico temprano en la prevención de la mortalidad por cáncer oral. El hecho de que más de la mitad de los encuestados identifiquen el diagnóstico tardío como una causa principal de mortalidad sugiere una conciencia sobre la necesidad de promover la detección temprana y la educación pública.

Con respecto a la localización más frecuente, la totalidad de la población coincidió en que esta enfermedad mayormente afecta la lengua; la cual es ampliamente reconocida como una de las áreas donde el cáncer oral se presenta con mayor frecuencia.

De igual forma, todos refirieron que la presencia de una úlcera que no sana y que el Virus del Papiloma Humano son responsables de lesión cancerígena y sus factores de riesgo. La unanimidad en ambas respuestas sugiere que los encuestados tienen un conocimiento compartido sobre estos signos y factores de riesgo asociados al cáncer oral. Esto es valioso para la detección temprana y la educación sobre los síntomas preocupantes.

**Tabla 9. Exámenes complementarios para el diagnóstico definitivo, protocolo de derivación**

*Exámenes complementarios  
para el diagnóstico definitivo,  
protocolo de derivación*

| RESPUESTAS |             |
|------------|-------------|
| CORRECTAS  | INCORRECTAS |
|            |             |

| <b>EXAMEN</b>   | <b>No.</b> | <b>%</b> | <b>No.</b> | <b>%</b> |
|---|------------|----------|------------|----------|
| <b>COMPLEMENTARIO</b>   |            |          |            |          |
| A. <i>Citología exfoliativa.</i>  | 0          | 0        | 18         | 10<br>0  |
| B. <i>Biopsia.</i>  | 18         | 10<br>0  | 0          | 0        |
| C. <i>Radiografía.</i>  | 0          | 0        | 18         | 10<br>0  |
| D. <i>Hemograma</i>   | 0          | 0        | 18         | 10<br>0  |
| <b>PROTOCOLO DE DERIVACIÓN</b>  |            |          |            |          |
| A. <i>Derivar a Médico general.</i>                                       | 0          | 0        | 18         | 10<br>0  |
| B. <i>Derivar a Odontólogo con especialidad en Cirugía Máxilo-Facial.</i> | 0          | 0        | 18         | 10<br>0  |
| C. <i>Derivar a Odontólogo con especialidad en Patología Oral.</i>        | 18         | 10<br>0  | 0          | 0        |
| D. <i>Derivar Médico con especialidad en Oncología.</i>                   | 0          | 0        | 18         | 10<br>0  |

En referencia a los exámenes complementarios para el diagnóstico definitivo o protocolo de derivación, la totalidad de los encuestados mencionan que recurren a la Biopsia como un examen completo. De igual forma todo derivan sus pacientes a un odontólogo con especialidad en patología oral dentro del protocolo de derivación.

**Tabla 10. Conducta a seguir para la alimentación al paciente con odinofagia por cáncer oral**

*Alimentación al paciente con odinofagia*

**ALTERNATIVA DE ALIMENTACIÓN**

**RESPUESTAS**

| <b>CORRECTAS</b> |          | <b>INCORRECTAS</b> |          |
|------------------|----------|--------------------|----------|
| <b>No.</b>       | <b>%</b> | <b>No.</b>         | <b>%</b> |
|                  |          |                    |          |

|   |    |         |    |         |
|---|----|---------|----|---------|
| A. <i>Suministrar líquido volúmenes pequeños.</i>   | 0  | 0       | 18 | 10<br>0 |
| B. <i>Comidas líquidas y frías.</i>                 | 0  | 0       | 18 | 10<br>0 |
| C. <i>Vía parenteral.</i>                           | 18 | 10<br>0 | 0  | 0       |
| D. <i>Comidas solidas frías en pequeño volumen.</i> | 0  | 0       | 18 | 10<br>0 |

Con respecto a la alimentación al paciente con odinofagia, los 18 encuestados prefieren indicar la alimentación de sus pacientes por vía parenteral. Este método de alimentación está destinado a personas que no pueden absorber los nutrientes en los intestinos debido a vómitos prolongados, diarrea severa o enfermedades intestinales.

Dentro de las manifestaciones clínicas se evidencia predominio de Candidiasis, Carcinoma de células escamosas, Osteonecrosis; lo que concuerda con lo manifestado por Estrada et al. (2015), el que reporta que el porcentaje de cánceres de mucosa oral, según su tipo histológico, está formado por carcinomas. El 95% de los cánceres ocurren en la mucosa oral en comparación con el cáncer, la proporción de melanoma es pequeña, pero el sarcoma del sitio activo representa una proporción muy pequeña.

Con relación a los síntomas de los tumores en la cavidad oral, el estudio destacó varias manifestaciones, entre las cuales se encuentran úlceras en la boca o en los labios que no cicatrizan, dolor, la presencia de un bulto en el labio, la lengua o en el cuello, sangrado inexplicable en la boca y entumecimiento. Según Miguel et al. (2016), los síntomas del cáncer oral incluyen sangrado, dolor, excesiva salivación, dificultades para hablar y comer. A veces, la rigidez de la mandíbula y el entumecimiento parcial de las membranas mucosas también son síntomas evidentes del cáncer oral. Además, se pueden presentar asimetría facial, manchas, úlceras en las mucosas, ampollas, necrosis, fisuras, caries y perforaciones como síntomas adicionales del cáncer oral.

Entre los factores de riesgo más relevantes se destaca el hábito de fumar. Esto es similar a Al-Shammari et al. (2006), quienes reportaron que el 66,8% (n = 676) de los fumadores consideraban el tabaquismo como factor de riesgo, frente a 52 no fumadores. 4% (n=539)),

$p < 0,01$ . Sin embargo, los fumadores son menos conscientes de los efectos del tabaco en la salud bucodental (enfermedad periodontal y tinción dental) que los no fumadores.

En un estudio de Firinciogluglari et al. (2022), informaron que el 62 % de los pacientes remitidos a hospitales dentales en el norte de Chipre indicaron que los dentistas no explicaron de forma suficiente sobre el cáncer oral durante la atención médica. Esto puede deberse a la falta de conocimientos entre los profesionales de la salud sobre la prevención de esta patología.

García et al. (2018), describen su etiología como multifactorial, dependiendo de factores cancerígenos y factores de riesgo. Las sustancias peligrosas como el tabaco y el alcohol son dos de los ingredientes más importantes, incluso cuando se usan juntos, porque su efecto sinérgico puede afectar la supervivencia patológica de los pacientes, lo que aumenta significativamente el riesgo de cáncer de cavidad oral y faringe.

En referencia a los tipos de tumores y factores pronósticos, se encontró que hay una predominancia de Carcinoma Escamoso- Carcinoma Adenoideo- Carcinoma Basaliode. A su vez, en el estudio de Cabrera et al. (2020), el carcinoma de células escamosas fue el tipo predominante, según Martínez et al, quienes encontraron que el carcinoma de células escamosas (86,3%) fue el tipo que afectó a la mayor población. Al igual que, Delesma Chumbe (2018), encontró que el carcinoma de células escamosas afectaba más a las mujeres. En su estudio, Campêlo dos Santos et al. (2015), encontraron 15 casos de carcinoma epidermoide bucal en estadio III y IV, lo que no concuerda con nuestro estudio, la mayoría de los pacientes se encontraban en estadio I (57,14%).

Con relación al tratamiento del cáncer bucal, se ha observado que se sigue un esquema de tratamiento que se basa en la cirugía como primera opción, seguida de radioterapia y quimioterapia, dependiendo del estadio de la enfermedad y las necesidades individuales del paciente. Estos hallazgos coinciden con las afirmaciones realizadas por (Alvarado, Jiménez, & Ibieta, 2020), quienes enfatizan la importancia de evaluar el estado bucal para prevenir posibles complicaciones. Además, los autores mencionan que antes de iniciar quimioterapia o radioterapia, es fundamental que el odontólogo consulte con el oncólogo para evitar posibles modificaciones en el tratamiento bucodental, como la profilaxis oral, el legrado periodontal y la endodoncia.

En referencia a las causas de mortalidad por cáncer oral, su frecuencia de localización, signos de lesión cancerígena y factores de riesgos, el estudio encontró que el diagnóstico tardío es uno de los motivos de esta causalidad. Según (Grafton Clarke, Wen Chen, & Wilcock, 2019), existen factores que pueden incidir en la demora en el diagnóstico del cáncer bucal, entre los que se encuentran el bajo conocimiento y experiencia de médicos y odontólogos, para realizar diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Debido a que el trabajo de los odontólogos implica la exposición al contacto directo con los pacientes, la práctica clínica ha aumentado en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS), con énfasis en la atención primaria. Lo descrito incrementa la necesidad de dedicar esfuerzos en la formación de estos profesionales para el diagnóstico de lesiones precancerosas y tumores malignos. Además, se requiere una mayor vinculación del personal odontológico en programas de prevención, especialmente en aquellos dirigidos a personas de alto riesgo.

En cuanto al estado avanzado de los pacientes se encontró que la complicación más común del cáncer oral es la invasión local a tejidos y estructuras cercanas en la boca; entre los que se encuentran músculos, huesos, vasos sanguíneos y demás estructuras que conforman el aparato estomatognático. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la capacidad del cáncer oral para metastatizar depende de varios factores, como su tipo y estadio; así como de las características individuales del paciente. Algunos tipos de cáncer oral tienen un mayor potencial metastásico que otros. Por ejemplo, el carcinoma de células escamosas, que es el tipo más común de cáncer oral, puede metastatizar a los ganglios linfáticos cercanos antes de extenderse a otras partes del cuerpo.

Lo descrito concuerda con los resultados de los estudios realizados por Puente y Velasco (2021), los que observaron que la propagación de células anormales puede invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos por metástasis.

Con respecto a los cuidados paliativos, el principal objetivo dentro del estudio se encontró que el tratamiento busca aumentar la expectativa de vida de los pacientes y familiares. Es decir, las operaciones de cáncer oral mencionadas por Moreira (2019), son bastante agresivas y alentadoras para las personas con esta enfermedad, y estos tratamientos deben realizarse estrictamente para mejorar la calidad de vida de los pacientes, ayudarlos psicológicamente y encontrar formas de contribuir a sus vidas. Necesidades sociales, emocionales, nutricionales y

espirituales, surge que el enfoque actual debe estar en el paciente con cáncer que debe comenzar el tratamiento del cáncer y posiblemente alcanzar un estado terminal debido a los efectos a corto plazo de los resultados del tratamiento.

#### **4.2 Análisis comparativo**

Durante el desarrollo de este estudio investigativo, se registraron pruebas sobre el mismo tema y se pueden utilizar para comparar los datos procesados en la presente investigación.

La salud de un ser humano es un derecho constitucional, por lo que se debe promover el desarrollo de políticas para su promoción y desarrollo. La atención integral al paciente con cáncer oral es de suma importancia para brindar un cuidado durante todas las etapas de la enfermedad. Requiere de un enfoque multidisciplinario que involucre a diferentes profesionales de la salud, incluyendo odontólogos y demás miembros de los equipos de trabajo. (Lanza, Damian, 2021).

En la actualidad el odontólogo no cuenta solo conocimientos específicos sobre la salud oral que incluye la promoción, prevención, diagnósticos, tratamiento y rehabilitación, sino que también cuenta con una formación integral denominada “más allá de la boca”. Esto incluye la capacitación para identificar múltiples aspectos psicosociales en cada uno de sus pacientes que puedan generar riesgos en la salud (Díaz, Tirado, & Madera, 2014).

De igual manera en el presente estudio nos permitió identificar que, aunque predominó el **nivel de conocimiento alto** (el que expresa que los 18 encuestados respondieron correctamente más del 70 % de las preguntas que conforman la encuesta), Al respecto, 49 respuestas correctas representan el 51,57 % del total de temas consultados.

En segunda posición se ubicó la categoría de **nivel de conocimiento bajo** con 41,56 respuestas correctas, **seguido del moderado** con 4,44 aciertos entre los encuestados.

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**



## 5.1. Conclusiones

- De forma mayoritaria, los integrantes de la población de estudio laboran en primer nivel de atención, específicamente en Subcentros de Salud que forman parte del Distrito 09D24 Durán, del Ministerio de Salud Pública; mientras que una minoría cuentan con estudios de cuarto nivel en áreas de especialidades odontológicas.
- Se validó un cuestionario para la determinación del nivel de conocimiento que, sobre el manejo integral del paciente con cáncer oral, sus manifestaciones bucodentales y niveles de prevención, poseen los odontólogos que trabajan en la Red Pública Integral de Salud; instrumento que cuenta con un Alfa de Cronbach que demuestra la presencia de alta consistencia interna, lo que indica una buena fiabilidad para medir la variable de interés de estudio.
- Se identificó el nivel de conocimiento de los odontólogos sobre manejo integral del paciente con cáncer oral en la Red Pública Integral de Salud, predominando el nivel categorizado como alto. Se formularon actividades para potenciar el conocimiento de los odontólogos en relación con el manejo del paciente con cáncer oral en los diferentes niveles de la Red Pública Integral de Salud, según manifestaciones bucodentales, niveles de prevención y clasificación de los tumores de cavidad oral.

## 5.2. Recomendaciones

- Aplicar el instrumento validado para determinar el nivel de conocimiento de los odontólogos que laboran en la Red Pública Integral de Salud y en base a los resultados capacitar a estos

profesionales, con la actividades propuestas en el presente estudio para potenciar el conocimiento de los odontólogos en relación con el manejo del paciente con cáncer oral en los diferentes niveles de atención, según manifestaciones bucodentales, niveles de prevención y clasificación de los tumores de cavidad oral.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Acosta Galeano, M. F., y Jacquett Toledo, N. L. (2017). Importancia del odontólogo dentro del plantel multidisciplinario de oncología. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 93,98.

- Álvarez Gómez, Gloria Jeanethe, López Camacho, Rosa Virginia, Botero Torres, Javier Enrique, Botero Gómez, Sandra Milena, Cardona Álzate, Diana Patricia, Carmona Ross, Pedro Alejandro, & Hernández Arévalo, Jorge Eliecer. (2017). Alteraciones en la cavidad bucal en pacientes tratados con radioterapia de cabeza y cuello. Medellín, Colombia. *Revista odontológica mexicana*, 21(2), 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.rodmemx.2017.05.003>
- Álava, E. de. (2005). *Patología Molecular de los sarcomas*. *Oncología (Barcelona)*, 28(9), 22-38. Recuperado en 26 de agosto de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000900003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000900003&lng=es&tlng=es).
- Ali, J., Sabiha, B., Ullah, H., Adnan, S., Ali, A., y Ali, S. (2017). Etiología genética del cáncer bucal. *Oncología Bucal*, 70(1), 23-28. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2017.05.004>
- Alvarado, A., y Restrepo, M. (2016). *Cáncer Bucal, aproximaciones teóricas*. *Dominio Científico*, 2(1), 167-185.
- Alvarado, E., Jiménez, R., y Ibieta, B. (2020). Manejo odontológico en el paciente con cáncer de cabeza y cuello sometido a cirugía, radioterapia y/o quimioterapia. *Revista Odontológica Mexicana*, 24(2), 157-166. <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2020/uo202j.pdf>.
- Apolo, J., Apolo, J., y Apolo, J. (2017). Importancia de la relación Odontólogo-paciente en la práctica clínica. *Revista pedagógica de la Universidad de Cienfuegos*, 13(59). <https://doi.org/142-150>.
- Barba Ramírez, L., Ruiz García de Chacón, V., & Hidalgo Rivas, A. (2020). El uso de rayos X en odontología y la importancia de la justificación de exámenes radiográficos. *Avances en Odontoestomatología*, 36(3), 131-142. Epub 05 de diciembre de 2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0213-12852020000300002>.
- Batista, Z., González, V., García, M., Rodríguez, I., Miranda, I., Chica, M., y Portal, J. (2019). Evaluación clínico-epidemiológica de trastornos bucales potencialmente malignos en adultos de Montalvo en Ambato, Ecuador. *Revista Cubana de Estomatología*, 56(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072019000400004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000400004).
- Boza Y., Guillén D., 2018: Queilitis actínica: Reporte de tres casos y revisión de literatura. *ODOVTOS-Int. J. Dental Sc.*, 20-3 (September - December): 33-42. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v20n3/2215-3411-odovtos-20-03-33.pdf>.
- Cabrera, M., Villar, N., y Reyes, C. (2020). Perspectiva social del autocuidado en los pacientes con cáncer bucal. *Humanidades Médicas*, 20(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202020000100167](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000100167).

- CEOSC. (2020). La autoexploración de la boca y la visita anual al dentista, medidas para prevenir el Cáncer Oral. <https://www.ceosc.es/la-autoexploracion-de-la-boca-y-la-visita-anual-al-dentista-medidas-para-prevenir-el-cancer-oral/>
- Cortés F., Ignacio Antonio, Céspedes N., Martín, Almeida A., Paula, & Zelada B., Úrsula. (2022). Trastornos del gusto: actualización y aproximación clínica. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 82(2), 270-278. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162022000200270>.
- Cueva, P., Tarupi, W., y Cabalero, H. (2022). Incidencia y mortalidad por cáncer en Quito: información para monitorear las políticas de control del cáncer. *Colombia Médica*, 53(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.25100/cm.v53i1.4929>.
- Dhanuthai, K., Rojanawatsirivej, S., Thosaporn, W., Kintarak, S., Subarnbhesaj, A., Darling, M. Lee, S. (2018). Cáncer bucal: un estudio multicéntrico. *PubMed*, 23(1), 23-29. <https://doi.org/10.4317/medoral.21999>
- Díaz, S., Tirado, L., y Madera, M. (2014). Family health-focused dentistry. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 397-405. <https://www.scielo.org/pdf/rcsp/2014.v40n3/397-405/es>
- Escribano-Bermejo, M., & Bascones-Martínez, A.. (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Avances en Odontoestomatología*, 25(2), 83-97. Recuperado en 26 de agosto de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852009000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000200004&lng=es&tlng=es).
- Escofet, Anna, Folgueiras, Pilar, Luna, Ester, & Palou, Berta. (2016). Elaboración y validación de un cuestionario para la valoración de proyectos de aprendizaje-servicio. *Revista mexicana de investigación educativa*, 21(70), 929-949. Recuperado en 21 de julio de 2023, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-66662016000300929&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662016000300929&lng=es&tlng=es).
- Figueroa Pérez, Yanela, Pérez Aréchaga, Dianet, Borges García, Tairy, Ortiz Díaz, Leonardo Abilio, Cabrera García, Ana Gloria, & Jiménez Rodríguez, Yunieski. (2021). Potencial de transformación maligna de las lesiones blanquecinas bucales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 50(2), e1071. Epub 01 de agosto de 2021. Recuperado en 25 de agosto de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572021000200015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572021000200015&lng=es&tlng=es).
- García-García V, Bascones Martínez A. Cáncer oral: Puesta al día. *Av. Odontoestomatol* 2009; 25 (5): 239-248. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original1.pdf>

- García, J., Varela, P., González, M., Seoane, J., Seoane, J., y García, M. (2019). Epidemiología del cáncer bucal. SpringerLink, 1(1), 81-93. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-61255-3\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-61255-3_3)
- Herrera Herrera, A., Díaz Caballero, A., Herrera Barrios, F., & Fang Mercado, L.C. (2012). Osteorradionecrosis como secuela de la radioterapia. Avances en Odontoestomatología, 28(4), 175-180. Recuperado en 26 de agosto de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852012000400002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000400002&lng=es&tlng=es).
- Hernández Sampieri, R., Mendoza Torres C P. (2018). Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
- Irani, S. (2020). Nuevos conocimientos sobre el cáncer oral: factores de riesgo y prevención: una revisión de la literatura. PubMed, 11(202). [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_403\\_18](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_403_18)
- International Commission on Radiological Protection. Radiological Protection in Cone Beam Computed Tomography (CBCT). 2015; ICRP Publication 129. Ann ICRP 44.
- Izzeddin, R., y Jiménez, F. (2013). Bioética en Odontología, una visión con principios. CES Odontología, 26(1). [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2013000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000100007)
- Jacobo, M., y Ochoa Vigo, K. (2013). Influencia de una intervención educativa en el conocimiento sobre la prevencia de mucositis oral en pacientes sometidos a quimioterapia. Revista Med. Hered., 282.
- Jiménez Palacios, Cecilia, Pérez Herrera, Celenia, & Lugo, María Victoria. (2000). La Escleroterapia como una alternativa en el Tratamiento de los Hemangiomas de los Tejidos Blandos de la Cavidad Bucal. Acta Odontológica Venezolana, 38(2), 4-8. Recuperado en 25 de agosto de 2023, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-93392011000100004&script=sci\\_arttext](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-93392011000100004&script=sci_arttext)
- Lanza, D. (2011). Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte I. Odontoestomatología, 13(17).
- Lanza, D. (2021). Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte I. Odontoestomatología, 13(17). [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392011000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392011000100004&script=sci_arttext)

- Legañosa, J. (2013). Atención estomatológica integral al paciente que recibe radioterapia en cabeza y cuello. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 17(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552013000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000100004)
- López, P. (2004). Población Muestra y Muestreo. Punto Cero.
- Madera, L. (2019). Una revisión sobre el manejo de la adherencia en pacientes con terapias contra el cáncer oral. *Revista Europea de Enfermería Oncológica*, 16(4).
- Martínez-Sahuquillo Márquez, A., Gallardo Castillo, I., Cobos Fuentes, M.J., Caballero Aguilar, J., & Bullón Fernández, P. (2008). La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 33-44. Recuperado en 26 de agosto de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852008000100003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852008000100003&lng=es&tlng=es).
- Manrique, J., Chávez, B., Manrique, C., y Manrique, J. (2022). Seguridad del paciente y eventos adversos en la práctica odontológica en una clínica dental docente. *Revista de Estomatología Herediana*, 32(1), 42-51. <https://doi.org/https://doi.org/10.20453/reh.v32i1.4182>
- Mateo, A., y Somacarrera, M. (2015). Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología*, 31(4). <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>
- Medina Nogueira, Yuly Esther, El Assafiri Ojeda, Yusef, Nogueira Rivera, Dianelys, Medina León, Alberto, & Medina Nogueira, Daylin. (2019). Propuesta de un cuestionario para el desarrollo de la auditoría de gestión del conocimiento. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(4), 61-71. Epub 02 de septiembre de 2019. Recuperado en 20 de julio de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202019000400061&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202019000400061&lng=es&tlng=es).
- Michalón Dueñas, David Emmanuel, Andrade Galarza, José Vicente, & Chico Carrasco, Andrés Steven. (2019). Del método científico al método clínico en el manejo de las enfermedades odontológicas. *Conrado*, 15(69), 249-257. Epub 02 de septiembre de 2019. Recuperado en 26 de agosto de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442019000400249&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442019000400249&lng=es&tlng=es).
- Naranjo, M. (2018). Nivel de conocimiento sobre diagnóstico y prevención del cáncer oral, en docentes. *Universidad Central Ecuador, Quito*. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/14294/1/T-UCE-015-860-2018.pdf>

- Núñez, S., Delgado, A., Gault, C., y Simancas, D. (2018). Tendencias y patrones espaciales de la mortalidad por cáncer bucal en Ecuador, 2001–2016. *Revista Internacional de Odontología*, 2(1). <https://doi.org/10.1155/2018/6086595>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/18-11-2022-who-highlights-oral-health-neglect-affecting-nearly-half-of-the-world-s-population>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud Bucodental. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- (O.M.S, 2023). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/cancer>
- Ontané. (2019). Cáncer Oral. <https://www.clinicadentalmontane.com/blog/cancer-oral/>
- Ordóñez, D., Osorio, K., y Moreno, F. (2020). Atención odontológica de pacientes oncológicos desde la perspectiva de actores institucionales en Cali, Colombia, 2019. *Acta Odontológica Colombiana*, 10(1), 71-83. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/83197/pdf>
- Ordóñez Daza, D. E., Chamorro Giraldo, A. F., Cruz Muñoz, J. A., y Pizarro Sarria, M. A. (2020). Evaluación del conocimiento del cáncer oral y manejo odontológico del paciente oncológico en Cali, Colombia. *Acta Odontológica Colombiana Vol 10*, 47-59.
- Ovelar, I. (2018). El impacto del cáncer en la familia. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/11/Ovelar-Irene-Trab.-3%C2%BA-online-14.pdf>
- Paltas-Miranda, Mayra E., Mushtaq-Wali, Ahmad W., & Biazevic, María Gabriela Haye. (2021). Prevalencia del cáncer de cabeza y cuello en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el periodo 2002-2015 en Quito, Ecuador. *Gaceta mexicana de oncología*, 20(2), 52-61. Epub 18 de octubre de 2021. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.21000051>
- Palomeque Calle, Paola. (2018). Desigualdad de ingresos sobre la población económicamente activa y su incidencia sobre la salud oral: revisión situacional en el Ecuador. *Conrado*, 14(61), 173-178. Recuperado en 26 de agosto de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442018000100027&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000100027&lng=es&tlng=es).
- Plúas, W. (2022). Manejo odontológico enfocado a la prevención de la osteorradionecrosis en pacientes oncológicos. Univesidad Santiago de Guayaquil, Guayaquil. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/17818/1/T-UCSG-PRE-MED-ODON-666.pdf>
- Quincho Apumayta Raúl, Cárdenas Valverde Juan Carlos, Quispe Ayala César, Flores Poma Irina Giovanna e Inga Choque Vilma. (2022). Formularios de Google y elaboración de

- instrumentos de evaluación por competencias. Conrado, 18(85), 424-428. Epub 02 de abril de 2022. Recuperado en 14 de febrero de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442022000200424&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442022000200424&lng=es&tlng=es).
- Rocha Buevas, Anderson. (2009). Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, 21(1), 112-121. Retrieved August 25, 2023, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-246X2009000200011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2009000200011&lng=en&tlng=es).
  - Rebolledo Cobos, Martha, Sanchez Molina, Marisol, Bettín Martínez, Alfonso, Mosquera Cárdenas, Helen, & Lozano Gómez, Andrés. (2020). Candidiasis bucal en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. Revista Cubana de Estomatología, 57(1), e1965. Epub 20 de mayo de 2020. Recuperado en 25 de agosto de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072020000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072020000100004&lng=es&tlng=es).
  - Saez Carriera, R., Moreira Romero, J. M. ., Espinoza Ortíz, E. M. ., & Ubilla-Mazzini, W. (2023). Incidencia del Cancer Oral en SOLCA-Guayaquil: Estudio retrospectivo : Incidence of oral cancer in SOLCA-Guayaquil: A retrospective study. Revista Científica Especialidades Odontológicas UG, 6(1), 17–28. <https://doi.org/10.53591/eoug.v6i1.1291>
  - Torrano, A., y Navarrete, J. (2020). La importancia del tratamiento odontológico en pacientes con cáncer. Revista Mexicana de Medicina Forense, 5(3), 165-168. <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2020/mmf203zp.pdf>
  - Uberlinda, C. (2019). Manejo del paciente oncológico por el odontólogo general. Revista Odontológica Basadrina, 1(1), 46-50. <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/827/882>
  - Vélez, Pablo Andrés, Castro, Evelyn, Montalvo, Mario, Aguayo, Santiago, Velarde, Gustavo, Jara González, Fernando E., & Vélez, Jorge Luis. (2020). Rol de la apoptosis en la sepsis. Horizonte Médico (Lima), 20(4), e1219. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n4.11>
  - Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 26 de agosto de 2023, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).



- Wong, T., y Wiesenfeld, D. (2018). Cáncer bucal. WileyOnlineLibrary, 63(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/adj.12594>
- Yero-Mier, Ileana María, Castro-Yero, Jorge Luis de, Castro-Gutiérrez, Irma, García-Rodríguez, Marisel, Pérez-Cáceres, Remberto Michel, & Dorta-Capita, Barbara Yudelkys. (2023). Caracterización de la leucoplasia bucal. Clínica Estomatológica Docente Provincial Justo Ortelio Pestana Lorenzo, 2019. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 27(1), e5688. Epub 01 de enero de 2023. Recuperado en 25 de agosto de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942023000100006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942023000100006&lng=es&tlng=es).
- Zarza, A., y Marmol, J. (2017). Impacto del diagnóstico de cáncer oral en pacientes de la Universidad de Cartagena. Universidad de Cartagena. <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/4587/ULTIMA%20TESIS%20PARA%20EMPASTAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ANEXOS

### Anexo 1. Formato de Encuesta

Preguntas para medir nivel de conocimiento de Odontólogos sobre cáncer oral. Para fines académicos, las respuestas correctas han sido marcadas en amarillo

**Pregunta 01.** Elija en la columna B, el manejo odontológico para las manifestaciones que se presentan en el paciente con cáncer (columna A), según corresponda

| <b>Columna A</b><br><b>Manifestaciones clínicas</b> | <b>Columna B</b><br><b>Manejo odontológico</b> |
|---|--|
| Leucoplasia y eritroplasia                          | Lesiones premalignas                           |
| Xerostomia  | Sialogogos                                     |
| Liquen plano y queilitis actínica                   | Condiciones precancerosas                      |
| Candidiasis   | Ketoconazol                                    |
| Carcinoma de células escamosas                      | 90% de los canceres orales                     |
| Osteonecrosis                                       | Actinomyces israeli                            |

**Pregunta 02.** Relacione los medicamentos para el manejo odontológico del paciente con cáncer indicado en la columna A con las afecciones de la columna B según corresponda

- Columna A**  
**Medicamentos**
1. Pilocarpina clorhidrato
  2. Atinomicys Israeli
  3. Amifostina
  4. Ketoconazol
  5. Ampicillina

- Columna B**  
**Afecciones**
- \_\_\_ Candidiasis **4**
  - \_\_\_ Xerostomía **1**
  - \_\_\_ Osteoradionecrosis **2**
  - \_\_\_ Mucositis **3**

**Pregunta 03.** Seleccione la o las afirmaciones correspondientes a pacientes con cáncer:

- A. Los pacientes con mucositis en el grado 4 necesitan nutrición parenteral.
- B. Los carcinomas son tumores malignos derivados del tejido conectivo: huesos, tendones, cartílago, vasos, grasa y músculo.
- C. La osteoradionecrosis es una complicación muy frecuente debido al uso de la quimioterapia en pacientes con cáncer.
- D. Las leucoplasias y eritroplasias son lesiones malignas de la cavidad bucal.
- E. El tratamiento odontológico para los pacientes que van a recibir tratamiento oncoespecífico debe realizarse de 14 a 21 días antes de la terapia para garantizar la curación y cicatrización total.

**Pregunta 04.** Sobre cáncer oral, responda verdadero o falso según corresponda:

- A. La prevención y el manejo de la disgeusia se realiza mediante el uso de Amifostina que es de utilidad en la protección del receptor del gusto. **F**
- B. La apoptosis es el mecanismo en el interior de la célula, esencial para la supervivencia, ya que protege al genoma de daños y mutaciones genuinas **F**
- C. Puede aparecer con desadaptación de prótesis, y alteración en la movilidad lingual. **V**
- D. La queilitis actínica y la eritroplasia son tumoraciones malinas de la cavidad bucal provenientes del ectodermo. **F**
- E. La definición de Leucoplasia, de acuerdo con la OMS: es una placa o mancha blanca, situada sobre la mucosa bucal que puede ser eliminada mediante el raspado. **F**
- F. Las leucoeritroplasia son consideradas carcinomas in situ. **V**
- G. La candidiasis hiperplásica se desprende por raspado. **F**
- H. El hemangioma es una tumoración maligna de color azulado con un alto poder infiltrante. **F**
- I. Los MTT son los sistemas estadísticos más comúnmente usados para la descripción del proceso canceroso **F**

**Pregunta 05.** La mayoría de las personas con cáncer bucal no tienen síntomas tempranos, pero otras pueden tener sintomatología que muchas veces pasan inadvertidas en nuestras consultas y por los propios pacientes. De los siguientes enunciados cual corresponde a la sintomatología de tumores de cavidad oral.

A- Una úlcera en la boca o en los labios que no se cura - dolor- un bulto en el labio, la lengua o en el cuello - sangrado inexplicable en la boca - entumecimiento en la boca.

B- Pérdida de peso – pérdida de apetito- epigastralgia- sangrado a cualquier nivel- adenopatías axilares.

C- Caída del cabello- sensación de molestias en las encías- disnea – astenia- bulto en las mamas.

D- Cambio de la frecuencia intestinal- deposiciones diarreicas- tumor abdominal palpable- melena.

**Pregunta 06.** Teniendo en cuenta la importancia del rol del odontólogo en el diagnóstico del cáncer oral y como integrante fundamental de los equipos multidisciplinarios de atención. De los siguientes enunciados cual se refiere al momento óptimo en que debe realizarse la valoración odontológica.

- A. Debe ser valorado a final del tratamiento oncoespecífico para tratar las afecciones provocadas por los citostáticos.
- B. La atención odontológica es fundamental en el momento del diagnóstico para que el paciente comience el tratamiento sin alteraciones bucodentales.
- C. El odontólogo debe acompañar al paciente oncológico desde el diagnóstico y durante toda su enfermedad como parte del equipo multidisciplinario.
- D. El cáncer no es una afección odontológica, por lo que el odontólogo solo es necesario si el paciente presenta alguna patología dental.

**Pregunta 07.** Cuanto más pronto se diagnostique el cáncer bucal, mayores serán las posibilidades de recuperación. El odontólogo puede detectar el cáncer bucal en sus etapas tempranas durante un control de rutina mediante los siguientes procedimientos.

- A. Referencia a un especialista si detecta alguna alteración.
- B. Examen físico exhaustivo de la cavidad oral en cada uno de los controles odontológicos.
- C. Realizando estudios radiológicos frecuentes a los pacientes.
- D. Con profilaxis dental.

**Pregunta 08.** El tratamiento depende del tipo de cáncer bucal, del lugar donde se encuentre alojado y de cuánto se ha diseminado. En relación a esto, los pilares del tratamiento de los tumores de cavidad oral están relacionados con el siguiente enunciado.

- A- Profilaxis dental- Radioterapia.
- B- Promoción- Prevención- Cirugía.
- C- Cirugía- Quimioterapia- Anticuerpos monoclonales.
- D- Cirugía- Radioterapia- Quimioterapia.**

**Pregunta 09.** El siguiente grupo tumoral está relacionado con los tumores conjuntivos benignos de cavidad oral.

- A- Adenocarcinoma- Melanoma- Linfoma.
- B- Adenoma pleomorfo- Mucocele- Osteoma.
- C- Fibroma-Lipoma-Granuloma Piógeno.**
- D- Papiloma- Nevus- Osteosarcoma.

**Pregunta 10.** Carcinoma epidermoide: supone más del 90% de los casos. Se origina a partir de la capa de células escamosas del revestimiento de la cavidad oral. Dentro de los tipos histológicos tenemos:

- A. Carcinoma Escamoso- Carcinoma Adenoideo- Carcinoma Basaliode.**
- B. Fibrosarcoma- Plasmocitoma- Sarcoma Sinovial.
- C. Sarcoma Alveolar- Melanoma- Osteosarcoma.
- D. Linfoma- Lipoma- Carcinoma Epidermoide.

**Pregunta 11.** Conocer los factores pronósticos en este tipo de tumor nos permitirá encaminar una adecuada terapéutica logrando una mejor tasa de supervivencia en los pacientes. Identifique los factores relacionados con mal pronóstico en los pacientes con tumores de cavidad oral.

- A- Tumores gingivales- Tumores de gran tamaño- Extensión ganglionar- Variedad basaliode.**
- B- Sexo femenino- Edad- Localización del labio- Tumores bien diferenciados.
- C- Marcadores tumorales elevados- Función renal comprometida- Paciente diabético- Raza negra.

D- Pacientes que no se pueden someter a tratamiento- Carcinoma epidermoide- Masa tumoral en el cuello menor de 1 cm holateral- Lesiones superficiales.

**Pregunta 12.** En relación con las etapas clínicas, cual no es la correcta.

- A. Etapa II, T2, N0, M0:
- B. El tumor es mayor de 2 cm de diámetro, pero menor de 4 cm (T2) y no se ha propagado a las estructuras adyacentes, ganglios linfáticos (N0), ni a sitios distantes (M0).
- C. Etapa I, T1, N0, M0:
- D. El tumor es de 2 cm de diámetro (aproximadamente  $\frac{3}{4}$  de pulgada) o más pequeño (T1) y no se ha propagado a las estructuras adyacentes, ganglios linfáticos (N0), ni a sitios distantes (M0).
- E. El tumor tiene cualquier tamaño, y puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos. No se ha propagado a sitios distantes.
- F. Tis: Carcinoma in situ. Esto significa que el cáncer aún se encuentra dentro del epitelio (la capa superficial de las células que recubren la cavidad oral y la orofaringe) y todavía no se ha expandido a las capas más profundas.

**Pregunta 13.** De los cuidados paliativos de los pacientes de cabeza y cuello, cuál de las siguientes afirmaciones no es la correcta.

- A- Entre los síntomas más frecuentes a tratar se encuentran las hemorragias, las infecciones, y el dolor.
- B- El principal objetivo del tratamiento es aumentar la expectativa de vida de los pacientes y familiares.
- C- Su tratamiento va encaminado a mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- D- El equipo multidisciplinario debe iniciar los cuidados continuos desde el diagnóstico del paciente y se extiende hasta el duelo de los familiares.

**Pregunta 14.** En qué estadio(s) del Cáncer de cavidad oral se presenta la invasión de áreas profundas como musculo o hueso

- a) Temprano
- b) Avanzado

- c) No se produce la invasión a músculos y hueso
- d) Solo en estadios I y II

**Pregunta 15.** El cáncer de cavidad oral presenta una alta tasa de mortalidad asociado a:

- A. **Diagnóstico tardío.**
- B. Progresión lenta del cáncer.
- C. Se desarrolla exclusivamente en inmunodeprimidos.
- D. El cáncer de cavidad oral presenta una baja prevalencia.

**Pregunta 16.** ¿Cuál(es) de estas lesiones es (son) con considerada(s) potencialmente malignas para cáncer de cavidad oral?

- A- Placas blanquecinas sin causa conocida.
- B- Placas eritematosas sin causa conocida.
- C- Lesiones inflamatorias crónicas en labios.
- D- Todas las anteriores.**

**Pregunta 17.** ¿Cuál es la localización más frecuente de Cáncer de cavidad Oral?

- A. Piso de boca.
- B. Labio inferior.
- C. Lengua.**
- D. Mucosa palatina.

**Pregunta 18.** ¿Cuál podría ser signo de sospecha de una lesión cancerígena?

- A- Placa blanquecina
- B- Pigmentación en mucosa que aumenta en el tiempo
- C- Úlcera que no sana en menos de 1 mes**
- D- Todas las anteriores

**Pregunta 19.** Dentro de los siguientes factores de riesgo ¿Cuál es el que contribuye en mayor medida al desarrollo de cáncer de cavidad oral?

- A. Tabaquismo.**

- B. Alcohol.
- C. Luz solar
- D. Infecciones

**Pregunta 20.** La exposición al sol es un factor de riesgo para el cáncer de cavidad oral. Este se manifiesta a nivel de:

- A- Encías.
- B- Lengua.
- C- Labio.**
- D- Piso de boca.

**Pregunta 21.** Para orientar a un paciente con lesiones de sospecha de cáncer de cavidad Oral. ¿Qué examen complementario sería el indicado para obtener un diagnóstico definitivo?

- A. Citología exfoliativa.
- B. Biopsia.**
- C. Radiografía.
- D. Hemograma

**Pregunta 22.** Si usted tiene un paciente con sospecha de cáncer de cavidad oral, ¿Cuál debería ser el protocolo de derivación?

- A- Derivar a Médico general.
- B- Derivar a Odontólogo con especialidad en Cirugía Máxilo-Facial.
- C- Derivar a Odontólogo con especialidad en Patología Oral.**
- D- Derivar Médico con especialidad en Oncología.

**Pregunta 23.** ¿Qué alternativa de alimentación es la más correcta en relación a un paciente con cáncer de cavidad oral que presente odinofagia?

- A. Suministrar líquido volúmenes pequeños.
- B. Comidas líquidas y frías.
- C. Vía parenteral.**



D. Comidas solidas frías en pequeño volumen.

**Pregunta 24.** Dentro de los procesos infecciosos ¿qué microorganismo es considerado como factor de riesgo de cáncer de cavidad oral?

A- Treponema pallidum.

**B- Virus Papiloma Humano.**

C- Solobacterium Moorei.

D- Herpes virus tipo I.

**Anexo 2. Propuesta de actividades para potenciar el conocimiento de los odontólogos en relación con el manejo del paciente con cáncer oral en los diferentes niveles de la red pública integral de salud, según manifestaciones bucodentales, niveles de prevención y clasificación de los tumores de cavidad oral**

## **1 ACTIVIDADES SEGÚN MANIFESTACIONES BUCODENTALES**

### **1.1 Exámenes de rutina:**

- Realizar exámenes bucodentales más detallados en pacientes con riesgo de cáncer oral.
- Prestar atención a cambios en el color de los tejidos, úlceras, lesiones no curativas y áreas sospechosas.

### **1.2 Educación al paciente:**

- Educar a los pacientes sobre las manifestaciones bucodentales del cáncer oral y la importancia de la detección temprana.
- Instruir sobre la autoexploración oral regular y la búsqueda de atención médica ante cualquier anormalidad.

### **1.3 Derivación y consulta:**

- Derivar a un especialista en casos de sospecha de lesiones malignas o precancerosas para evaluación y diagnóstico.

## **2.ACCIONES SEGÚN NIVELES DE PREVENCIÓN**

### **2.1 Prevención primaria:**

- Educar a los pacientes sobre los factores de riesgo, como el tabaquismo y el alcohol, y su relación con el cáncer oral.
- Promover la adopción de hábitos de vida saludables y la cesación del tabaco y el alcohol.

### **2.2 Prevención secundaria:**

- Realizar exámenes regulares de detección de cáncer oral, especialmente en pacientes de alto riesgo.
- Fomentar la autoexploración oral y la búsqueda temprana de atención médica.

### **2.3 Prevención terciaria:**

- Proporcionar cuidados de apoyo en casos de pacientes que han recibido tratamiento por cáncer oral.
- Monitorear la salud bucodental y gestionar efectos secundarios del tratamiento, como sequedad bucal y mucositis.

## **3. ACCIONES SEGÚN CLASIFICACION DE LOS TUMORES DE CAVIDAD ORAL**

### **3.1 Diagnóstico:**

- Identificar y clasificar los tipos de tumores de cavidad oral mediante biopsias y pruebas de diagnóstico por imágenes.
- Colaborar con oncólogos para determinar el tratamiento adecuado según el tipo y la etapa del tumor.

### **3.2 Planificación del tratamiento:**

- Colaborar en la planificación del tratamiento multidisciplinario, incluyendo cirugía, radioterapia y quimioterapia.
- Brindar atención dental previa y posterior al tratamiento oncológico para minimizar riesgos.

### **3.3 Seguimiento a largo plazo:**

- Establecer un plan de seguimiento a largo plazo para monitorear la salud bucodental de los pacientes tratados por cáncer oral.
- Identificar posibles efectos tardíos del tratamiento y abordarlos de manera oportuna.

### **3.4 Educación Continua:**

- Mantenerse actualizado sobre los avances en el campo de la oncología oral y la clasificación de tumores.
- Participar en programas de educación continua para brindar una atención óptima.

- Participar en equipos multidisciplinares y la educación constante son esenciales para garantizar la mejor atención posible a los pacientes con cáncer oral.

**UNEMI**  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

*¡Evolución académica!*

@UNEMIEcuador

