

**Instituto Superior de Ciências Médicas**  
**José Assef Yara**  
**Policlínico Docente Comunitario**  
**Raúl Ortiz**

**LOS MÉDICOS DE LA FAMILIA Y EL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL  
CÁNCER BUCAL**

**Autor(a): Dra. Yaneisy Pérez Leivas.**

**Aspirante a Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.**

**Tutor(a): Dra. Olga Liz Fernández Gonzáles**

**Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.**

**Máster en Medicina Bioenergética y Natural.**

**Asesor(a): Dra. Mairelys García Espinosa**

**Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.**

**Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Estomatología  
General Integral**

**2013.**



## **PENSAMIENTO**

...La ciencia no es...ni misterios de iniciados, ni privilegios de aristócratas de la mente, sino el medio único que tiene el hombre de explicarse la leyes de la vida.

José Martí

**DEDICATORIA:**

A mis padres, por ser paradigma a seguir.

A mis familiares y amigos, quienes de varias formas me han apoyado emocional y profesionalmente en el logro de esta meta.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mi tutora, la Dra. Olga Liz Fernández por su incondicional apoyo y guía para la materialización de este proyecto.

A todos los que me brindaron su comprensión y dedicación en los momentos difíciles.

A todos muchas gracias.

## **RESUMEN.**

Se realizó una investigación descriptiva sobre el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal centrando nuestro objetivo en determinar el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia del Municipio Ciro Redondo sobre el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal ( PDCB ) y su papel en el mismo en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2009. El universo de trabajo estuvo constituido por todos los Médicos de Familia del Municipio Ciro Redondo en el periodo antes mencionado quedando conformada la muestra por 31 médicos que cumplieron con los criterios preestablecidos para el estudio, determinándose que casi todos los galenos estaban mal informados sobre el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal y como principales necesidades reales de aprendizaje detectadas la “responsabilidad en la ejecución del PDCB” y la “edad en que se realiza el examen” así como las necesidades sentidas predominantes “las lesiones de la cavidad bucal” y las “maniobras para la realización del examen bucal”. El mayor porcentaje de los encuestados refirieron participar en la ejecución del Programa sin embargo aluden su responsabilidad en igualdad de condiciones con los estomatólogos. Atendiendo a los resultados encontrados se propone la realización de una estrategia educativa para elevar la preparación de los médicos para ejecutar el Programa Nacional de Cáncer Bucal.

## **ÍNDICE.**

<b>I</b>	Introducción	1
<b>II</b>	Objetivos	6
<b>III</b>	Marco Teórico	7
<b>IV</b>	Método	15
<b>V</b>	Discusión y resultados	17
<b>VI</b>	Conclusiones	21
<b>VII</b>	Recomendaciones	22
<b>VIII</b>	Bibliografía	23
<b>IX</b>	Anexos	28

## I INTRODUCCIÓN

El cáncer en Cuba es la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades, sólo superada por las enfermedades del corazón. Aparecen cada año entre 20 000 y 25 000 casos nuevos, de los cuales fallecen entre 13 000 y 14 000 pacientes. Entre las localizaciones anatómicas que pueden ser afectadas por el cáncer desempeña un papel importante el de la cavidad bucal, el cual a pesar de no ser de los de mayor frecuencia, produce un alto grado de morbilidad y deformidades, que en ocasiones convierten al afectado en un ser marginado y repulsivo para la sociedad.(1, 2)

La cavidad bucal por su situación, anatomía especial y múltiples funciones, así como su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, tienen una peculiar significación, tanto biológica como social, mereciendo una cuidadosa atención médica tanto en la prevención, como en la detección precoz de cualquier afección. La incidencia de sus enfermedades es relativamente alta, sin embargo, esta localización ofrece, por otra parte, la gran ventaja de ser una de las regiones del organismo que puede ser examinada directamente y la bucofaringe es rica en expresiones tempranas de síntomas, donde el estomatólogo y el médico de la familia pueden realizar una profilaxis y hacer un diagnóstico temprano de las neoplasias malignas en sus primeras etapas, lesiones premalignas o posibles factores de riesgo y así utilizar el procedimiento establecido en la organización de salud, para que la atención del paciente sea correcta y adecuada(3 - 7).

El cáncer bucal produce una gran inquietud a causa del riesgo de producir incapacidad, y eventualmente, la muerte. Su prevalencia tiene rangos muy amplios en las diferentes poblaciones; la incidencia anual varía de 2 a 4 casos por 100 000 habitantes en los países industrializados, a 25 casos, también por 100 000 habitantes, en ciertas poblaciones de Asia (8-10).

La frecuencia del carcinoma de cavidad bucal varía enormemente de un país a otro. Su incidencia es mayor a partir de la sexta década de la vida y según estadísticas cubanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años para el hombre y de 60-80 años para la mujer. Menos del 6 % aparece por debajo de los 40 años, y ya en la última década se han comenzado a diagnosticar con mayor frecuencia enfermos en la tercera y cuarta décadas de la vida (10).

En nuestro país, el cáncer bucal se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia de esta enfermedad y ocupa el quinto lugar entre las patologías que afectan el complejo bucal. En los hombres, representa el 4 % de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo, y según datos del Registro Nacional de Cáncer, ocupó en el año 2002 el décimo lugar como causa de muerte, con un total de 283 fallecidos, para un 4,92 %, alcanzando su mayor tasa en pacientes por encima de los 60 años de edad (10-12).

El aumento de la incidencia del cáncer bucal constituye un problema de salud mundial. Se observa en la actualidad una tendencia al incremento de la mortalidad absoluta causada por este tipo de patología. En la provincia Ciego de Ávila entre los años 1990 y 2005 se diagnosticaron 307 pacientes con cáncer bucal, todos del tipo carcinoma epidermoide. De ellos, 121 (39.4%) procedían de la Zona Norte y 186 (60.6%) de la Zona Sur observándose una tendencia de esta patología al aumento y una incidencia media anual de 20.4 pacientes diagnosticados por año (13).

La tendencia al aumento de pacientes con cáncer bucal, es un problema internacional que varía de un país a otro, pero que como provincia nos afecta de forma alarmante. Apreciándose a través de la bibliografía consultada un incremento del total de pacientes diagnosticados al año, llegando a duplicarse las cifras de los primeros años de la década del noventa (13).

Numerosos estudios han demostrado que la cancerización es un fenómeno relativamente complejo en el que actúan o participan varios factores y donde probablemente ninguno de ellos por sí solo sea capaz de originar una neoplasia. Esto justifica el criterio universal de que el cáncer es una enfermedad de causa multifactorial, que depende de la acción simultánea de factores sociales o conductuales, hereditarios y ambientales (14-17).

El conocimiento y el control de los factores de riesgo del cáncer bucal son de gran importancia para la práctica estomatológica y médica en general. Se describen los principales factores exógenos como el tabaquismo, el alcoholismo y la mala higiene bucal, que son capaces de originar lesiones premalignas y malignas de la boca. Estos carcinógenos causan daño tisular crónico que se manifiesta en edades avanzadas, por lo que dependen de la temporalidad y pueden potenciar su acción ante traumas crónicos o irritantes bucales térmicos. Las radiaciones ultravioletas son de gran importancia en la génesis del cáncer de labio, que es casi exclusivo de la raza blanca y es muy común en

personas con riesgo laboral por exposición prolongada al sol. El auto cuidado bucal es un factor protector que se manifiesta a través del cepillado diario y frecuente, el dominio del auto examen bucal y las visitas habituales al estomatólogo; mientras que el consumo repetido de frutas y vegetales contribuye a aportar elementos antioxidantes que previenen las neoplasias malignas del complejo bucal. Por otra parte se describe como un factor determinante la efectividad de los sistemas y servicios de salud, con el rol protagónico del médico de la familia en la atención primaria de salud (14-17).

La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada, que se corroboran mediante un examen sistemático y exhaustivo (18,20).

En la actualidad el médico de la familia y el estomatólogo deben acumular los conocimientos suficientes, paralelos a la destreza necesaria, para identificar cualquier alteración premonitora de una neoplasia o la presencia de esta en sus distintas etapas clínicas por incipientes que sean para así contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción prevención, protección, curación y rehabilitación en la población, ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con las demás instituciones del estado y la participación activa de la comunidad (21).

En 1962 se realizó la primera mención argumentada para la incorporación del Estomatólogo a una actividad de diagnóstico en etapa temprana de cáncer de la boca; esto fue en el Primer Forum Nacional de Oncología. El Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) consolida su estructura y sus diferentes actividades, cuando en el año 1986, la Dirección Nacional de Estomatología del Ministerio de Salud Pública lo edita en un folleto y legaliza su carácter oficial. Dicho programa tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección, curación y rehabilitación en la población y su objetivo principal es disminuir la morbilidad y la mortalidad del cáncer de la boca mediante la prevención primaria y el diagnóstico precoz por medio de exámenes del complejo bucal, estableciéndose como máximos responsables de esta labor al Estomatólogo y al Médico de la Familia (21).

El temor al cáncer, el sufrimiento que ocasiona su tratamiento y el beneficio tan limitado que este último ofrece en las carcinomatosis más comunes convierten a la prevención en una prioridad de importancia creciente en la medicina clínica y la salud pública (13,18).

Las modalidades principales para la prevención del cáncer incluye cambios de hábitos como el tabaquismo, el consumo de alcohol, la dieta y la actividad física, radiaciones solares, ionizantes, medicamentos, hábitos sexuales, traumatismos crónicos, entre otras , así como hacer el diagnóstico temprano de las neoplasias malignas en sus primeras etapas y lesiones premalignas, utilizando el procedimiento preestablecido en la organización de la salud, para que la atención al paciente sea correcta y adecuada (20).

Puede considerarse que a pesar de todo este trabajo, en cuanto al control y pesquisaje de dicho programa de cáncer, las neoplasias continúan eludiendo el diagnóstico precoz, lo cual puede estar determinado por la presencia de fallas en la ejecución del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) donde tanto el Médico de la Familia como el Estomatólogo juegan un papel protagónico.

Estudios realizados en el Municipio de Pinar del Río revelan falta de coordinación entre los médicos de la familia y estomatólogos en cuanto a las actividades de promoción sobre cáncer bucal, así como desconocimiento por parte del personal médico sobre los objetivos, propósitos y actividades del programa, además no se consideran protagónicos en esta labor (22).

Pese a que el Médico de la Familia fue incorporado al Programa, por ser un profesional capacitado y con un universo poblacional favorable para llevar a cabo el examen del complejo bucal minuciosamente, consideramos que en nuestra área de salud no se explotan sus posibilidades para el correcto desenvolvimiento en el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB).

En el municipio Ciro Redondo provincial Ciego de Ávila de un total de 143 pacientes controlados por presentar lesiones de la cavidad bucal desde el año 2000 hasta el 2009 sólo dos para un 1.40% fueron detectados por el Médico de la Familia el resto fue diagnosticado por el estomatólogo o por el propio paciente (23), sin embargo el Médico de la Familia está más cerca de la población y a él acude esta con mayor frecuencia sin embargo en raras ocasiones se realiza el examen bucal con fines de diagnóstico y prevención de alteraciones relacionadas con el cáncer bucal. En su actividad diaria el

Programa de Detección del Cáncer Bucal y en su sistema de estudios ocupa un lugar secundario y en ocasiones ni llega a ocuparlo, ocupando sólo el interés de los Médicos de Familia los programas referentes al de Cáncer de Mamas o Cáncer Cervicouterino y los otros relacionados con las Enfermedades Crónicas Transmisibles.

Motivados por todo lo anterior y teniendo en cuenta la gran importancia del papel del Médico para aumentar la pesquisa y el control del cáncer bucal, se decide realizar este trabajo para determinar el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia sobre el PDCB y su papel en la detección del cáncer bucal .

### **Planteamiento del problema.**

¿Cómo será el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia del Municipio Ciro Redondo sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) y su participación en el mismo?

### **Justificación del estudio.**

Si se determina el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia del Municipio Ciro Redondo sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal y su participación en el mismo entonces se podrá diseñar en una etapa superior una Estrategia de Superación sobre esta temática para elevar el nivel de conocimiento de los mismos sobre el PDCB lo que les permitirá desempeñar su responsabilidad en este Programa así como aumentar su participación en la labor preventiva y la coordinación con el estomatólogo, haciéndose posible entonces la marcha adecuada del Programa donde ambos: Médico de la Familia y Estomatólogo juegan un roll protagónico para hacer posible que las neoplasias no eludan el diagnóstico precoz y se garantice un mejor funcionamiento de los servicios de salud, contribuyendo a elevar el nivel de salud de la población a través de la disminución de la morbimortalidad por Cáncer Bucal.

## **II-OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General:**

1. Determinar el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia del Municipio Ciro Redondo sobre el PDCB y su papel en el mismo en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2009.

### **2.2Objetivos Específicos:**

1. Determinar el nivel de conocimientos de la población objeto de estudio sobre el PDCB.
2. Identificar las necesidades de aprendizaje reales y sentidas de la población estudiada.
3. Describir la participación y responsabilidad de la muestra en la aplicación del PDCB en el Área de Salud.
4. Proponer una Estrategia de Superación para elevar el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia sobre el PDCB y su participación en el mismo.

### **III MARCO TEÓRICO**

El cáncer es una enfermedad que afecta tanto a las formas de vida animales como a las vegetales, es una alteración celular caracterizada por la inhibición de la limitación de los factores que controlan la mitosis. Como resultado, las células afectadas adquieren un potencial de proliferación casi ilimitado, en detrimento del huésped (24).

Temido por la población, estudiado por los científicos, el cáncer es un problema de salud mundial que nos agrede año tras año con su carga de angustia y esperanzas. Cada año aparecen en el planeta unos 10 millones de casos nuevos y mueren por esta causa 7 millones de personas. Se espera que para el 2020 aumenten a 15 millones los casos nuevos, el 60% de ellos en países en desarrollo, que cuentan sólo con el 5% de los recursos destinados a combatir este mal (24,25).

Se estima que en la actualidad existen alrededor de catorce millones de personas enfermas de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud pública sino para las ciencias en general. El cáncer bucal ocupa una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo y constituye la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres. Tiene como característica fundamental la diseminación a las cadenas linfáticas regionales del cuello. Su incidencia es mayor a partir de la quinta y sexta década de la vida, afectando con mayor frecuencia al sexo masculino, aunque en los últimos diez años se ha comenzado a observar enfermos en la tercera y cuarta década, en particular a lo que se refiere a los tumores de la cavidad bucal (25).

Su frecuencia varía de un país a otro. En África de cada cien cánceres de diferentes localizaciones, cuarenta son de cavidad bucal. En Estados Unidos 35 de cada cien son de orofaringe, ocupando el sexto lugar de incidencia. En los países Occidentales se comporta entre un 2% y un 5%. España presenta 120 casos nuevos por año por cada 5000 en general. En Brasil ocupa el tercer lugar de incidencia. México tiene la aparición de 900 casos al año. En la India, de la población que padece de cáncer, el 40% es de origen bucal (13,14).

En Cuba ocupa el sexto lugar de frecuencia con una tasa cruda de 8.6 por cien mil habitantes en el hombre y de 2,3 en la mujer. Del total de neoplasias malignas, las bucales representan el 4,3 % en el hombre y 1,6% en la mujer (13,14).

La causa del cáncer bucal no es conocida aun en la actualidad. Durante muchos años los investigadores han estudiado los factores de riesgos en la aparición del cáncer bucal y muchos han sido los elementos precisados, aunque todavía persistan incógnitas que solo serán descifradas con el desarrollo de las ciencias médicas. De forma general se plantea que en el origen de esta enfermedad participan varios factores de forma simultánea y aditiva (13,26).

Clásicamente, los agentes causales del cáncer bucal han sido divididos según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano en dos grandes grupos (18,27):

**EXÓGENOS O EXTRÍNSECOS:**

Actúan por vías extracorporales, generalmente conocidas y dadas por daños físicos, químicos o biológicos a nivel tisular.

**ENDÓGENOS O INTRÍNSECOS:**

Actúan por vías intracorporales, poco esclarecidas y justificados por bases genéticas, cambios endocrinos, déficit inmunológico y desórdenes nutricionales que afectan a los tejidos.

Todos los autores coinciden en que el factor riesgo más frecuente en la aparición del cáncer bucal es el tabaquismo, pues muchas investigaciones han demostrado que más del 95% de los pacientes con carcinoma epidermoide han sido fumadores. Como consecuencia del tabaquismo, hay varias sustancias cancerígenas que actúan a nivel sistémico (nicotina) y localmente (alquitranes, nitrosaminas e hidrocarburos aromáticos poli cíclicos) sobre los tejidos bucales, causando cambios físicos, químicos y biológicos que conducen a la aparición de neoplasias. Así se producen en la boca, las llamadas lesiones tabáquicas cuya severidad depende del tiempo y la forma en que se fume, pues no se ocasionan iguales daños cuando se fuman cigarrillos, cigarros o tabacos, pipas, o se practique con la candela hacia dentro (fumador invertido) (14,18,19.27,28,30-34).

Se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer bucal, de manera que los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal. El alcohol actúa localmente produciendo deshidratación de las

mucosas y facilita la acción de otros carcinógenos. El alcohol funciona como alimento cuando se consume en grandes cantidades y produce pérdida de apetito, por lo que el paciente se alimenta mal y disminuyen las reservas de proteínas, aminoácidos y demás nutrientes, que no pueden ser compensados y producen inmunodepresión que favorece la aparición de neoplasias. Otras investigaciones han presenciado que la exposición combinada de alcohol y tabaco puede dar lugar a la formación de cáncer bucal 15 años o más antes de que se anticiparan en personas que no beben, ni fuman (8,13,18.28-41).

El consumo de café, té y otras bebidas estimulantes puede favorecer la aparición del cáncer en las vías digestivas. En la boca, el daño es proporcional a la temperatura de estos líquidos. Vale señalar que la mayoría de los fumadores ingieren café y esto puede agravar la evolución malignizante de cualquier lesión oral existente. Del mismo modo, las comidas calientes, picantes o muy condimentadas constituyen un factor etiológico significativo en todo el tubo digestivo. Aunque el tiempo que actúan sobre los tejidos bucales depende del modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingieren, está demostrado que este tipo de dieta irritante puede alterar a las células bucales (8,15, 17-19),

El estado de salud bucal garantiza las óptimas condiciones del aparato masticatorio, así como el equilibrio psíquico y social para mantenerlo. La higiene bucal deficiente es el principal factor que atenta contra la salud bucal, capaz de conducir a las prótesis desajustadas, las restauraciones defectuosas y los dientes con bordes filosos; estos se agrupan como irritantes bucales crónicos capaces de establecer una neoplasia. También la actitud inapropiada del paciente hacia su salud bucal es otro factor importante en la aparición del cáncer bucal, pues si no se domina el auto examen bucal, se mantiene un correcto cepillado y no se acude a consulta estomatológica periódicamente, se crean barreras subjetivas que descuidan la detección precoz de cualquier lesión bucal (8,13,18,35,42).

Existen abundantes pruebas de que la radiación ultravioleta procedente del sol induce a un aumento de la incidencia del cáncer de piel y es por ello que la exposición periódica al sol es de gran importancia en la aparición del carcinoma epidermoide en los labios. Estudios realizados demuestran que la luz solar es una de las causas fundamentales en la aparición del cáncer en los últimos 15 años y el grado de riesgo depende del tipo de

rayos ultravioletas, de la intensidad de la exposición y de la cantidad del manto protector de melanina absorbente de luz que tenga la piel(8,13,18,.43).

Estos planteamientos sobre el origen del cáncer de labio reafirman el elevado riesgo de las personas de pieles claras y la importancia de las profesiones de alto riesgo como los agricultores, los ganaderos, los pescadores y los trabajadores de la construcción (8,13,18).

En los últimos años se han realizado importantes investigaciones sobre el papel que desempeña la dieta en la prevención, la formación y la evolución del cáncer. En nuestra especialidad, se plantea que la poca o irregular ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales (Vitaminas A, C, E, complejo B y minerales como el hierro) favorece a la aparición del cáncer bucal. Las frutas y los vegetales frescos son los protectores por excelencia, pues tienen un efecto antioxidante que impide la malignización celular y protegen a los tejidos vitales de las sustancias tóxicas. Desafortunadamente, en nuestro país, las frutas y los vegetales no son imprescindibles en la dieta, pues han sido considerados históricamente como complementarios (8,13,18, 45-51).

De acuerdo con los principios que rigen el estudio del origen de las neoplasias, se considera que deben abordarse brevemente los marcadores de riesgo relacionados con el cáncer bucal. Entre estas características no modificables se encuentra la edad avanzada, pues con el paso de los años ocurre un efecto acumulativo de los carcinógenos que han estado presentes en la vida del individuo y esto es lo que se conoce como temporalidad. La edad en sí no está del todo claro que sea un factor de riesgo, pues se han reportado casos de pacientes con edades inferiores a los 35 años y que padecen cáncer bucal.; en estos casos se insiste que la herencia es el factor que determina (1,8-10, 13, 18,.25 )

Las diferencias de género y roles de riesgo como la práctica de hábitos tóxicos son más comunes en el sexo masculino, por eso existe un criterio tradicional de que el cáncer bucal es más frecuente en los hombres comparados con las mujeres; pero realmente no se han encontrado diferencias estructurales que apunten a que un sexo sea más vulnerable que el otro (1,8-10, 13,18,.25 ).

El color de la piel ha sido un punto muy debatido en las últimas décadas, pues sin dejar a un lado los elementos raciales que diferencian a una persona de otra, hay tanto mestizaje

en nuestras sociedades que solo se especifica el color de la piel. Las pieles de colores claros están más predispuestas al cáncer de labio (1,8-10, 13,18,.25).

Los antecedentes patológicos que reflejan el papel de la herencia tanto por los antecedentes familiares como por los antecedentes personales. Cuando existen antecedentes de cáncer en los familiares inmediatos como padres y hermanos, hay un riesgo mayor a padecer neoplasias. Se han encontrado ramas de algunos cromosomas como el 1 y el 11, donde se repiten alteraciones genéticas cuando hay cáncer bucal. En el caso de los pacientes que han padecido algún tipo de neoplasia, siempre hay que llevar un seguimiento estricto, pues si se formó un cáncer en algún órgano, existen grandes posibilidades de que reaparezca en el mismo sitio o en otra región anatómica. Tal es el caso de los pacientes con cáncer de piel en la cara, pues un tercio de ellos llega a padecer cáncer de labio cuando mantiene el mismo estilo de vida (1,8-10,13,18,.25).

En el proceso de formación del cáncer bucal ocurren cambios progresivos en la mucosa bucal, que son el resultado de una serie de mutaciones y van manifestándose a través de diversos estados o lesiones premalignas, hasta llegar al cáncer (13).

Los estados y/o lesiones premalignas del complejo bucal son la primera señal de que los tejidos bucales están respondiendo ante los factores de riesgo y sin dejar de ser un daño a la salud bucal, se convierten en factores de riesgo no modificables que requieren de un mayor control y seguimiento clínico (13,25, 26).

Estas enfermedades o daños a la salud son (7,13 ,25 -27):

**Estados Premalignos:** Estado generalizado asociado a un aumento significativo del riesgo de cáncer.

- Liquen plano de la mucosa bucal.
- Papilomatosis bucal florida.
- Fibrosis submucosa bucal.
- Queilitis actínica.
- Mucosa atrófica de la boca.
- Paladar de fumador.
- Deficiencias inmunológicas.
- Infección por el virus del papiloma humano.
- Infección por el virus del herpes simple.

- Nevus de la mucosa bucal.

**Lesiones Premalignas:** Tejido alterado morfológicamente en el cual el cáncer puede ocurrir con mucha probabilidad.

- Leucoplasia de la mucosa bucal.
- Eritroplasia de la mucosa bucal.
- Paladar de fumador invertido.

Todas estas patologías son la señal de que las mucosas y tejidos bucales están reaccionando de manera atípica ante los estímulos crónicos de los factores de riesgo modificables. Ellas son el resultado de un proceso multifactorial que guarda un fatal desenlace para aquellos que mantienen su conducta de riesgo, por lo que debemos trabajar para cambiar su rumbo hacia un estado saludable del paciente y su entorno (13,18).

La lucha contra el cáncer debe ser interdisciplinaria, amplia de miras, y debe encaminarse, sobre todo, hacia su prevención (8,19,21,22).

El mejor tratamiento de cualquier enfermedad es su prevención primaria. Es decir, disminuir la probabilidad de que se produzca. La prevención secundaria del cáncer (cuando no existe prevención primaria o ésta ha fracasado) pasa por la detección y terapéutica tempranas de la lesión precancerosa o maligna. Se supone que el diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad permitirán controlarla con mayor facilidad (8,13,18).

La prevención terciaria consiste en actuar sobre la enfermedad cancerosa, cuando ésta ya está bien establecida, con o sin secuelas. Su finalidad estriba en limitar la lesión y evitar un mal mayor. Los tratamientos realizados en esta fase de la prevención son muy mutilantes y sería deseable no llegar a estas situaciones. Por lo tanto, es evidente que debemos potenciar las medidas preventivas en sus fases primarias (sobre todo) y secundaria (13).

Con el fin de establecer una política en el ámbito del Sistema Nacional de Salud que permitiera planificar y ejecutar acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, y así elevar el nivel de salud de la población cubana disminuyendo la morbi-

mortalidad del cáncer bucal, se puso en vigor desde 1986 el Programa Nacional de Diagnóstico de Cáncer Bucal (2,21).

El mismo se desarrolla en todas las instituciones de salud que brindan atención estomatológica de forma permanente y el área de atención primaria de salud, con el objetivo de identificar y diagnosticar todo estado premaligno y maligno del complejo bucal en etapa temprana, ofreciendo seguimiento evolutivo a los casos detectados en las diferentes etapas clínicas, realizando actividades de actualización al personal que ejecuta el programa con especial atención a la educación para la salud de la población (2,21,22). Para la materialización de los esfuerzos que prevé el programa, se debe garantizar el examen del complejo bucal a todo paciente de 15 años o más que acude a la consulta, estomatológica (pesquizaje pasivo), o que sean vistos en pesquizajes activos por el estomatólogo y el médico de familia. así como a todos los mayores de 35 años en su residencia, con una periodicidad anual. Los pacientes sospechosos, previo llenado del modelo 47-22-01, serán remitidos al servicio de Cirugía Máxilo Facial quien confirmará el diagnóstico mediante el análisis anatomopatológico de la lesión y llenará el reverso del modelo con el diagnóstico definitivo. Los que lo requieran serán remitidos a los servicios y hospitales oncológicos del país (2; 21).

La experiencia ha demostrado que el programa es viable y su aplicación ha logrado la detección y tratamiento de lesiones premalignas, evitando su progreso natural hacia el cáncer y de tumores ya establecidos que se pueden tratar en etapas más tempranas con un menor costo y agresión terapéutica al paciente en el tratamiento oncoespecífico (2,22). Pese a los esfuerzos realizados y a los avances del Programa aun quedan fallas en la práctica diaria del mismo. Estudios realizados revelan que el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia sobre el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal resulta insuficiente y que el papel que juegan no es el estipulado en el PDCB, pues muchos de ellos no reconocen que son responsables de llevarlo a cabo, además de no tener bien clara la conducta que deben seguir con los pacientes de alto riesgo (2,22).

De nuestro esfuerzo como profesionales de la salud depende que elevemos la cultura sanitaria de nuestra comunidad y progresivamente se reduzca la morbilidad y la mortalidad por cáncer bucal.

Nuestra investigación se sustenta sobre la premisa enunciada por Moyrata "Los estomatólogos debemos estar científicamente preparados para saber reconocer ligeras alteraciones, iniciación de signos y síntomas de cáncer. La responsabilidad es enorme, pues cuando en el diagnóstico se confunde la lesión cancerosa con otra de aspecto similar, se habrá causado un daño irreparable al enfermo, quitándole oportunidades de curación y de salvar su vida."

#### **IV MÉTODO.**

Se realizó una investigación observacional descriptiva para determinar el nivel de conocimiento de los Médicos de la Familia del municipio Ciro Redondo sobre el PDCB y su papel en el mismo en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2009.

El universo de trabajo estuvo constituido por todos los Médicos de Familia del Municipio Ciro Redondo (N=34) en el periodo antes mencionado. Quedando conformada la muestra por los 31 galenos que cumplieron con los siguientes criterios preestablecidos:

##### **Criterios de inclusión.**

- Ser médico graduado o alumno de 6º año de la carrera de medicina.
- Estar laborando en el Municipio Ciro Redondo en el periodo del estudio.
- Estar dispuesto a participar en la investigación.

##### **Criterios de exclusión.**

- Encontrarse fuera del Municipio Ciro Redondo en el periodo del estudio.

La participación en el estudio fue voluntaria (Anexo 1).

Los datos para el estudio se tomaron de una encuesta confeccionada por el autor según los objetivos propuestos, los criterios de los especialistas y la revisión bibliográfica (Anexo 2). Dicha encuesta fue validada en un pilotaje de 20 sujetos escogidos al azar.

#### **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

1. **Nivel de información:** se evaluó teniendo en cuenta la escala de evaluación establecida (Anexo 3). Evaluándose los siguientes criterios:

- Excelentemente informados: entre 90 y 100 puntos.
- Bien informados: entre 80 y 89 puntos.
- Medianamente informados: entre 70 y 79 puntos.
- Mal informados: menos de 70 puntos.

2. **Necesidades reales de aprendizaje:** se identificaron teniendo en cuenta las temáticas evaluadas de regular y mal dentro de la encuesta de conocimiento.

3. **Necesidades sentidas de aprendizaje:** se tuvieron en cuenta todas las inquietudes de conocimiento que refirieron los encuestados.

4. **Participación en el PDCB:** se evaluaron teniendo en cuenta lo referido por el médico, al responder la pregunta número 1 de la encuesta. Evaluándose los siguientes criterios:

- Participa

- No participa.

**5. Responsabilidad en la aplicación del PDCB:** se evaluaron teniendo en cuenta lo referido por el médico en cuanto a su sentimiento protagónico en el programa, referido al responder la pregunta número 6 de la encuesta. Evaluándose los siguientes criterios:

- Responsabilidad del estomatólogo.
- Responsabilidad del estomatólogo y del médico.
- Responsabilidad del médico.
- No sabe

**6. Estrategia de superación:** una vez diagnosticada las necesidades de aprendizaje reales y sentidas de la muestra en estudio se diseñó una estrategia de superación con un total de 7 encuentros de aproximadamente de 1 hora cada una y una frecuencia semanal (Anexo 4). La cual se propuso su aplicación para estudios posteriores.

Todos los resultados se llevaron a tablas y como medida de resumen de la información se usó el porcentaje. Se emitieron las conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados y se redactó un informe final teniendo en cuenta los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas José Assef Yara.

### **Consideraciones éticas.**

Esta investigación estuvo sustentada en los principios de la ética médica: respeto, beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía; Y para que así conste la participación en el estudio fue de forma voluntaria y a través del consentimiento informado de la muestra (Anexo 1).

## VI. DISCUSIÓN Y RESULTADOS.

**Tabla 1: Nivel de información de los Médicos de la Familia sobre el PDCB: Los Médicos de la Familia y el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal.**

<b>Nivel de información</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Medianamente informados.	10	32.25
Mal informados.	21	67.75
Total.	31	100.00

**Fuente:** Cuestionario de datos primarios

**Nota:** No se encontraron médicos con evaluación de excelentes y buena información.

En la tabla 1 apreciamos como el 67.75 % de la muestra estaba mal informada sobre el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) y el 32.25 % es clasificada como medianamente informada. Ningún médico alcanzó la escala de excelentemente informado o bien informado.

Resultados similares fueron reportados por la Dra. Landrian Díaz CI y colaboradores en Camagüey al reportar que el 75% de los Médicos tenían poca información sobre el tema, 17% estaban medianamente informados y sólo 8 bien informados. Otros estudios realizados en Pinar del Río en el Policlínico “Turcio Leiva” también al plantear que el nivel de conocimientos de los médicos sobre el Programa es insuficiente (22, 52).

**Tabla 2: Necesidades reales de aprendizaje de la población objeto de estudio.**

<b>Necesidades reales de aprendizaje.</b>	<b>Nº (n=31)</b>	<b>%</b>
Grupo en que se realiza el examen bucal.	21	67.74
Grupo etario donde se enfatiza la realización del examen bucal.	9	29.03
Frecuencia de realización del examen bucal.	17	54.84
Factores de riesgo de cáncer bucal.	15	48.39
Conducta a seguir ante un paciente de alto riesgo.	10	32.26
Responsabilidad de la ejecución del PDCB.	30	96.77

**Fuente:** Cuestionario de datos primarios

Podemos ver como los aspectos de mayor dificultad o los temas de mayor desconocimiento resultaron ser en orden decreciente de frecuencia los siguientes: “responsabilidad de la ejecución del PDCB” (96.77%), “grupo etario en que se realiza el examen bucal” (67.74%), “la frecuencia” (54.84%), “los factores de riesgo de cáncer bucal” (48.39%), “conducta a seguir ante un paciente de alto riesgo” (32.26%) y el “grupo etario donde se enfatiza la realización del examen bucal” con un 29.03%.

Estos resultados coinciden con los de la Dra. Landrian Díaz CI y colaboradores en Camagüey donde el 100% de sus encuestados refirieron no sentirse comprometidos con la ejecución de este Programa, delegando la responsabilidad en los estomatólogos (52).

**Tabla 3: Necesidades sentidas de aprendizaje de la población estudiada.**

<b>Necesidades sentidas de aprendizaje.</b>	<b>Nº (n=31)</b>	<b>%</b>
Lesiones de la cavidad bucal.	31	100.00
Conducta ante un paciente de alto riesgo.	18	58.06
Examen bucal.	31	100.00
Factores de riesgo de cáncer bucal.	20	64.52

**Fuente:** Cuestionario de datos primarios

Apreciamos como las principales necesidades sentidas de aprendizaje de los médicos fueron la metodología del examen y las lesiones de la cavidad bucal (100.00% cada una), seguidas de los factores de riesgo de cáncer bucal y la conducta ante un paciente de alto riesgo con un 64.52% y un 58.06% respectivamente.

Estudio realizado sobre este tema en la ciudad de Camaguey arrojan resultados similares a los encontrados, donde todos los galenos (100,00%) deseaban conocer a profundidad la realización del examen bucal (52).

**Tabla 4: Participación en la aplicación del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal.**

<b>Participación en el PDCB.</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Participa.	16	51.61
No participa.	15	48.39
Total.	31	100.00

**Fuente:** Cuestionario de datos primarios

Podemos observar que a pesar que el nivel de información de los médicos no es el óptimo ellos plantean en un 51.61% de los casos que participan en el programa mientras un 48.39% plantean lo contrario.

Estos resultados evidencian fallos en la ejecución del Programa donde médicos y estomatólogos juegan un rol decisivo.

Estos resultados coinciden con los estudios realizados en el Policlínico “Turcio Leiva” de Pinar del Río donde un porcentaje elevado de los médicos (57.03%) no participan activamente en la realización del Programa (52).

**Tabla 5: Sentido de la responsabilidad de los Médicos de la Familia con el PDCB.**

<b>Sentido de la responsabilidad.</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Responsabilidad del estomatólogo.	25	80.64
Responsabilidad del estomatólogo y Médico de Familia.	1	3.23
Responsabilidad del Médico.	-	-
No sabe.	5	16.13
Total.	31	100.00

**Fuente:** Cuestionario de datos primarios

En la tabla podemos apreciar como el 80.64% de los médicos consideran que el Programa es responsabilidad del estomatólogo, 5 para un 16.13% no saben quien es el responsable, solamente 1 para un 3.23% plantea ambigüedad de responsabilidad para el médico y el estomatólogo.

Como vemos los médicos aluden su responsabilidad en el Programa y no lo consideran entre sus líneas de trabajo

Los resultados coinciden con estudios realizados en las provincias de Camaguey y Pinar del Río (22, 52).

### **Propuesta de Estrategia Educativa.**

De los resultados anteriores se desprende que el nivel de información de los Médicos no es el óptimo y requiere aprendizaje en este sentido, por lo que deben de incrementarse las actividades de educación continuada con un enfoque clínico, epidemiológico y social a fin de eliminar esta problemática. El perfeccionamiento del proceso de enseñanza y aprendizaje conlleva la necesidad de crear condiciones pedagógicas que favorezcan, en un clima de confianza, receptividad y reflexión, un proceso de interacción y comunicación educativa. Por lo que proponemos una estrategia educativa diseñada en base a las necesidades de aprendizaje detectadas con un total de 7 encuentros de aproximadamente 1 hora cada uno y una frecuencia semanal, (Anexo 4) la cual podrá ser evaluada en una etapa posterior

## **VI. CONCLUSIONES.**

Se determinó que casi todos los médicos estaban mal informados sobre el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, detectándose como principales necesidades reales de aprendizaje la “responsabilidad en la ejecución del PDCB” y la “edad en que se realiza el examen” y como necesidades sentidas predominantes “las lesiones de la cavidad bucal” y las “maniobras para la realización del examen bucal”. El mayor porcentaje de los encuestados refieren participar en la ejecución del Programa sin embargo aluden su responsabilidad en igualdad de condiciones con los estomatólogos. Atendiendo a los resultados encontrados se propone la realización de una estrategia educativa para elevar la preparación de los médicos para ejecutar el Programa Nacional de Cáncer Bucal.

## **VII. RECOMENDACIONES.**

1. Divulgar los resultados del trabajo.
2. Ejecutar la estrategia educativa propuesta.
3. Desarrollar investigaciones de mayor complejidad para medir el impacto de la estrategia educativa propuesta.

## VIII- BIBLIOGRAFÍA

- 1-González PA, Arredondo LM, Vila ML. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev. Cubana Estomatol v.43 n.1 Ciudad de La Habana ene - mar. 2006
- 2-Mora AM, Montenegro VI, Pérez MT, Rodríguez AL. Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr 2001;17(3):240
- 3- Baker SR, Malignant neoplasmas of the oral cavity. In: Cummings CH, ed Otolaryngology head and neck surgery. 2 da ed. St. Luvis: Mosby year Book; 2008 pp. 1248-1305.
- 4- Ruiz Méndez A Paseiro Garriaga, Escalona Veloz R, Marcos Corso L. Prevalencia de neoplasia de la cavidad bucal en el Hospital Clínico Quirúrgico " Celia Sánchez Manduley " años 1982-1985. Rev cubana estomatol 1989;26(3):23
- 5-Mosqueda Taylor A. El examen estomatológico un aliado subutilizado. Dermatol Rev. México 2009; 36(6):357.
- 6-Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003.
- 7-Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2002.
- 8-Hermida Rojas M, Santana Garay JC, Hernández Díaz MJ, Rodríguez Moreno E, Borroto Alcorta DC, Gutiérrez García EM. El estilo de vida en pacientes con cáncer bucal. Rev MEDICIEGO [serie en Internet]. 2005 [citado 08 Septiembre 2007]; 11(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cav.sld.cu/centro/Revista/vol11suup2/T14.htm>
- 9-Peña González A,<sup>1</sup> Arredondo López M. Vila Martínez L Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral [serie en Internet]. 2005 [citado 08 Septiembre 2009]. Disponible en: e- mail: marredondo@finlay.cmw.sld.cu
- 10-Díaz Martínez JR, Santana Garay JC, Cuevas Pérez I. Cáncer bucofaríngeo en menores de 30 años. Rev Cubana Oncol 2002;11(3-4):71-2.
- 11-García Jordán M, Lence Anta JJ, Sosa Rosales M, Martín Moya LA, Fernández Garrote L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). Rev Cubana Oncol 2000;15(2):114-8.

- 12-Bittencourt ME, Lourerio CA , Coimbra WH, Palmier AZ, Guilherme PA. Validation of the meticulous clinical exam (MCE) for the screening of oral cancer. Rev. Fac Odontol Univ Passo Fundo 2009;6(1):71-7.
- 13-Hermida Rojas M, González Docando YE, Borroto Alcorta DC. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Estudio de quince años (1991 a 2005). Rev MEDICIEGO [serie en Internet] 2007 [citado 24 Septiembre 2007]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\\_01\\_07/articulos/a7\\_v13\\_0107htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a7_v13_0107htm)
- 14-Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cuba Estomatol 2006; 43(1)
- 15-Anselmi de Garriga AL, Garriga García E. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz del cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venezuel 2009; 40(1):56-60.
- 16-Barreto RC, Paiva MA, Soares MS, Pereira GA. Prevalência de Câncer Bucal nas Mesorregiões Paraibanas. Rev Bras Ciênc Saúde 2009; 10(1):9-16.
- 17-Tachezy R, Klozar J, Saláková M, Smith E, Turek L, Betka J, et al. HPV and other risk factors of oral cavity/oropharyngeal cancer in the Czech Republic. Oral Dis 2010;11(3):181-5.
- 18-Hermida Rojas M, Santana Garay JC, González Docando YE, Borroto Alcorta DC. Factores de riesgo del cáncer bucal. Rev MEDICIEGO [serie en Internet] 2007 [citado 08 Septiembre 2007]; 13(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\\_01\\_07/articulos/a12\\_v13\\_0107htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a12_v13_0107htm)
- 19-Lemus Cruz LM. Factores de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal en el adulto mayor portador de prótesis estomatológica. [Tesis] Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médica de La Habana; 2007.
- 20-García-Roco Pérez ON, Arredondo López M, Castillo Betancourt EM. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. Rev Cuba Estomatol 2006; 43(1)
- 21-Cuba, Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2002.pp 107-23.
- 22- Camaño Carballo L. Pimienta Concepción I. Camaño Carballo L. Pérez Chávez Y Martínez Torres A. Conocimiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en

médicos de familia del Policlínico "Turcios Lima". Copyright © 2000-2008, Rev 16 de Abril MEDICIEGO [serie en Internet] 2008 [actualizado 28 Abril 2008] Disponible en: URL: <http://www.16deabril.sld.cu/>

23 Cuba, Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de control y seguimiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en Ciro Redondo.2000-2009.

24-Alfonso C. El problema del cáncer, ¿cómo podemos enfrentarlo? Trabajadores. Órgano de la Central de Trabajadores de Cuba [serie en Internet] 2008, [citado 22/12/2006 ] ,14:38 Disponible en: E-mail: [digital@trabaja.cip.cu](mailto:digital@trabaja.cip.cu).

25- Quintana Díaz JC, Fernández Fregio M, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol v.41 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004

26- Andreotti M, Rodrigues AN, Cardoso LMN, Figueiredo RAO, Eluf-Neto J, Wünsch-Filho V. Ocupação e câncer da cavidade oral e orofaringe. Cad Saúde Pública 2009; 22(3):543- 52.

27- Anselmi de Garriga AL, Garriga García E. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz del cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venezol 2002; 40(1):56-60.

28- Jee SH, Samet JM, Ohrr H, Kim JH, Kim IS. Smoking and cancer risk in Korean men and women. Cancer Causes Control. 2009 May;15(4):341-8.

29- Güneri P, Cankaya H, Yavuzer A, Güneri EA, Erişen L, Ozkul D, et al. Primary oral cancer in a Turkish population sample: association with sociodemographic features, smoking, alcohol, diet and dentition. Oral Oncol 2010; 41(10):1005-12.

30-; Rosenquist K. Risk factors in oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: a population-based case-control study in southern Sweden. Swed Dent J Suppl 2010;(179):1-66.

31-Poate TW, Warnakulasuriya S. Effective management of smoking in an oral dysplasia clinic in London. Oral Dis 2009;12(1):22-6.

32-Chung CH, Yang YH, Wang TY, Shieh TY, Warnakulasuriya S. Oral precancerous disorders associated with areca quid chewing, smoking, and alcohol drinking in southern Taiwan. J Oral Pathol Med 2009;34(8):460-6.

- 33-Scully C, Newman L, Bagan JV. The role of the dental team in preventing and diagnosing cancer: 2. Oral cancer risk factors. *Dent Update* 2005; 32(5): 261-2, 264-6, 269-70
- 34-De Stefani E, Boffetta P, Ronco AL, Correa P, Oreggia F, Deneo-Pellegrini H, Mendilaharsu M, Leiva J. Dietary patterns and risk of cancer of the oral cavity and pharynx in Uruguay. *Nutr Cancer* 2010 1(2):132-9.
- 35- Rosenquist K, Wennerberg J, Schildt EB, Bladström A, Göran Hansson B, Andersson G. Oral status, oral infections and some lifestyle factors as risk factors for oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma. A population-based case-control study in southern Sweden. *Acta Otolaryngol* 2010; 125(12):1327-36.
- 36-Asakage T, Yokoyama A, Haneda T, Yamazaki M, Muto M, Yokoyama T, et al. Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases, and drinking, smoking and diet in Japanese men with oral and pharyngeal squamous cell carcinoma. *Carcinogenesis* 2009;28(4):865-74.
- 37-Brouha X, Tromp D, Hordijk GJ, Winnubst J, De Leeuw R. Role of alcohol and smoking in diagnostic delay of head and neck cancer patients. *Acta Otolaryngol* 2009;125(5):552-6.
- 38-Petti S, Scully C. Oral cancer: the association between nation-based alcohol-drinking profiles and oral cancer mortality. *Oral Oncol* 2010; 41(8):828-34.
- 39-Reis SRA, Espírito Santo AR, Andrade MGS, Sadigursky M. Cytologic alterations in the oral mucosa after chronic exposure to ethanol. *Braz Oral Res* 2009; 20(2):97-102.
- 40-Abdo EN, Garrocho AA, Aguiar MCF. Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre o álcool e o fumo como fatores de risco para o câncer bucal. *Rev ABO Nac* 2009; 14(1):44-8.
- 41-Miller PM, Ravenel MC, Shealy AE, Thomas S. Alcohol screening in dental patients: the prevalence of hazardous drinking and patients' attitudes about screening and advice. *J Am Dent Assoc* 2010;137(12):1692-8; quiz 1730-1.
- 42- Subapriya R, Thangavelu A, Mathavan B, Ramachandran CR, Nagini S. Assessment of risk factors for oral squamous cell carcinoma in Chidambaram, Southern India: a case-control study. *Eur J Cancer Prev* 2009;16(3):251-6.

- 43- Sauvaget C, Lagarde F, Nagano J, Soda M, Koyama K, Kodama K. Lifestyle factors, radiation and gastric cancer in atomic-bomb survivors (Japan). *Cancer Causes Control* 2009;16(7):773-80.
- 44-Johnson NW. Global epidemiology. En: Shah JP, Johnson NW, Batsakis JG. *Oral Cancer*. New York: Martin-Dunitz, 2003; pp. 3-32.
45. Cuenca Sala E. Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología. En: Cuenca Sala E, Manau Navarro C, Serra Majem L. *Odontología preventiva y comunitaria*. Barcelona: Masson, 2009; pp. 1-13.
46. Welbourne JP. The biology of cancer. En: Marx RE, Stern D. *Oral and maxillofacial pathology. A rationale for diagnosis and treatment*. Chicago: Quintessence Publishing Co. 2009; pp. 283-90.
47. Pamplona Roger JD. *Alimentos saludables, alimentos nocivos. Guía práctica para conseguir una alimentación saludable y segura*. Madrid: Ed. Safeliz, 2010.
- 48- Cervera P, Clapés J, Rigolfas R. *Alimentación y dietoterapia (4ª edición)*. Madrid: Mc Graw Hill, 2009.
- 49- Roselló M<sup>a</sup>J. *La importancia de comer sano y saludable*. Barcelona: Plaza-Janés, 2009.
50. López Fontana C. Nutrición y cáncer. En: Astiasarán I, Lasheras B, Ariño AH, Martínez JA. *Alimentos y nutrición en la práctica sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos, 2009; pp. 263-92.
51. Charro AL, Varela G, Cabrerizo L, Pousa L. *La alimentación y la nutrición en el siglo XXI*. Vigo: Fundación de Estudios y Formación Sanitaria, 2009.
52. Landrían Díaz CI, Espeso Napoles N, Hidalgo Rosa C. Capacitación del Médico General Integral en el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal. *Archivo Médico de Camagüey* 2010; 11 (1) ISSN 1025 – 0255.

## **IX- ANEXOS**

### **Anexo 1**

Dr. (a)

Por este medio le comunicamos a ud. que ha sido escogido para la realización de una investigación donde usted recibirá un curso sobre el PDCB. Sólo necesitamos su colaboración y su asistencia a todos los encuentros. Esperamos su colaboración.

Si desea usted participar en el estudio exponga aquí su consentimiento:

Yo \_\_\_\_\_ he tenido contacto con la Dra. Yaneisy Pérez Leiva y el resto del equipo de investigadores que me han explicado todos los aspectos relacionados con el estudio; he podido hacer preguntas y aclarar todas mis dudas acerca del mismo, recibiendo respuesta satisfactorias. Comprendo que mi participación es voluntaria, que puedo retirarme cuando lo desee del mismo, sin que sea necesario explicar las causas y sin afectar las relaciones con el grupo de investigadores y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo el siguiente modelo.

Nombre y Apellidos:

\_\_\_\_\_

CI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2: Encuesta**

1 ¿Participa usted activamente en la aplicación del Programa de Detección del Cáncer Bucal?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

2. ¿A que población se le debe realizar el examen bucal?

a)+ 15\_\_ b)+ 35\_\_ c) + 55\_\_ d)+ 75\_\_ e) -18\_\_ f) +60\_\_ g)+75\_\_.

3 ¿En que grupo etario se debe hacer énfasis?

4 ¿Cada qué tiempo se debe realizar el examen?

a) Mensual \_\_\_\_

b) 6 meses \_\_\_\_

c) Anual \_\_\_\_

5 Seleccione con una x los factores de riesgo que intervienen en la aparición del cáncer bucal.

a) \_\_\_\_ Tabaco y Alcohol.

b) \_\_\_\_ Ingestión de alimentos dulces.

c) \_\_\_\_ Leucoplasia.

d) \_\_\_\_ Eritroplasia.

e) \_\_\_\_ Deficiencias Nutritivas.

f) \_\_\_\_ Sepsis Bucal.

g) ----- Gingivitis.

h) \_\_\_\_ Higiene Bucal Deficiente.

i) \_\_\_\_ Respiración Bucal.

j) \_\_\_\_ Uso de prótesis desajustadas.

k) \_\_\_\_ Ingestión de alimentos calientes y condimentados.

l) \_\_\_\_ Diabetes Mellitus.

m) \_\_\_\_ Queilofagia.

n) \_\_\_\_ Excesiva exposición al sol.

ñ) \_\_\_\_ Succión Digital.

6. ¿Qué conducta usted debe seguir ante un paciente de alto riesgo?

\_\_\_\_\_

7. ¿Conoce usted quienes son los responsables de llevar a cabo este programa en el Área de Salud?

Si\_\_\_ No\_\_\_

Menciónelos-----

### **Anexo 3 Escala de evaluación**

La encuesta aplicada se comenzará a evaluar a partir de la pregunta número 2.

#### **Pregunta 2:**

Objetivo: Identificar la edad de realización del Examen del PDCB.

Respuesta: a) Mayor de 15 años

Clave: 10 puntos la respuesta correcta

#### **Pregunta 3:**

Objetivo: Identificar el grupo etario donde se debe enfatizar en la realización del Examen del PDCB.

Respuesta: Mayor de 35 años

Clave: 10 puntos la respuesta correcta

#### **Pregunta 4:**

Objetivo: Identificar el tiempo de realización del Examen del PDCB.

Respuesta: c) anual

Clave: 10 puntos la respuesta correcta

#### **Pregunta 5:**

Objetivo: Seleccionar factores de riesgo del cáncer bucal.

Respuesta: a)x b)--- c)x d)x e)x f)x g)--- h)x i)--- j)x k)x l)--- m)x n)x ñ)---

Clave: 2 puntos cada respuesta correcta. Total 30 puntos.

#### **Pregunta 6:**

Objetivo: Definir conducta a seguir ante un paciente de alto riesgo.

Respuesta: Educación para la salud y remisión o interconsulta con Estomatología.

Clave: 20 puntos la respuesta correcta

#### **Pregunta 7:**

Objetivo: Identificar el personal responsable del PDCB

Respuesta: Médico de la Familia y estomatólogo.

Clave: 10 puntos cada respuesta correcta .Total 20 puntos.

## **Anexo IV. Estrategia educativa sobre el PDCB para los Médicos de Familia.**

### **Primera Sesión “Conociéndonos Mejor”. Presentación del Programa y Conocimiento del Grupo.**

Objetivo General: Dar a conocer el contenido de la Estrategia Educativa sobre el PDCB para Médicos de la Familia.

#### Objetivos Específicos.

Lograr que los integrantes del grupo:

- Se conozcan e integren de manera óptima.
- Conozcan el propósito de la Estrategia.
- Recoger las expectativas del grupo.

#### Procedimiento.

1. Apertura del Programa.
2. Propuesta de la expectativa del grupo.
3. Recuperación metodológica.

Tiempo de duración: 1 hora.

Personal: 1 coordinador.

1 facilitador.

Materiales: Papelógrafo o pizarras.

Plumones o tizas.

### **Segunda sesión: “Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal”.**

Objetivo General: Dar a conocer generalidades del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal.

Objetivos Específicos: Lograr que los integrantes del grupo conozcan:

- Antecedentes y justificación.
- Propósitos, objetivos, límites y universo de trabajo.
- Estructura organizativa.
- Actividades.
- Actualizar la epidemiología del Cáncer Bucal.

Procedimiento.

1. Presentación en Power Point sobre epidemiología del Cáncer Bucal y el surgimiento y desarrollo del PDCB.
2. Retroalimentación: Aplicar la técnica de “Palabras Calientes” la cual consiste en solicitarle a cada participante que escriba en tres papelitos igual número de palabras y que son las que le hayan resultado más significativas durante la sesión. Se recogen los papeles y se hacen grupos de palabras afines las que se anotaran en una pizarra o pancarta. Las palabras más coincidentes se seleccionarán y se extraerán las conclusiones.

Tiempo de duración: 1 hora.

Personal: 1 coordinador.

1 facilitador.

Materiales: Pizarras.

Una computadora.

**Tercera sesión: “El Bienestar Bucodental como componente de la salud integral”.**

Objetivo General: Dar a conocer las repercusiones en la cavidad bucal de actitudes inadecuadas de la vida diaria, problemas biológicos y psicosociales.

Objetivos Específicos:

1. Identificar factores de riesgo de Cáncer Bucal.

2. Profundizar en la importancia de la prevención como el factor más importante para conservar la salud bucodental.

Procedimiento.

1. Curiosidades relacionadas con la estomatología.
2. Aplicar la técnica de la “Palma Real” la cual consiste en representar, sobre un gráfico de nuestro árbol nacional, en sus hojas los efectos o síntomas del problema y en sus raíces las causas que lo ocasionan. Posteriormente se debatirán las posibles soluciones.
3. Retroalimentación: Aplicar la técnica del “Tesoro escondido”.

Tiempo de duración: 1 hora.

Personal: 1 coordinador.

1 facilitador.

Materiales: Pizarras.

Plumones o tizas.

Premios para el “Tesoro escondido”.

**Cuarta sesión: “Sin tabaco y alcohol por la vida”.**

Objetivo General: Elevar el nivel de conocimientos acerca de los daños que ocasionan estos hábitos en la cavidad bucal.

Objetivos Específicos:

- Profundizar en las actividades de promoción y prevención que resten a las personas de estos hábitos.
- Enseñar a disfrutar de una vida sin humo y alcohol.

Procedimiento:

1. Charla educativa acerca del efecto de estos hábitos en la cavidad bucal.

2. Retroalimentación: aplicar la técnica del “Jurado 13”, donde los acusados son el alcohol y el tabaco.

3. Recuperación metodológica.

Tiempo de duración: 1 hora.

Personal: 1 coordinador.

1 facilitador.

Materiales: Pizarras.

Plumones o tizas.

Computadora.

Hojas de papel.

Lápices.

### **Quinta sesión: Lesiones de la cavidad bucal.**

Objetivo General: Identificar estructuras normales y anormales que deben ser identificadas por los profesionales de la salud y la conducta a seguir.

Procedimiento:

1. Exposición apoyada en un juego de transparencia, láminas o diapositivas que muestren las entidades patológicas y condiciones anormales de la boca y otros juegos que muestren una boca normal y sana. Los dos juegos serán proyectados o mostrados simultáneamente para permitir a los participantes la comparación directa entre las características normales y las patológicas.

2. A continuación para satisfacer los objetivos propuestos haremos un análisis de la temática a través de diapositivas o láminas.

3. Recuperación metodológica.

Tiempo de duración: 1 hora.

Personal: 1 coordinador.

1 facilitador.

Materiales: Láminas.

Diapositivas,

Computadora.

Retroproyector.

### **Sexta sesión: “Examen de la Boca”**

Objetivo General: Aumentar el nivel de conciencia de los participantes respecto a las anomalías y entidades patológicas bucodentales, proveyendo de las rutinas y conocimientos necesarios para saber como detectar tempranamente signos y síntomas importantes, y que medidas tomar para hacer frente a ellos.

#### Objetivos Específicos:

- Aprender como examinar la boca sistemáticamente.
- Identificar como reconocer tempranamente condiciones anormales que requieran ser evaluadas por profesionales.

#### Procedimiento:

1. Proyección de un Power Point sobre los pasos y técnicas de realización del examen bucal.
2. Demostración práctica del mismo por profesional especializado.
3. Se procederá a la división del grupo en pares y a la práctica del examen bucal, lo que constituirá la Retroalimentación.

Tiempo de duración: 1 hora.

Personal: 1 coordinador.

1 facilitador.

Materiales: Computadora.

Set de Clasificación

Simuladores

### **Séptima sesión: Multiplicadores de la salud.**

Objetivo General: Aclarar dudas, reafirmar y evaluar conocimientos.

Procedimiento:

1. Aplicar el juego de la “Lotería” donde a través de tarjetas y cartones se reafirmaran los conocimientos. Se juega como la lotería tradicional solo que en las tarjetas y cartones ha de relacionarse los conceptos con los contenidos, se juega despacio y gana el que primero logre llenar su cartón. Se debe de combinar los comentarios y el debate para reafirmar los conocimientos.
2. Aplicar la técnica del PNI (positivo, negativo e interesante para motivar a la evaluación del curso y comprobar si las expectativas iniciales fueron cumplidas a través de una lluvia de ideas.
3. Reconocer los mejores estudiantes del curso y entregar certificados de promoción.
4. Actividad de despedida.

Tiempo de duración: 1 hora.

Personal: 1 coordinador.

1 facilitador.

Materiales: Cartones y tarjetas.

Papelógrafo o pizarra.

Plumones o tizas.

Certificados.