



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL**

**“COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN SOBRE CÁNCER ORAL Y SUS
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA
UNIVERSIDAD DE CHILE Y LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO”**

Andrea Valentina Contador Rojas

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Dra. Iris Espinoza Santander

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dra. Karina Cordero Torres

Prof. Dr. Gabriel Rojas Zúñiga

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO CÓDIGO DIFO 19/004
Santiago – Chile
2021**



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL**

**“COMPARACIÓN ENTRE LA PERCEPCIÓN SOBRE CÁNCER ORAL Y SUS
FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA
UNIVERSIDAD DE CHILE Y LA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO”**

Andrea Valentina Contador Rojas

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
CIRUJANO-DENTISTA**

TUTOR PRINCIPAL

Prof. Dra. Iris Espinoza Santander

TUTORES ASOCIADOS

Prof. Dra. Karina Cordero Torres

Prof. Dr. Gabriel Rojas Zúñiga

**Adscrito a Proyecto PRI-ODO CÓDIGO DIFO 19/004
Santiago – Chile
2021**

A mi familia y a todas esas personas que de alguna forma me acompañaron y apoyaron a lo largo de estos años. ¡Gracias por estar!

Agradecimientos

A mis tutores, la Dra. Iris Espinoza le agradezco infinitamente por ser una tremenda docente y persona. Gracias profe, por la paciencia, las palabras de apoyo, las enseñanzas infinitas y las conversaciones entretenidas en la oficina de patología o por Zoom. Faltan mas docentes como usted.

Dr. Gabriel Rojas y Dra. Karina Cordero, por sus comentarios, revisiones y sugerencias, gracias por la tremenda disposición, la paciencia y buena voluntad.

A mis compañeros de proyecto y amigos Caro, Ed, Romi y Manu por el enorme trabajo y dedicación que pusieron en esta investigación. ¡Son gigantes!

A todos los profesores y funcionarios que durante mi formación académica dejaron una enseñanza y huella en mí, sobre todo la Dra. Paty Cisternas por su apoyo, ayuda y confianza.

A mis padres, Rodrigo y Jessica. Gracias Papá, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Gracias por enseñarme a no rendirme por más que el camino se pusiera difícil.

Mamá, creo que las palabras no son suficientes para expresarte lo agradecida que estoy de ti, por ser mi fan nº1, apañarme siempre hasta el final, ser la mejor paciente que pude tener y, sobre todo, por no dudar nunca de mí y de lo que puedo lograr.

A mi hermano, Cote. Gracias por acompañarme en la vida, eres mi partner. Por apoyarme y darme consejos, por los memes, las videollamadas cuando no estamos juntos y por la paciencia que me tienes. Te adoro infinito.

A mis abuelos, Nonito, mama Hilena, tata Tito y Rodolfo. Gracias por creer siempre en mí, parte de la persona que soy hoy se lo debo a ustedes. Gracias por todo el amor y cariño incondicional que me han dado siempre, por las enseñanzas, la preocupación infinita, por tirarme siempre para arriba cuando me veían bajoneada. Le agradezco eternamente al Universo permitirme tenerlos a los cuatro conmigo en este momento tan importante y espero que la vida me permita seguir llenándolos de orgullo mucho tiempo más. Los amo de manera desbordante.

A mis amigos de la U, son una parte fundamental de este logro. Gracias por hacer esta etapa más llevadera y bonita, por las palabras de aliento, la tremenda contención, el apoyo constante y el apañe infinito, incluso en esos momentos en los que ya no podíamos más. Que sigamos cultivando esta amistad por siempre.

A mis amigos de toda la vida por siempre estar presentes en los hitos y momentos mas importantes, por el apoyo, las risas, los abrazos, y la simple presencia. Andrés, Dani, Gonzalo, Diego, Mumo, Coté, y en especial a la Eli, gracias por ser una de las constantes en mi vida y por ser la mejor amiga que alguien pudiera pedir. Le agradezco infinito al Universo por ponerte en mi camino y que nos permitiera recorrer esta parte del camino y la que queda juntas.

Por último, pero no menos importante, a mis tíos Jean Pierre y Cecilia y mis primas Sofía y Antonia, las palabras no me van a alcanzar nunca para agradecerles todo lo que han hecho por mi. Gracias por ser la mejor segunda familia. Por abrirme las puertas de su casa y de su vida y por la desinteresada ayuda y amor que siempre me brindaron.

¡Gracias!

ÍNDICE

RESUMEN	9
1. MARCO TEÓRICO	10
1.1 Generalidades sobre el Cáncer Oral.....	10
1.2 Generalidades sobre desórdenes potencialmente malignos.....	12
1.3 Relación Carcinoma Oral de Células Escamosas - Desórdenes Potencialmente Malignos.....	14
1.4 Factores de riesgo de cáncer oral y DPM	15
1.4.1 <i>Tabaco</i>	15
1.4.2 <i>Alcohol</i>	16
1.4.3 <i>Virus del Papiloma Humano (VPH)</i>	17
1.5 Mortalidad y sobrevida.....	19
1.6 Conocimientos sobre cáncer oral.....	21
2. HIPÓTESIS.	24
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 OBJETIVO GENERAL.	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	24
4. METODOLOGÍA.	25
4.1 Diseño del estudio.....	25
4.2 Grupo de estudio	25
4.3 Cálculo de tamaño de muestra.....	25
4.4 Criterios de inclusión	27
4.5 Criterios de exclusión	27
4.6 Plan de selección de los pacientes a encuestar.....	28
4.7 Recolección de información.....	28
4.8 Variables.....	29
4.9 Análisis estadístico	32
4.10 Consideraciones éticas.....	33
5. RESULTADOS.....	34
5.1 Descripción de la muestra	34
5.2 Conocimientos generales en cáncer oral.....	37
5.3 Conocimiento de los signos tempranos de cáncer oral	39
5.4 Conocimientos de factores de riesgo de CO	39

5.5 Realización de autoexamen de mucosa oral.	41
5.6 Rol del dentista y estudiante de odontología	41
5.7 Profesional al que acudiría en caso de tener un signo de CO	42
5.8 Percepción sobre especialista en patología oral	44
6. <i>DISCUSIÓN</i>	45
7. <i>LIMITACIONES</i>	59
8. <i>SUGERENCIAS Y PROYECCIONES</i>	59
9. <i>CONCLUSIONES</i>	60
10. <i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	61
11. <i>ANEXOS</i>	74

RESUMEN

Introducción: En Chile, la morbilidad por cáncer oral (CO) y orofaríngeo representa el 1,6% del total de casos de cáncer y corresponde a un problema de salud pública debido a que cerca del 80% se detecta en etapas avanzadas. El diagnóstico tardío puede deberse a que existe un desconocimiento de la población sobre este cáncer, sus factores de riesgo y manifestaciones tempranas. El objetivo de este estudio es comparar el conocimiento sobre el CO en pacientes adultos atendidos en clínicas odontológicas de facultades odontológicas del país.

Material y métodos: Se aplicó un cuestionario a 666 pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile (COUCH) y Valparaíso (COUV). Se recogió información sociodemográfica, sobre conocimientos en cáncer oral, factores de riesgo, signos, síntomas y rol del odontólogo. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA 16.0.

Resultados: 64,6% y 66,6% de los encuestados han escuchado sobre el CO en la COUCH y COUV, respectivamente, mientras que cáncer de piel, mama y pulmón eran reconocidos por más del 90%. Sobre el 80% de los pacientes de ambas universidades reconocieron el aumento de volumen como el signo más característico del CO. Sobre el 90% de la muestra en ambas universidades, reconocieron el tabaco como factor de riesgo. El 54,1% y 95,5% de los encuestados de la COUCH y COUV no se han hecho un autoexamen de mucosa oral, respectivamente. El 36,3% de los encuestados de la COUCH relata haber recibido un examen de mucosa oral por parte de su dentista/estudiante de odontología, y un 33,4% en la COUV. Pacientes respondieron que en caso de aparición de alguna lesión oral, de preferencia acudirían al cirujano dentista.

Conclusiones: En los pacientes encuestados de ambas clínicas odontológicas se determinó menor conocimiento de CO comparado con cáncer de piel, mama y pulmón. Los encuestados de COUCH y COUV presentan similares conocimientos respecto a signos, síntomas, factores de riesgo y rol del dentista/estudiante. Sin embargo se sugiere a dentistas/estudiantes informar a sus pacientes cuando realizan un examen de mucosa oral y además reforzar la enseñanza sobre autoexamen oral, especialmente en COUV.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Generalidades sobre el Cáncer Oral.

El Cáncer se define como una proliferación anormal y descontrolada de células que invaden tejidos y órganos próximos y distantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que el Cáncer Oral (CO) es aquel que afecta labio, mucosa oral, reborde alveolar, encía, lengua, piso de la boca, paladar duro, y el cáncer orofaríngeo es aquel que afecta la orofaringe, amígdalas y paladar blando (El-Naggar y cols., 2017).

El tipo histológico de CO más común es el carcinoma oral de células escamosas (COCE), representando el 90% de los casos (Neville y cols., 2016). Su ubicación más frecuente es la lengua (borde ventral-lateral), seguido del piso de boca y el labio inferior (Bagan y cols., 2010).

Según datos del *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN), el CO es el décimo sexto cáncer más frecuente en la población a nivel mundial y el décimo quinto con mayor mortalidad. La incidencia de CO a nivel mundial al año 2018 es de 4 casos por 100.000 habitantes, siendo mayor en hombres que en mujeres en una relación de 5,8:2,3 (Bray y cols., 2018). Es altamente frecuente en India y Sri Lanka, donde es la causa principal de muerte por cáncer entre hombres, así como en las Islas del Pacífico donde la incidencia es de 21,2 en 100.000 en hombres y 12:100.000 en mujeres (Bray y cols., 2018).

En Chile, la morbilidad por cáncer oral y faríngeo representa aproximadamente el 1,6% con respecto al total de cánceres, siendo también más prevalente en hombres que en mujeres, en una proporción del 2,3:1. Las muertes por cáncer oral corresponderían al 1% del total de muertes por cáncer, siendo estas principalmente en mayores de 45 años (Riera y Martínez, 2005).

En Chile, el sitio donde se presenta mayor mortalidad es lengua (39%), seguido por glándulas salivales mayores (30%), piso de boca (18%), labio (9%) y encía (4%) (Riera y Martínez, 2005).

El CO se considera un problema de salud pública altamente relevante a nivel global debido a la existencia de factores de riesgo evitables, posibilidad de diagnóstico precoz por autoexamen o examen médico/odontológico y diagnóstico tardío (Sousa do Prado y cols., 2020); además, por su pobre sobrevida posterior al diagnóstico cercana al 40% a los 5 años (Maraboli y cols., 2014) y porque afecta en forma desigual según nivel educacional, con mayor mortalidad en personas con nivel educacional bajo (Ramírez y cols., 2015).

El CO puede estar precedido por desórdenes potencialmente malignos (DPM) (Kalavrezos y Scully, 2015), que cuando son diagnosticados en forma temprana permiten un diagnóstico precoz de cáncer oral y mejoran la supervivencia de las personas afectadas.

A continuación, se presentará una breve descripción de generalidades de los desórdenes potencialmente malignos y cáncer oral.

1.2 Generalidades sobre desórdenes potencialmente malignos

Los desórdenes potencialmente malignos (DPM) corresponden a presentaciones clínicas que conllevan mayor riesgo de desarrollar cáncer en la cavidad oral ya sea por una lesión precursora clínicamente definible, o en mucosa oral clínicamente normal (El-Naggar y cols., 2017). Los DPM más relevantes son la eritroplasia, leucoplasia, queilitis actínica, liquen plano y lesiones liquenoides (Kalavrezos y Scully, 2015).

Las displasias epiteliales (DE) son alteraciones en la maduración y proliferación celular, que se pueden encontrar en DPM y consisten en atipias celulares y en alteraciones en la estratificación, pero contenidas en el espesor del epitelio, es decir, que no llegan a sobrepasar la membrana basal. Estas DE se pueden clasificar en lesiones de bajo grado y alto grado, según la extensión de las alteraciones en el espesor del epitelio (El-Naggar y cols., 2017).

Eritroplasia

Lesión roja, única, que no se puede caracterizar clínica o patológicamente como cualquier otra enfermedad definible (Axell y cols., 1984). Son consideradas como las lesiones de mucosa oral con el mayor potencial de transformación maligna (Warnakulasuriya y cols., 2007), con una tasa del 33,1% de malignización (Iocca y cols., 2019). Histopatológicamente la eritroplasia comúnmente muestra cambios epiteliales, que van desde displasia, en casi todos los casos (Dionne y cols., 2014) hasta carcinoma invasivo (Yang y cols., 2015). En algunos casos, puede presentarse en asociación con zonas blancas, denominándose eritroleucoplasia (Kalavrezos y Scully, 2015).

Leucoplasia

Según la OMS, corresponden a lesiones predominantemente blancas de la mucosa oral que no pueden ser caracterizadas como ninguna otra lesión definible. Su diagnóstico es clínico y debe considerar la exclusión de otras enfermedades o trastornos entre los que se incluyen cuadros como candidiasis, liquen plano, y

queratosis friccional. Las leucoplasias pueden ser homogéneas (lesiones planas, delgadas y de color blanco uniforme) o no homogéneas (como eritroleucoplasia y leucoplasias nodulares y verrucosas), con mayor riesgo de malignización. Estas lesiones no siempre presentan DE al análisis histopatológico y su potencial de malignización se estima de un 3,6 % a 12,9% para leucoplasias homogéneas, de un 18-47% para eritroleucoplasias y 4-15% para leucoplasia verrucosa (Jacomacci y cols., 2014; Kalavrezos y Scully., 2015). En un seguimiento de 5 años el 80% de estas lesiones fue diagnosticado como carcinoma oral de células escamosas en estadio temprano (Liu y cols., 2017).

Queilitis actínica

Es una condición que afecta principalmente al bermellón del labio inferior en personas adultas y de piel clara, inducida por la exposición regular y prolongada a la luz ultravioleta (Boza y cols., 2017), provocando cambios clínicos en la mucosa que incluso pueden llegar a ser quemaduras, también puede ser producida por exposición a otros tipos de radiación, como soldadura por arco. El labio se puede ver seco, escamoso, arrugado, con cambios de color grisáceos o blancos. Puede haber placas lisas o escamosas, localizadas o en todo el labio, también pueden presentarse como nódulos (Kalavrezos y Scully., 2015).

Liquen plano y lesiones liquenoides

El Liquen plano es una enfermedad mucocutánea inflamatoria crónica, de etiología desconocida (aunque se reconoce una base autoinmune), con manifestaciones orales muy frecuentes (Carrión, 2000). Por otro lado, las lesiones liquenoides son lesiones intraorales blancas y rojas de aspecto reticular, estriado y características clínicas similares al liquen plano, pero presentan un agente causal subyacente (Warnakulasuriya, 2018). Ambas pueden ser consideradas un DPM, con una malignización generalmente menor al 0,5%. La evidencia es débil, pero la transformación puede ocurrir en todas las manifestaciones clínicas, siendo más común en lesiones liquenoides y sobre la lengua (El-Naggar y cols., 2017).

1.3 Relación Carcinoma Oral de Células Escamosas - Desórdenes Potencialmente Malignos

El tipo de cáncer más común que afecta a la cavidad oral es el carcinoma oral de células escamosas (COCE), y la mayoría de los cuales están precedidos clínicamente por un DPM (Warnakulasuriya, 2007). La sola presencia de displasias epiteliales generalmente se acepta como un predictor importante del riesgo de transformación maligna (Reibel, 2003).

En un estudio en Alemania, en donde se incluyeron 212 pacientes con diagnóstico de COCE confirmado de forma histológica, el 48% presentaba lesiones blancas coexistentes (Hogewind y cols., 1989). Sin embargo, solo un bajo porcentaje de los DPM progresa a COCE. Estudios han mostrado que entre el <1 y 36% de lesiones premalignas pueden llegar a desarrollar un COCE (Lee y cols., 2000; Reibel, 2003).

Las leucoplasias son los DPM más comúnmente encontrados en la práctica clínica (Warnakulasuriya, 2018), sin embargo las eritroplasias son las que tienen tasas de malignización más altas, de hecho, los carcinomas se ven 17 veces con más frecuencia en eritroplasias que en leucoplasias (Scully y cols., 2003).

En pacientes con una lesión en la mucosa oral clínicamente evidente, donde se sospecha de DPM, el tratante debe realizar una biopsia de la lesión o referir de forma inmediata a un especialista (Aguirre Urizar y cols., 2017).

La mayoría de estos desórdenes pueden presentarse de forma asintomática en las etapas tempranas de su evolución y ser detectados por el dentista en un examen oral de rutina (Warnakulasuriya, 2018). Es por esta razón que se hace muy importante que los profesionales de la salud tengan conocimiento de las características clínicas y aspectos de diagnóstico de los DPM para investigar a fondo estas lesiones y derivar a especialistas para su tratamiento cuando corresponda.

1.4 Factores de riesgo de cáncer oral y DPM

El CO es una enfermedad multifactorial y se pueden determinar una serie de factores de riesgo que juegan un rol importante en su aparición. Los factores de riesgo más fuertemente asociados son el uso de tabaco, en cualquier presentación, y el consumo de alcohol, los cuáles tienen un efecto sinérgico (Sousa do Prado y cols., 2020). Esto quiere decir que las personas que fuman y beben alcohol tienen un riesgo de desarrollar CO mucho más alto que aquellos que solo beben alcohol o que solo fuman tabaco (Awojobi, 2012). La asociación del tabaco con el alcohol aumentaría el riesgo de CO entre 6 a 15 veces (Johnson y cols., 2000). Otros factores de riesgo asociados son la exposición solar (rayos UV), en el caso del cáncer de labio (Al Maweri y cols., 2015), radiación ionizante, infecciones, inmunosupresión, masticar nuez de areca, el virus del papiloma humano (VPH) de tipo oncogénico (Scully y cols., 2009). Se ha reportado también, que la falta de conocimiento público y falta de conciencia (en inglés “awareness”) es el factor más significativo en el diagnóstico y tratamiento tardío del cáncer oral (Al-Maweri y cols., 2015).

1.4.1 Tabaco

Es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de DPM y del CO tanto en su forma de consumo como cigarrillo o como tabaco de mascar (García y Bascones, 2009).

Chile cuenta con la mayor prevalencia de consumo a nivel latinoamericano tanto en jóvenes como en adultos (Herrera-Serna y cols., 2020). Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016 - 2017, un 33,3% de la población adulta en Chile es fumadora (Ministerio de Salud, 2017).

El tabaco tendría un efecto carcinogénico directo sobre el epitelio oral, ya que dentro de sus componentes se pueden encontrar N-nitroso-nor-nicotina, hidrocarburos aromáticos polinucleares y polonium. (García y Bascones, 2009). Se ha descrito 3,43 veces más riesgo de cáncer oral en fumadores en comparación a no fumadores (Warnakulasuriya y cols., 2010). Por otra parte, se ha descrito que el cese del hábito

tabáquico reduce el riesgo de cáncer oral en un 35% dentro de 1-4 años y en un 80% a los 20 años (Marron y cols., 2010).

Otras repercusiones del tabaco a nivel oral incluyen, aumento en la severidad y velocidad de progresión de las enfermedades periodontales (Zhang y cols., 2019), halitosis, tinciones dentarias y de restauraciones de composite, alteraciones en el gusto y en el olfato, estomatitis nicotínica, queratosis, retraso en cicatrización de heridas, alteraciones en la respuesta inmune y cáncer oral (Sham y cols., 2003).

1.4.2 Alcohol

El alcohol es un factor de riesgo que puede actuar de forma local y sistémica (Rivera, 2015). Incrementa la permeabilidad de la mucosa oral permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco, disuelve lípidos componentes del epitelio, causa interferencia en la síntesis de ADN y su reparación. Además, tiene efectos genotóxicos y mutagénicos (Feller y cols., 2013; Wight y cols., 1998).

Entre las lesiones orales que podría causar el consumo de alcohol se encuentran el desprendimiento del epitelio, ulceraciones de la mucosa, gingivitis y lesiones blancas (García y Bascones, 2009).

El consumo de alcohol también es un factor de riesgo para los DPM, ya que puede aumentar en 1,5 veces el riesgo para la leucoplasia y en 3 veces para la eritroplasia (Yardimci y cols., 2014).

En Chile, el 11,7% de la población presenta un consumo de alcohol riesgoso (según el cuestionario AUDIT C) lo que corresponde a 1 de cada 10 personas (ENS 2016-2017). El cuestionario AUDIT C es un cuestionario abreviado donde se obtiene información en base a la frecuencia de consumo de alcohol, número de tragos de bebidas alcohólicas que se suele beber en un día, frecuencia de consumo de 5 o más tragos al día. Otorga puntaje ≥ 8 cuando se considera la categorización de consumo de riesgo y sobre 16 puntos, consumo de alto riesgo.

1.4.3 Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más prevalentes en el mundo, y se le conoce como agente etiológico de carcinomas cérvico-uterino, anogenital y orofaríngeo (Hausen, 2009). La incidencia de VPH asociado a carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello se ha visto aumentada en adultos jóvenes, esto explicado en parte por cambios en las conductas sexuales (Berman y Schiller, 2017). Aunque es importante mencionar que el rol etiológico de este virus en este tipo de neoplasias no ha sido establecido.

Se ha demostrado que la infección por VPH en orofaringe y cuello uterino está asociada a conductas sexuales de alto riesgo. En particular, algunos estudios han indicado al sexo orogenital como una práctica sexual riesgosa (De Souza y cols., 2007). Esto podría aumentar el riesgo de infecciones orales por VPH y generar cambios importantes en el epitelio oral que pueden aumentar el riesgo de carcinogénesis (Doorbar, 2006).

La asociación entre VPH y el cáncer orofaríngeo es mucho más fuerte que la asociación entre VPH y CO. Cerca del 30% de los cánceres a la orofaringe (comprenden principalmente las amígdalas y base de la lengua) son causados por el VPH (29.000 casos al año) (de Martel y cols., 2017), de hecho, en las últimas 5 décadas el número de casos de cáncer orofaríngeo debido a infección por VPH ha aumentado en más de un 225% (Tumban, 2019) en cambio, la asociación entre CO y VPH es débil y controversial (Hubbers y Akgul., 2015) y los casos de CO asociados a VPH han incrementado de forma mínima (Tumban, 2019)

La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) reconoce al VPH como factor de riesgo para el cáncer de orofaringe. La acumulación de evidencia de estudios moleculares y epidemiológicos muestra que los tipos de VPH de alto riesgo son responsables de un subconjunto de cáncer orofaríngeos (Marklund y Hammarstedt., 2011).

Hay distintos subtipos de este virus, pero el VPH-16 es el más comúnmente detectado en el cáncer de orofaringe, en un 87 a 90% de los tumores (Chung y Gillison, 2009).

La evidencia ha demostrado el rol patogénico del VPH en el desarrollo de carcinoma oral y en una serie de lesiones orales potencialmente malignas como el liquen plano, leucoplasia y eritroplasia (Dalla Torre et al., 2015; Gorsky y Epstein., 2011) por lo que se ha propuesto que la infección por VPH podría ser un factor etiológico para estas condiciones.

En Chile, en un estudio de Pennacchiotti y cols. se describió una prevalencia de VPH en pacientes diagnosticados con COCE de 9,09% (Pennacchiotti y cols., 2016). Por otro lado, un estudio de Reyes y cols., con datos de pacientes del Servicio de Anatomía Patológica de la Universidad de Chile y del Instituto Nacional del Cáncer, detectó una prevalencia de infección por VPH en pacientes con COCE de un 11% (Reyes y cols., 2015) Estas cifras son similares a lo que indican publicaciones internacionales (St Guily y cols., 2011; Lingen y cols., 2012; Kruger y cols., 2014).

1.5 Mortalidad y sobrevida

Según datos de GLOBOCAN, en su reporte del 2018 el cáncer oral y de labio se encuentran en el decimoquinto puesto en mortalidad entre todos los cánceres a nivel mundial, existiendo diferencias importantes en ubicación geográfica. Corresponde al cáncer más frecuente en hombres en India, Pakistán y Sri Lanka (Bray y cols., 2018). Por su parte, en Chile, si bien el CO no es de las neoplasias más prevalentes en la población, se ha reportado que representa 1% de la mortalidad con respecto a todos los cánceres, siendo mayor en hombres (74%) que en mujeres (26%) (Riera y Martínez, 2005). En otro estudio que analizó datos de defunciones obtenidos del Departamento de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de Chile, a partir de los registros de defunciones en este país entre los años 2002 y 2010, se concluyó que la mortalidad fue mayor en hombres, en población de 55 años y más, en personas con nivel educativo básico y en población de sector urbano, siendo la lengua la ubicación más frecuente (Ramírez y cols., 2015).

Si el diagnóstico se hace de forma temprano (estadio I) el paciente tiene un 80% de sobrevida a los 5 años, mientras que si el diagnóstico se hace de forma tardía (estadio IV) la tasa de sobrevida es de un 20% a los 5 años (McGurk y cols., 2005). En un estudio realizado por Woolgar y cols. muestra que pacientes con cáncer de cabeza y cuello en estadios tempranos (I y II), tienen rangos de sobrevida muy similares que van desde el 70 al 90%, mientras que en el mismo estudio se indica que en pacientes con estadios clínicos más avanzados (III y IV) la diferencia en la sobrevida es menor (Woolgar y cols., 1999). Lamentablemente, más del 50% de los casos de CO son diagnosticados en sus estadios más avanzados (Sousa do Prado y cols., 2020), por lo que el retraso en el diagnóstico es común.

A pesar de los avances en el tratamiento contra el cáncer, la tasa de supervivencia a los 5 años ha permanecido casi invariable en las últimas décadas. Esto se debe principalmente a que los pacientes continúan muriendo a causa de la enfermedad metastásica en sitios regionales y distantes (Sano y Myers, 2007). La presencia de metástasis en ganglios linfáticos cervicales se considera el predictor más importante de las tasas de supervivencia. Aproximadamente, el 50% de pacientes con diagnóstico de COCE, tienen afectados los ganglios linfáticos al momento del diagnóstico. De ellos, menos del 40% sobrevive luego de 5 años, en comparación al 90% de supervivencia en pacientes que no presentan metástasis ganglionar (Grimm, 2011).

En Chile se ha determinado que un 78,9% de los casos de cáncer intraoral son detectados en etapa III o IV (Bórquez y cols., 2011). Un estudio realizado con datos de casos diagnosticados en el Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile entre los años 2000 - 2012 muestra una supervivencia del 48 % de los pacientes a los 2 años de su diagnóstico (Maraboli, 2014). Mientras que la supervivencia en Chile a los 5 años de carcinoma espinocelular en la mucosa oral se ha descrito entre un 46% (Momares y cols., 2014) y un 57% (Bórquez y cols., 2005).

La baja supervivencia del CO puede ser explicada debido a que los pacientes son derivados para el tratamiento de la enfermedad en sus etapas tardías. Esto se debe, en parte, a que existe un desconocimiento de la población sobre el cáncer oral, sus factores de riesgo y sus manifestaciones por lo que consultan con el odontólogo de forma tardía y cuando la enfermedad ya ha avanzado (Groome y cols., 2011). Según Awojobi (Awojobi y cols., 2012), detectar el CO en su etapa temprana sería el medio más eficaz para mejorar la supervivencia y reducir la mortalidad de la enfermedad. Para lograr esta detección precoz resulta fundamental que la población tenga conocimiento de la existencia de esta enfermedad y sus signos y síntomas (Awojobi y cols., 2012).

1.6 Conocimientos sobre cáncer oral

En un estudio realizado por Aravena (Aravena y cols., 2018), se determinó que el conocimiento de la población general sobre la existencia de CO a nivel mundial oscila entre un 7,2% a un 91,2%. El porcentaje de la población que dice tener conocimiento sobre la existencia de CO varía en forma importante, dependiendo del lugar geográfico que se estudia, por ejemplo, en países como India, Malasia y Arabia Saudita, donde la prevalencia de CO es alta, los porcentajes de conocimiento varían entre un 53,6% a un 91,2% (Aravena y cols., 2018).

En Chile, la cantidad de estudios sobre conocimientos en CO es limitada. En un único estudio realizado en 1.561 adultos de distintas regiones del país, se llegó a los resultados de que solo el 35,7% de la población considerada en el estudio tenía conocimientos sobre el CO, sin embargo, solo el 2,7-7,3% reconocía alguna manifestación clínica (Carrasco y Espinoza., 2006).

Al comparar estas cifras con las de otros países, el conocimiento de cáncer oral en la población chilena es bajo. Por ejemplo, en Estados Unidos, en un estudio donde se incluyó a 803 personas adultas, el 66% de la población consultada ha escuchado o tiene conciencia de la existencia de cáncer oral (Cruz y cols., 2002), en Australia, el conocimiento de la población adulta estudiada (810), oscila entre el 52% y el 73% (Formosa y cols., 2015; Zachar y cols., 2020), mientras que en Inglaterra, de un total de 3.384 personas adultas incluidas en el estudio, el número fue mucho mayor, siendo un 95,6% (West y cols., 2006).

Investigaciones previas, indican que la falta de conocimientos sobre los signos y síntomas y potenciales factores de riesgo del CO contribuyen a un diagnóstico tardío y un pronóstico pobre (Hassona y cols., 2016; Zachar y cols., 2020). Se ha estudiado que los pacientes con un conocimiento sólido de los factores de riesgo y de los signos y/o síntomas del cáncer oral son mucho más propensos a presentarse para exámenes de forma oportuna, promoviendo de esta forma la detección temprana (Zachar y cols., 2020), por lo que cualquier aumento en el conocimiento sobre CO

entre la población puede ayudar a prevenir, y mejorar el pronóstico de la enfermedad (Al Maweri y cols., 2015).

El odontólogo, así como el estudiante de odontología, puede contribuir a la educación sobre los distintos aspectos de esta enfermedad. Un estudio en el Reino Unido, determinó que los estudiantes de odontología tienen mayor conocimiento sobre prevención y diagnóstico temprano en CO en comparación a estudiantes de medicina. El 99% de los estudiantes de odontología han examinado la mucosa oral de los pacientes, en cambio, sólo un 28% de los estudiantes de medicina lo han hecho. Además, el estudio reportó que los estudiantes de odontología reconocen un mayor número de factores de riesgo en CO, en comparación a los estudiantes de medicina (Carter y Ogden, 2007).

Los estudios sobre el nivel de conocimiento sobre CO en pacientes atendidos en centros de salud o en facultades de odontología son escasos en Chile. El año 2019, se llevaron a cabo de forma paralela, dos proyectos de investigación sobre conocimientos de CO en las clínicas odontológicas de la Universidad de Chile (Santiago) y de la Universidad de Valparaíso.

Ambas universidades están insertas en la red pública de universidades, sin embargo, cada una tiene un perfil de egreso y currículum propio. Son precisamente estas diferencias curriculares, en el tipo de enseñanza y en el número de horas dedicadas a la formación de los estudiantes en patología oral, las que podrían provocar diferencias en la percepción de los pacientes sobre el rol del estudiante de odontología/odontólogo en el nivel de conocimiento sobre CO y su rol en la prevención y en el diagnóstico temprano.

Esta tesis tiene como objetivo principal evaluar si existen diferencias en los conocimientos de CO y factores de riesgo entre los pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de ambas universidades e indagar si existen diferencias en el rol que los pacientes atribuyen a los estudiantes de odontología/odontólogos en

la prevención y diagnóstico de CO comparado con otras fuentes de información de CO.

2. HIPÓTESIS.

Esta tesis corresponde a un estudio observacional, por lo tanto, no es necesario el planteamiento de hipótesis.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Comparar el conocimiento sobre cáncer oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile (COUCH) y Clínica Odontológica de la Universidad de Valparaíso (COUV).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Comparar los porcentajes de pacientes de COUCH y COUV que han escuchado de cáncer oral, piel, pulmón y mama.
2. Comparar los conocimientos de signos y síntomas de cáncer oral en pacientes de COUCH y COUV.
3. Comparar los conocimientos de factores de riesgo de cáncer oral y autoexamen en pacientes de COUCH y COUV.
4. Comparar el porcentaje de pacientes de COUCH y COUV que relata haber recibido examen de mucosa oral por parte de su odontólogo/estudiante de odontología.
5. Comparar el porcentaje de pacientes de COUCH y COUV que relatan que acudirían a un odontólogo o estudiante de odontología en el caso de presentar lesiones en mucosa oral sospechosas de cáncer.

4. METODOLOGÍA.

4.1 Diseño del estudio

El diseño de este estudio será de tipo observacional, de corte transversal, en el cual se realiza un análisis a partir de los resultados obtenidos de las facultades de Odontología de las Universidades de Chile y de Valparaíso durante el año 2019.

4.2 Grupo de estudio

Pacientes adultos que se atendieron en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile (COUCH) y en la Clínica de Odontología de la Universidad de Valparaíso (COUV) durante el año académico 2019 y que fueron invitados a completar un cuestionario sobre conocimientos de cáncer oral y factores de riesgo.

4.3 Cálculo de tamaño de muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra se consideró la variable respuesta la proporción de conocimientos de cáncer oral (¿Ha escuchado de cáncer oral?). Según revisión previa de la literatura publicada entre los años 2002 y 2017 que incluyó nueve estudios nacionales e internacionales publicados en revistas indexadas, se determinó que la proporción de respuesta positiva a esta pregunta fue entre 23,7% y 91,2%, con un promedio de 66% (Aravena y cols., 2018).

En cada Clínica universitaria para el cálculo de tamaño de la muestra se consideró esta frecuencia y el número de pacientes históricos atendidos como referencia para la fórmula.

Clínica de la Facultad de Odontología Universidad de Chile

En COUCH el número de pacientes registrados el año 2016 fue 8.953 y en 2017 10.028. Para el cálculo de tamaño de muestra consideramos el promedio obtenido en estos dos años, 9.490 pacientes, y considerando que un 80% corresponden a adultos, dejando nuestra población finita probable en 7.592 pacientes.

Para la determinación del Tamaño de muestra (n), con población finita de 7.592 pacientes (N), se considera Nivel de Confianza (Z) de 1,95, Probabilidad esperada

(p) de 0,66 (considerando el promedio de 66%), Probabilidad no esperada (q, definida como 1-p) de 0,34 y precisión o error máximo admisible en términos de proporción (d) de 0,05. Con estos valores se utiliza la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Obteniendo como Tamaño de muestra (n) 331 pacientes en COUCH

Clínica de la Facultad de Odontología Universidad de Valparaíso

En COUV se calculó un promedio del número de pacientes registrados entre los años 2016 y 2018. El número de pacientes registrados el año 2016 fue de 9.809 y el año 2018 fue de 6.723. Para el cálculo de tamaño de muestra se consideró el promedio obtenido entre ambos años, el cual fue de 8.266 pacientes.

Para la determinación del Tamaño de muestra (n), con población finita de 8.266 pacientes (N), se consideró Nivel de Confianza (Z) de 1,96, Probabilidad esperada (p) de 0,66 (considerando el promedio de 66%), Probabilidad no esperada (q, definida como 1-p) de 0,34 y precisión o error máximo admisible en términos de proporción (d) de 0,05. Con estos valores se utilizó la misma fórmula anterior.

Se obtuvo como tamaño de muestra (n) 335 pacientes en COUV.

Por lo tanto, el tamaño total de la muestra fueron 666 pacientes.

4.4 Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Listado de clínicas incluidas:

COUCH

- Tercer año:
 - Clínica Odontológica del Adulto II
 - Clínica Odontológica del Adulto Mayor II
- Cuarto Año:
 - Clínica Odontológica del Adulto III
 - Clínica Odontológica del Adulto Mayor III
 - Clínica de Mantenimiento II
- Quinto Año:
 - Clínica Odontológica del Adulto IV
 - Clínica Odontológica del Adulto Mayor IV

COUV

- Pacientes y acompañantes de clínicas de pregrado y postgrado.

4.5 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron similares en ambos estudios. Estos se presentan a continuación para cada clínica universitaria:

COUCH

Pacientes que presentaron discapacidad auditiva o alteraciones neurológicas no compatible con la aplicación de la encuesta, pacientes que no manejaban el idioma español y falta de interés en participar en el estudio.

COUV

Pacientes que presentaban discapacidad cognitiva y/o física severa, pacientes que no comprendían el idioma español y pacientes que eran o fueron estudiantes de odontología.

4.6 Plan de selección de los pacientes a encuestar

En COUCH La muestra fue distribuida de forma aleatoria en las clínicas incluidas en los distintos niveles de curso.

En COUV la muestra fue distribuida de forma aleatoria en las clínicas de pregrado y postgrado.

4.7 Recolección de información

Para la recolección de información se utilizó un cuestionario estructurado adaptado para esta investigación a partir del Mouth Cancer Awareness in Dental Patients que ha sido publicado por Awojobi y cols. (2012), en Biomedical Central Oral Health, el año 2012. Este consta de preguntas sobre conocimientos de cáncer oral y factores de riesgo. El equipo de investigación de la Universidad de Chile realizó la traducción, adaptación y una validación de apariencia por expertos, con relación a pertinencia, adecuación de lenguaje para mejor comprensión, descripciones culturales como etnia y registro de ocupación (Arce y cols., 2018). Esta encuesta recopila datos y no está diseñada para obtener un puntaje por lo que no se deben hacer otros métodos de validación adicionales. El tiempo aproximado de aplicación de la encuesta fue de 15 a 20 minutos y el formato de aplicación fue realizado por un encuestador.

El cuestionario se aplicó en ambas clínicas universitarias, en las salas de espera para no interferir con los tiempos de tratamiento y en un momento anterior o posterior a la atención clínica usando un dispositivo electrónico Tablet y la recopilación de la información en Google Form®. Todos los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado (Anexo 5A y 5B), además recibieron un díptico informativo de MINSAL de Chile sobre auto examen de mucosa oral (Anexo 6).

Se organizaron dos reuniones entre el equipo de la Universidad de Chile y de la Universidad de Valparaíso previo a la aplicación de las encuestas, para realizar una revisión final a la redacción de las preguntas y el entrenamiento en la aplicación del cuestionario.

En el siguiente apartado de variables se explicitan, como definición operacional, las preguntas seleccionadas de la encuesta analizadas en este trabajo de investigación. El cuestionario completo está disponible en el Anexo 4.

4.8 Variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Naturaleza de la variable y escala de medición	Definición operacional Indicadores
Edad	Edad cumplida en años	Años	Cuantitativa discreta	
Género	Género	Femenino Masculino Otro	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino Otro
Nivel educacional	Nivel educacional más alto obtenido en años cursados y aprobados	Años cursados y aprobados de educación formal	Cuantitativa Ordinal Discreta	Menos de 8 años Entre 8 y 12 años 12 o más años
Conocimiento sobre cáncer oral	Haber escuchado de cáncer	Haber escuchado de lista de cánceres o no	Cualitativa nominal	-Si -No

		Donde obtuvo la información	Cualitativa nominal	-Televisión -Radio -Internet -Dentista -Estudiante de Odontología -Cajetilla de cigarro -Afiche -Otra
	Nivel de conocimiento de cáncer de boca auto percibido	Cuánto cree que sabe del cáncer de boca	Cualitativa Ordinal	Nada Algo/Mucho
Factores de riesgo	Conocimientos de factores de riesgo de cáncer oral	Factores de riesgo de cáncer oral	Cualitativa nominal	-Son mayores de 50 años - Fuman tabaco - Fuman marihuana -Toman té cargado -Toman café de grano cargado -Toman Café descafeinado cargado -Mascan Tabaco -Beben mucho alcohol -Usan prótesis dental

				<ul style="list-style-type: none"> -Comen en exceso -Son varones -Son mujeres -Perdieron todos sus dientes -Toman líquidos calientes -Tienen mala higiene oral -Se expone mucho al sol
Realización de autoexamen	Conocimiento formas de presentación cáncer oral	Si se ha realizado autoexamen	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
Consumo de alcohol	Frecuencia		Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> -Nunca -1 vez al mes -2-4 veces al mes -2-3 veces a la semana -Más de 4 veces a la semana
	Cantidad de vasos		Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> -0 -1-2 -3-4 -5-6 -7-9 -Más de 10
Consumo de cigarrillos	Hábito tabáquico	Fuma o no	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No

Examen Oral Profesional	Indique a qué profesional de la salud acudiría para buscar ayuda si presenta un signo de cáncer oral por más de dos semanas	Mancha blanca	Cualitativa nominal	-Médico general -Dentista General -Farmacéutico -Otro -No buscaría ayuda
		Mancha Roja		
		Mancha Amarilla		
		Úlcera		
		Aumento de volumen		
		Dolor		

4.9 Análisis estadístico

En primer lugar, se construyó una planilla de datos en programa Excel ® para traspasar la información obtenida y fusionar la información de las bases de datos de ambos estudios. Se revisó la presencia o no de datos anómalos y verificó y registró el número de respuestas con datos perdidos (casillas en blanco).

Las variables cualitativas fueron descritas mediante números absolutos y proporciones.

Se utilizaron como pruebas estadísticas el *Test de Proporciones* y la *Prueba Chi 2*. Para todos los análisis se utilizó el programa STATA 16.0 (StataCorp. 2019. Stata Statistical Software: Release 16. College Station, TX: StataCorp LLC.) y se consideró como significativo un valor p menor o igual a 0,05.

4.10 Consideraciones éticas

El proyecto realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte el 24 de Mayo de 2019 para los pacientes atendidos en COUCH (Anexo 2A) y el Proyecto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso fue aprobado por el Comité de Revisión de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso el 13 de Marzo de 2019 (Anexo 2B).

La aplicación de la encuesta se realizó sólo a los pacientes que estaban de acuerdo y firmaron el consentimiento informado (Anexo 5A y 5B). Esta investigación no contempló riesgos para la salud del encuestado. Los pacientes no recibieron remuneración por participar en este estudio. Como beneficios, los participantes de este estudio recibieron un díptico informativo de prevención del cáncer oral (Anexo 6).

Los datos se mantuvieron almacenados en hojas de formulario de Google Drive, al cual sólo tuvieron acceso los investigadores del proyecto.

Los pacientes podrán tener acceso a los resultados de la investigación a través de un correo propio del proyecto: ConocimientosCancerSantiago@gmail.com.

5. RESULTADOS

5.1 Descripción de la muestra

En este estudio se incluyeron en total 666 pacientes, de los cuáles 331 correspondieron a pacientes de la Universidad de Chile y 335 a pacientes de la Universidad de Valparaíso, quienes se atendieron en las clínicas odontológicas de dichas universidades el año académico 2019.

Los 331 pacientes encuestados en la COUCH se estaban atendiendo cursos de pregrado de la malla innovada de la carrera de odontología. Por otra parte, los 335 pacientes encuestados en la COUV correspondieron a pacientes atendidos en clínicas de pregrado, postgrado y acompañantes de pacientes. La decisión de incluir a acompañantes en COUV se debió a que en dicha universidad tenían que cumplir la entrega de la investigación en tiempos acotados.

En ambas universidades todas las encuestas se realizaron en salas de espera de las clínicas odontológicas de las universidades. En la Universidad de Chile se realizaron todas las encuestas en pacientes atendidos en clínicas de pregrado: 55 (16,6%) encuestas en UTEs de tercer año, 148 (44,7%) encuestas en UTEs de cuarto año y 128 (38,7%) encuestas en UTEs de quinto año. La desproporción en las encuestas por niveles es debido a que en el período en que se llevó a cabo la aplicación, producto del contexto nacional de estallido social, la clínica funcionó de manera parcial atendiendo solo en turnos éticos. Mientras que, en la Universidad de Valparaíso, 281 (83,9%) encuestas fueron realizadas en pacientes correspondientes a clínicas de pregrado, 20 (6%) en pacientes de clínicas de postgrado, y 34 (10,1%) encuestas fueron realizadas en acompañantes.

Las características sociodemográficas de los pacientes atendidos en COUCH y COUV se muestran en la tabla 1. Del total de la muestra de la Universidad de Chile, 239 (72%) correspondieron a mujeres, mientras que, del total de la muestra de la Universidad de Valparaíso, las mujeres fueron 216 (64,5%). En cuanto a edad, en

la Universidad de Chile, el número de pacientes adultos y adultos mayores fue similar, siendo el promedio de edad de 54,3 años. Mientras que en la Universidad de Valparaíso, se puede notar una diferencia más grande entre los encuestados adultos de 18-59 años (81,5%) y adultos mayores (18,5%). El promedio de edad de los encuestados de la COUV fue de 43,8 años.

En relación al país de nacimiento, en la Universidad de Chile, 319 encuestados declararon ser de Chile, y había 12 participantes de otros países de Latinoamérica, principalmente de Venezuela. Por otro lado, en la Universidad de Valparaíso, 328 participantes eran de Chile mientras que 4 encuestados eran de otros países de Latinoamérica y 2 declararon ser de países europeos (Tabla 1).

En cuanto a estado civil, en la Universidad de Chile la mayoría de los encuestados (44,4%) estaban casados, mientras que, de la Universidad de Valparaíso, la mayoría de la muestra (46,2%) correspondió a personas solteras. Con respecto al nivel educacional, en ambas universidades, la mayor parte de los encuestados tenían más de 12 años de educación (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencia de variables sociodemográficas de pacientes de U. de Chile y U. de Valparaíso

	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Género					
Femenino	239	(72,2)	216	(64,5)	0,032*
Masculino	92	(27,8)	119	(35,5)	
Edad					
18-59 años	183	(55,3)	273	(81,5)	<0,0001*
60 años o más	148	(44,7)	62	(18,5)	
País de nacimiento					
Chile	319	(96,4)	328	(97,9)	<0,0001*
Otro	12	(3,6)	7	(2,1)	

Estado Civil					
Soltero(a)	122	(36,9)	155	(46,2)	<0,0001*
Casado(a)	147	(44,4)	109	(32,5)	
Viudo(a)	36	(10,8)	19	(5,7)	
Divorciado(a)	20	(6,0)	32	(9,6)	
Convivientes	4	(1,2)	19	(5,7)	
Separado(a)	1	(0,3)	1	(0,3)	
Nivel educacional					
Menos de 8 años (Básica incompleta)	45	(13,6)	18	(5,4)	<0,0001*
Entre 8 a 12 años (Básica completa a media incompleta)	141	(42,6)	110	(32,8)	
Más de 12 años (Educación Superior)	145	(43,8)	207	(61,8)	

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

En relación a los hábitos el 55,3% de los encuestados en la Universidad de Chile y el 58,2% de la Universidad de Valparaíso son fumadores o habían sido fumadores en el pasado. Con respecto al consumo de alcohol el 57,1% de los encuestados de la Universidad de Chile y el 66,3% de los encuestados de la Universidad de Valparaíso, declararon consumir alcohol al menos 1 vez al mes.

Tabla 2. Distribución de frecuencia de hábitos de tabaco y consumo alcohol de pacientes de U. de Chile y U. de Valparaíso

	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Fumadores					
Si	70	(21,2)	95	(28,4)	0,092
No, pero fumaba	113	(34,1)	100	(29,8)	
No, nunca	148	(44,7)	140	(41,8)	
Consumo de OH					
Nunca	142	(42,9)	113	(33,7)	0,007*
1 vez al mes	92	(27,8)	124	(37,0)	
2 a 4 veces al mes	85	(25,7)	74	(22,1)	
2 a 3 veces por semana	12	(3,6)	21	(6,3)	
4 o más veces por semana	0	(0)	3	(0,9)	

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

5.2 Conocimientos generales en cáncer oral

Dentro de las preguntas del cuestionario, se les consultó a los pacientes si habían escuchado hablar acerca de 4 tipos de cánceres: mama, piel, pulmón y boca (Tabla 3). Tanto en la Universidad de Chile como en la de Valparaíso, el 94% o más de los encuestados habían escuchado hablar del cáncer de mama, pulmón y/o piel, mientras que para el cáncer de boca el porcentaje fue inferior: 64,6% en la Universidad de Chile y 66,6% en la Universidad de Valparaíso, siendo este el menos reconocido de la lista de cánceres consultados en la encuesta en ambas universidades.

Tabla 3. Distribución de frecuencias a la pregunta: “¿Ha escuchado hablar de los siguientes tipos de cánceres?”

¿Ha escuchado hablar de los siguientes tipos de cánceres?	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Mama	331	(100)	331	(98,9)	0,046*
Piel	326	(98,5)	326	(97,3)	0,290
Pulmón	312	(94,3)	318	(94,9)	0,704
Boca	214	(64,6)	223	(66,6)	0,603

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

Por otro lado, en la Tabla 4, se observa que en relación al nivel de conocimiento que los encuestados creían tener sobre el CO, en la Universidad de Chile la mayor parte de la muestra reconoció no saber “Nada” sobre el CO, mientras que en la Universidad de Valparaíso, la mayoría de los encuestados reconocieron tener “Algo/Mucho” de conocimiento al respecto, siendo esto una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0001$).

Tabla 4. Distribución de frecuencias a la pregunta “Respecto al cáncer de boca, ¿Cuánto cree que sabe?”.

Respecto al cáncer de boca, ¿cuánto cree que sabe?	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Algo/Mucho	110	(32,7)	226	(67,3)	<0,0001*
Nada	221	(67,0)	109	(33,0)	

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

5.3 Conocimiento de los signos tempranos de cáncer oral

Con respecto a cuáles creían que eran formas en las que el cáncer oral podría manifestarse, la mayoría de los encuestados de la Universidad de Chile (94,6%) y de la Universidad de Valparaíso (80,9%) creían que la forma de manifestación del cáncer oral correspondía a un aumento de volumen o tumor.

Se observa que los pacientes encuestados de la Universidad de Chile reconocían en un mayor porcentaje todas las formas de presentación clínicas del CO que se les consultó (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencias a la pregunta: “Si ha oído hablar del cáncer de boca, ¿cuáles cree usted que podrían ser las formas de presentarse?”

Si ha oído de cáncer de boca, ¿Cuáles cree usted que podrían ser las formas de presentarse?	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Manchas blancas o rojas	276	(83,4)	222	(66,3)	<0,0001*
Heridas que no cicatrizan	304	(91,8)	249	(74,3)	<0,0001*
Aumento de volumen o tumor	314	(94,9)	271	(80,9)	<0,0001*

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

5.4 Conocimientos de factores de riesgo de CO

En relación a conocimientos de factores de riesgo, en la Universidad de Chile, la mayoría de los encuestados (96,4%) reconoció al tabaco como un factor de riesgo importante en el desarrollo del cáncer oral, seguido de tener mala higiene oral (95,2%), fumar marihuana (73,4%), beber mucho alcohol (70,1%) y exponerse mucho al sol (63,1%). En la Universidad de Valparaíso, gran parte de los encuestados reconoció al tabaco como un factor de riesgo (92,2%), seguido de

tener mala higiene (87,2%), mascar tabaco (67,2%), beber mucho alcohol (60,3%) y fumar marihuana (59,7%) (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de frecuencias de los factores de riesgo de cáncer oral

	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Tabaco	319	(96,4)	309	(92,2)	0,021*
Tener mala higiene oral	315	(95,2)	292	(87,2)	<0,0001*
Fumar marihuana	243	(73,4)	200	(59,7)	<0,0001*
Beber mucho alcohol	232	(70,1)	202	(60,3)	0,008*
Exponerme mucho al sol	209	(63,1)	142	(42,4)	<0,0001*
Mascar tabaco	206	(62,2)	225	(67,2)	0,180
Tomar líquidos calientes	170	(51,4)	113	(33,7)	<0,0001*
Perdieron todos sus dientes	134	(40,5)	144	(43,0)	0,510
Tomar café cargado	131	(39,6)	117	(34,9)	0,210
Comer en exceso	127	(38,4)	99	(29,6)	0,020*
Usar prótesis dental	119	(36,0)	93	(27,8)	0,020*
Tomar té cargado	107	(32,3)	101	(30,2)	0,540
Ser hombre	66	(19,9)	65	(19,4)	0,030*
Tomar café descafeinado	38	(11,5)	54	(16,1)	0,080
Ser mujer	33	(10,0)	57	(17,0)	0,008*
Comen nueces, avellanas u otros frutos secos	25	(7,6)	21	(6,3)	0,510

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

5.5 Realización de autoexamen de mucosa oral.

Respecto a si los encuestados se habían realizado un autoexamen oral, es decir, revisado su boca buscando alguna alteración o signo de cáncer de boca, en la Universidad de Chile el 45,9% de la muestra afirma haberse realizado un autoexamen, mientras que en la Universidad de Valparaíso sólo el 4,5% de los encuestados (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de frecuencias a la pregunta: “¿Usted ha revisado su boca buscando alguna alteración o signo de cáncer?”.

¿Usted ha revisado su boca buscando alguna alteración o signo de cáncer?	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Si	152	(45,9)	15	(4,5)	<0,0001*
No	179	(54,1)	320	(95,5)	

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

5.6 Rol del dentista y estudiante de odontología

Con respecto a la pregunta ¿Quién ha revisado su boca para detectar signos de cáncer de boca?, haciendo alusión a si el dentista/estudiante de odontología le había realizado un examen de mucosa oral, tanto en la Universidad de Chile como en la Universidad de Valparaíso, destaca que el mayor porcentaje de encuestados indicó que “Ninguno”, 35,5% y 40,3% respectivamente. En segundo lugar, con un 28,1% en la Universidad de Chile y 26,3% en la Universidad de Valparaíso, la respuesta fue que “No sabe/no está seguro” si se le ha examinado la boca para buscar signos de cáncer de boca (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de frecuencias a la pregunta “Durante las citas dentales periódicas, ¿quién ha revisado su boca para detectar signos de cáncer de boca?”.

Durante las citas dentales periódicas, ¿quién ha revisado su boca para detectar signos de cáncer de boca?	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor <i>p</i>
	n	(%)	n	(%)	
Dentista	23	(7,0)	51	(15,2)	<0,0001*
Estudiante de odontología	52	(15,7)	22	(6,6)	
Ambos	45	(13,6)	39	(11,6)	
Ninguno	118	(35,6)	135	(40,3)	
No sabe / No está seguro	93	(28,1)	88	(26,3)	

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

5.7 Profesional al que acudiría en caso de tener un signo de CO

Se le nombró a los encuestados una serie de lesiones orales y se les preguntó a qué profesional de la salud acudirían en caso de que se les presentaran una de ellas. Los signos específicos para cáncer oral se preguntaron de forma intercalada con otros signos más generales.

Al respecto, tanto en la Universidad de Chile como en la de Valparaíso, la mayoría de los encuestados respondió que en caso de presentar una lesión en la cavidad oral acudirían al dentista general (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de frecuencias a la pregunta “Si usted presentara alguno de los siguientes síntomas, ¿A qué profesional de la salud acudiría para buscar ayuda?”.

Si usted presentara alguno de los siguientes síntomas, indique a qué profesional de la salud acudiría para buscar ayuda	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor P
	n	(%)	n	(%)	
Mancha blanca					0,036*
Médico General	113	(34,1)	145	(43,3)	
Dentista General	195	(58,9)	159	(47,5)	
Farmacéutico	1	(0,3)	4	(1,2)	
Otro	10	(3,0)	10	(3,0)	
No buscaría Ayuda	12	(3,6)	17	(5,1)	
Mancha Roja					0,454*
Médico General	148	(44,7)	145	(43,3)	
Dentista General	166	(51,2)	164	(49,0)	
Farmacéutico	1	(0,3)	2	(0,6)	
Otro	8	(2,4)	7	(2,1)	
No buscaría Ayuda	8	(2,4)	17	(5,1)	
Úlcera o herida dolorosa					0,179
Médico general	137	(41,4)	142	(42,4)	
Dentista general	180	(54,4)	168	(51,2)	
Farmacéutico	1	(0,3)	4	(1,2)	
Otro	4	(1,2)	12	(3,6)	
No buscaría ayuda	9	(2,7)	9	(2,7)	
Mancha Amarilla					0,768
Médico General	143	(43,2)	150	(44,8)	
Dentista general	173	(52,3)	166	(49,6)	
Farmacéutico	1	(0,3)	1	(0,3)	
Otro	8	(2,4)	7	(2,1)	
No buscaría ayuda	6	(1,8)	11	(3,3)	
Aumento de volumen					0,043*
Médico general	115	(34,7)	130	(38,8)	
Dentista general	210	(63,4)	187	(55,8)	

Farmacéutico	0	(0)	2	(0,6)	
Otro	1	(0,3)	7	(2,1)	
No buscaría ayuda	5	(1,5)	9	(2,7)	

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

5.8 Percepción sobre especialista en patología oral

Respecto al conocimiento sobre profesionales de la salud, se les preguntó a los encuestados si habían oído hablar sobre el especialista en patología oral. Se observó que la mayoría de los pacientes, un 85,2% en la Universidad de Chile y un 86,9% en la Universidad de Valparaíso, no habían escuchado hablar sobre esta especialidad odontológica (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de frecuencias a la pregunta “¿Ha escuchado que existe un profesional llamado patólogo oral?”.

¿Ha escuchado que existe un profesional llamado patólogo oral?	Universidad de Chile		Universidad de Valparaíso		Valor p
	n	(%)	n	(%)	
Si	47	(14,2)	44	(13,1)	0,689
No	284	(85,8)	291	(86,9)	

* Resultados estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$)

6. DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo principal realizar una comparación sobre el conocimiento de cáncer oral y sus factores de riesgo en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de las facultades de Odontología de la Universidad de Chile y de Valparaíso, para determinar si existían semejanzas o diferencias entre sus resultados.

Como fortaleza de este estudio, la investigación cuenta con una muestra representativa de pacientes tanto de la COUCH como de la COUV, y es el primer estudio que evalúa y compara el conocimiento de cáncer oral entre pacientes que se atienden en clínicas de dos facultades de Odontología de Chile. Estas son las Universidades públicas que dictan desde hace un mayor número de años la carrera de Odontología en pregrado y, hasta la fecha, son las únicas Universidades que dictan la especialidad de Patología Oral.

En ambos estudios, el género femenino tuvo una mayor participación que el masculino: 72% de la muestra en la Universidad de Chile y un 64% en la Universidad de Valparaíso. Según la literatura, en lo que se refiere a salud general, las mujeres usan los servicios de salud 1,5 veces más que los hombres (Vega y cols., 2003) ya que tienen mayor percepción de la enfermedad. En cuanto al uso de servicios odontológicos, también se ve esta tendencia. En un estudio realizado en España en el año 2012, se concluyó que las mujeres se preocupan más de su salud bucodental en comparación a los hombres ya que un 68% de ellas ha ido al dentista el último año, frente al 61% de los hombres que lo ha hecho (Mazarro y Chocarro, 2012). En Chile se ven resultados similares, según el Informe de Salud Bucal de la ENS, el 49,3% de las mujeres declara haber ido al dentista en el último año en comparación al 40,6% de los hombres (ENS: Salud Bucal, 2016-2017).

En cuanto a edad, en ambas universidades el mayor número de participantes fue adulto de 18-59 años. Sin embargo, la cantidad de adultos mayores fue considerablemente mayor en la Universidad de Chile, donde correspondieron al 44,7% de la muestra (n=148), en comparación al 18,5% (n=62) de la Universidad de Valparaíso. Esta diferencia estadísticamente significativa puede deberse a que en la Universidad de Chile existen desde el año 2014 diversos cursos denominados UTE del Adulto Mayor, I, II, III y IV para la atención odontológica exclusiva de personas mayores.

Conocimientos de Cáncer Oral

El pronóstico del cáncer oral es pobre si se diagnostica de forma tardía. Lamentablemente, la mayoría de las veces, incluso en países desarrollados, el cáncer oral no se detecta de forma temprana. Este retraso en el diagnóstico y tratamiento se le ha atribuido, entre otras cosas, a la falta de conocimiento público sobre signos, síntomas y factores de riesgo del CO (Hassona y cols., 2015). El diagnóstico temprano de esta patología mejoraría el pronóstico clínico, el tipo y extensión del tratamiento y la calidad de vida (Joseph y cols., 2016).

En este estudio el conocimiento de cáncer oral tanto en la Universidad de Chile (64,6%) como en la de Valparaíso (66,6%), es más bajo en comparación al cáncer de mama, pulmón y piel, los cuales fueron reconocidos por sobre el 94% de los encuestados. Esto coincide con estudios alrededor del mundo que reportan que el cáncer de mama es el más conocido y el cáncer oral es de los menos conocidos por la población (Warnakulasuriya y cols., 1999; Monteiro y cols., 2012; Monteiro y cols., 2016). Una razón de esto puede deberse a su baja incidencia anual, la proporción anual de la incidencia total, según GLOBOCAN 2018, se estima que corresponde a un 2% de CO, en contraste con el cáncer de mama (11,6%), pulmón (11,6%) y piel (5,8%) excluyendo al carcinoma basocelular (Bray y cols., 2018).

A nivel mundial, el cáncer de pulmón representa el 18,4% de la mortalidad. Entre las mujeres, el cáncer de mama es el más comúnmente diagnosticado y la principal causa de muerte asociada a un cáncer, representando un 6,6% de la mortalidad

total en mujeres. A la luz de estos datos, podemos inferir que es por esta razón que la población general ha escuchado de estos otros tipos de cánceres con mayor frecuencia.

Por otra parte, podemos mencionar que se destina una cantidad considerable de recursos públicos para prevención de cáncer de mama y pulmón, que en Chile corresponden a patologías GES/AUGE, las cuales son patologías dentro del sistema de Garantías Explícitas en Salud, lo que significa que los pacientes tienen acceso, oportunidad y protección financiera para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estas patologías (MINSAL, 2019a; MINSAL 2019b).

Los estudios sobre conocimientos de CO a nivel internacional muestran resultados diversos. Sin embargo, en su mayoría, cercanos a lo observado en nuestro estudio o porcentajes superiores. En Yemen, Al-Maweri y cols (Al Maweri y cols., 2015) concluyeron que el 71,5% de los encuestados tenían conocimiento sobre el cáncer oral, en Jordania un 45,6% (Hassona y cols., 2015), en Kuwait un 72,8% (Joseph y cols., 2016), en India un 86% (Elango y cols., 2009), en Malasia 84,2% (Ghani y cols., 2013) y en Brasil, un 81,3% (Sousa do Prado y cols., 2020). Por otra parte, en el contexto Latinoamericano, destaca el resultado de Argentina en el que solo un 41% de los encuestados afirmó haber escuchado sobre el cáncer oral (Robledo, 2008), inferior a lo observado en los dos grupos de pacientes encuestados en nuestro estudio.

La diferencia entre países puede ser explicada, entre otras cosas, por la prevalencia del CO en la población y por las diferentes campañas de prevención de este cáncer, dirigidas por los Ministerios de Salud, por ejemplo, en Yemen una parte importante de los encuestados refirió haber obtenido información sobre el CO en los medios de comunicación, lo que resalta la importancia de los medios masivos de comunicación en educar a la población sobre CO (Al Maweri y cols., 2015). Por otro lado, en Malasia, un estudio midió el impacto de promover conocimientos sobre el CO

usando campañas en los medios de comunicación y los resultados mostraron un aumento significativo en el conocimiento general (Saleh y cols., 2012).

Se le preguntó a los encuestados cuánto creían saber sobre el cáncer de boca. En la Universidad de Chile, el 66,8% de los encuestados (n=221) contestaron no tener “Nada” de conocimiento sobre el cáncer oral. En la Universidad de Valparaíso, se ven resultados opuestos: el 67,3% de los encuestados dice tener “Algo/Mucho” de conocimiento sobre el cáncer oral (n=226). Estos resultados hacen sugerir que los alumnos de la Universidad de Valparaíso realizan más acciones de promoción y prevención referentes al CO o quizás que las campañas sobre el CO que se realizan en dicha Universidad llegan a más pacientes.

Por otro lado, las campañas que se realizan en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, como por ejemplo la campaña “Besa la vida, Cuida tu boca”, se enfoca en ferias libres y comunidades aledañas y no en pacientes atendidos en la clínica de la Universidad. Además, las campañas de prevención realizadas por el Departamento de Patología de la misma Facultad no han sido regulares en el tiempo, ya que por lo general se realizan en el marco de la Semana de la Lucha contra el Cáncer y no son llevadas a cabo en el resto del año. Se sugiere, como una forma de darle solución a este problema, que los estudiantes incorporen actividades de educación, promoción y prevención sobre el CO junto al examen clínico inicial de todos los pacientes que se atienden en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Signos y síntomas de Cáncer oral y Autoexamen

En ambas clínicas odontológicas un alto porcentaje de participantes reconoció como signo de cáncer oral las manchas blancas/rojas: en la Universidad de Chile un 83,4% (n=276) y en la Universidad de Valparaíso un 66,3% (n=222). Así como también reconocieron las heridas que no cicatrizan y el aumento de volumen o tumor, siendo este último el signo más reconocido, por el 94,9% y 80,9% de los encuestados de la COUCH y COUV, respectivamente.

Un alto porcentaje de nuestra muestra reconoce los signos del CO, lo que no se condice con estudios a nivel internacional, donde se observa lo opuesto. Por ejemplo, en un estudio realizado en Jordania, el 43,8%, 41,4% y 32,9% de los pacientes reconoció la mancha blanca/roja, aumento de volumen y una úlcera o herida que no cicatriza, como signo de cáncer, respectivamente (Hassona y cols., 2015), en un estudio llevado a cabo en Irán menos del 7% de los participantes reconocieron las manchas blancas/rojas, úlceras y aumento de volumen como signo de cáncer oral (Pakfetrat y cols., 2010) y en otro estudio realizado en Yemen, menos del 25% de los participantes sabían que la presencia de manchas blancas/rojas podría corresponder a un signo temprano de cáncer oral (Al-Maweri y cols., 2015). Esta diferencia entre los estudios internacionales puede deberse a que las preguntas de nuestro cuestionario eran de respuesta cerrada y de tipo dicotómica ya que se les preguntaba por un signo específico y ellos debían responder si creían o no si era signo de CO.

Con respecto al autoexamen, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre quienes sí se habían realizado un autoexamen en la Universidad de Chile en comparación a la Universidad de Valparaíso. En la Universidad de Chile, el 45,9% de los encuestados han revisado su boca buscando alguna alteración o signo de cáncer en su boca y 54,1% nunca lo han realizado. Este resultado es cercano a lo observado por Monsalves y cols., el año 2010 en el Hospital de Temuco, se reportó que el 46,6% de los participantes nunca se habían realizado un autoexamen oral. Además, gran parte de los pacientes no tenía claridad en cómo realizar el autoexamen (Monsalves y cols., 2010).

Estos resultados anteriores son considerablemente más altos a lo obtenido en la Universidad de Valparaíso, donde el porcentaje de encuestados que declara que nunca se han realizado un autoexamen es de un 95,5%.

Una investigación, realizada en Cuba se reportó que el 33,9% de la población general realiza un autoexamen bucal de forma mensual (Rodríguez y cols., 2008).

Sin embargo, estos autores mencionan que los porcentajes de realización de autoexamen no son suficientes, considerando la importancia del mismo y su rol en la prevención y detección precoz de lesiones potencialmente malignas. Doncel-Pérez, señala que sólo el 2,6% de los encuestados de su estudio sabe cómo realizar un autoexamen y el 4,4% sabe con qué frecuencia se debe hacer (Doncel-Pérez y cols., 2014).

La baja frecuencia en la realización del autoexamen puede deberse a que los mismos dentistas no informan sobre la importancia de la realización de dicho examen en la cavidad oral (Stillfried y cols., 2016). Además, como el cáncer oral tiene baja prevalencia en relación a otros tipos de cánceres, no es un tema conocido en la población por lo que no tiene conocimiento de la existencia del cáncer ni de las formas de prevención (Peña y López, 2019). A diferencia del autoexamen en el cáncer de mama, no hay estudios sobre el impacto del autoexamen en el cáncer oral (Monsalves y cols., 2010). Las estrategias de autoexamen necesitan educación, con el fin de que los individuos y comunidades en situación de riesgo puedan identificar lesiones potencialmente malignas y consultar de forma oportuna (Mathew y cols., 2008).

Determinar cuál es la mejor estrategia para educar sobre autoexamen bucal es aún un desafío en la promoción de la salud sobre esta enfermedad y un tema a investigar, debido que no existe un consenso sobre eso. Un estudio realizado en Nepal concluyó que las campañas realizadas por televisión y radio han demostrado ser las más efectivas para aumentar tanto el conocimiento sobre el CO y las prácticas de autoexamen (Shrestha y Rimal, 2018). Por otro lado, un estudio realizado por Giraldo, el año 2005 señala que la charla educativa es el método didáctico más utilizado para impartir conocimientos en salud bucal (Giraldo y cols., 2008).

Conocimiento de Factores de riesgo

Tabaco

Tanto en la Universidad de Chile (96,4%), como en la Universidad de Valparaíso (92,2%), la mayoría de los encuestados reconoció al tabaco como factor principal de cáncer oral. Los resultados obtenidos en este estudio son mayores en relación con los estudios a nivel internacional. Por ejemplo, en Yemen en un estudio realizado por Al-Maweri (Al-Maweri y cols., 2015) el 71,5% de los encuestados reconocieron al tabaco como factor de riesgo importante para el CO, en Australia, el 96,4% tenía conocimientos (Zachar y cols., 2020), mientras que, en Jordán, el 66,9% (Hassona y cols., 2015).

Este alto conocimiento de la población hacia el tabaco como factor de riesgo para el cáncer se podría explicar porque la población chilena ha estado expuesta a campañas anti tabaco. Como una forma de incentivar el cese del hábito tabáquico y mostrar las consecuencias del consumo, el gobierno de Chile impulsó la Ley nº 19.419 el año 2019 sobre el etiquetado de las cajetillas de cigarro con imágenes alusivas al cáncer oral (MINSAL 2019c). De hecho, durante la aplicación de esta encuesta varios pacientes mencionaron reconocer esta campaña del Ministerio, y en la muestra de pacientes de la Universidad de Chile, la cajetilla de cigarro fue la cuarta fuente desde donde los pacientes obtienen información sobre el cáncer oral en esta muestra, por detrás de la Televisión, Familiar o conocido e Internet (Arce, 2020), mientras que en la muestra de la Universidad de Valparaíso, la cajetilla de cigarrillos correspondió a la tercera fuente de información, por detrás del Internet y la Televisión (González y López, 2019). No se puede afirmar que los resultados en este trabajo de investigación se deban a la campaña mencionada, sin embargo, es una situación a considerar.

Es importante mencionar que, según la última Encuesta Nacional de Salud que se realizó en el país, el 33,3% de la población chilena actualmente fuma cigarrillos (ENS, 2016-2017).

Alcohol

Gran parte de los encuestados fueron capaces de reconocer al alcohol como factor de riesgo, sin embargo, el porcentaje es considerablemente menor en relación al del tabaco. En la Universidad de Chile, el 70% de los encuestados, reconocieron que beber mucho alcohol era un factor de riesgo para el cáncer oral, mientras que en la Universidad de Valparaíso, el 60% lo hizo, siendo esta una diferencia estadísticamente significativa. Esta tendencia, donde el alcohol es menos reconocido como factor de riesgo de cáncer oral en comparación al tabaco se da en varios estudios a nivel internacional, por ejemplo, en Australia, donde sólo el 57,1% de los participantes asoció el consumo de alcohol con un elevado riesgo de CO (Zachar y cols., 2020), en Jordania, el 33,8% (Hassona y cols., 2015), en Gran Bretaña, el 19% (Warnakulasuriya y cols., 1999), en Costa Rica, el 33% (Howard y Castillo, 2010), en Malasia, el 68,5% (Saini y cols., 2006) y en India, el 64% (Elango y cols., 2009).

En un estudio de Rodríguez y cols. se concluyó que el riesgo de enfermarse de CO por fumar tabaco por sí solo es de un 77%, mientras que el riesgo de enfermarse de CO solo por beber alcohol es de un 52%, si ambos factores se combinan, el riesgo subiría a un 83% (Rodríguez y cols., 2004) .

Las cifras obtenidas en este estudio, si bien son levemente más altas que las obtenidas a nivel internacional, resultan de igualmente preocupantes ya que se puede notar que hay un desconocimiento de la población sobre el rol que tiene el alcohol como factor de riesgo del cáncer oral, sobre todo en un país como Chile donde el consumo promedio del país es de 55 gr de alcohol puro por persona al día (MINSAL, 2016).

El hecho de que la población tenga menos conocimiento del alcohol como factor de riesgo para el cáncer oral en comparación al tabaco, se podría explicar ya que como se mencionó anteriormente existen campañas para promover el cese del hábito tabáquico y que vinculan el uso de tabaco como factor de riesgo para el cáncer oral.

Sin embargo, en lo que se refiere al consumo de alcohol, el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) genera campañas enfocadas en el consumo responsable y no excesivo de alcohol y en los peligros de conducir bajo sus efectos, pero no se hace mención del alcohol como un factor de riesgo importante para el cáncer oral por lo que la población no tiene ese conocimiento.

Por esta razón se sugieren, además de campañas preventivas sólidas que se enfoquen en los riesgos asociados al cáncer oral tanto del consumo de alcohol como de tabaco, estrategias gubernamentales que incluyan educación sobre el tema y un fortalecimiento de las leyes sobre el consumo de tabaco y alcohol.

Mala higiene oral.

En la Universidad de Chile y de Valparaíso, el 95% y 87% de los encuestados respectivamente, creen que tener mala higiene oral es el segundo factor de riesgo más importante para el CO, luego del consumo de tabaco. Comparando con otros estudios, observamos que Esveile y Sepúlveda y Concha y Neira, describen el efecto contrario, donde el 20% y 2% de los encuestados respectivamente consideran tener mala higiene oral como un factor de riesgo para el CO (Esveile y Sepúlveda, 2012; Concha y Neira, 2011). Esta gran diferencia en los resultados de ambos estudios puede deberse al tiempo que ha transcurrido entre el estudio de Esveile (Esveile y Sepúlveda, 2012) y de Concha (Concha y Neira, 2011) y el nuestro, ya que se han implementado campañas de prevención contra el cáncer oral haciendo énfasis en los factores de riesgo, sin embargo, son insuficientes.

Si bien, no hay estudios que reporten una asociación directa entre higiene oral y CO, si hay publicaciones que afirman de la asociación que hay entre tener mala higiene oral y el riesgo de sufrir de CO, y esto se debe a que una mala condición de salud bucodental ayuda a potenciar los componentes carcinogénicos de otros factores de riesgo que tienen una asociación más directa en el desarrollo de CO, tales como el tabaco y el consumo alcohol (Mathur y cols., 2018).

Alimentación.

Este factor de riesgo tuvo una baja valoración tanto en la Universidad de Chile como en la de Valparaíso, alcanzando resultados de 38,4% y 29,6% respectivamente. Las personas encuestadas valoraron este factor de riesgo incluso como menos importante que algunos distractores colocados de forma intencional en la encuesta, tales como “Tomar café cargado”, “perder todos los dientes” o “tomar líquidos calientes”, siendo que la dieta es un factor de riesgo importante reportado en la literatura, sin embargo, de igual manera es un factor poco reconocido. En el estudio de Kuwait y cols. sólo 33% de los pacientes identificaron el bajo consumo de frutas y verduras como factor de riesgo (Joseph y cols., 2016), mientras que en Alemania, se obtuvieron resultados similares, ya que casi el 30% de los encuestados reconoció el bajo consumo de frutas y verduras como factor de riesgo (Hertrampf y cols., 2012).

El resultado en nuestro estudio bien podría deberse a un sesgo de información, ya que, en nuestro trabajo, la dieta fue abordada como “comer en exceso”, según la traducción de la encuesta en la que se basó este trabajo, donde abordaban este factor de riesgo como “*overeat*” (Awojobi y cols., 2012), mientras que en otros estudios se aborda como una “dieta poco saludable” (González y López, 2019). Por lo que es probable que la gente encuestada no haya tenido una buena comprensión de esta pregunta y se haya confundido con obesidad, que si bien es un factor de riesgo para el desarrollo de otros tipos de cánceres, su asociación con el cáncer oral es poco conocida (Joseph y cols., 2016).

Respecto a este tema, en Chile el consumo de frutas y verduras es bajo. Solo el 15% de la población consume 5 o más frutas y verduras durante el día, siendo más alto el consumo en mujeres, con un 16% en comparación a los hombres, donde sólo el 13% consume las porciones de frutas y verduras recomendadas por la OMS (ENS, 2016-2017).

Examen de mucosa oral por parte del odontólogo/estudiante de odontología

Acerca si se les ha realizado un examen de mucosa oral, el 36,3% de los encuestados de la Universidad de Chile relata haber recibido un examen de mucosa oral por parte del odontólogo y/o estudiante de odontología, esto es similar a lo observado en la Universidad de Valparaíso, donde el 33,4% de los encuestados respondió que el dentista y/o el estudiante de odontología les había realizado un examen de mucosa oral.

A nivel internacional, el estudio de Awojobi y cols. realizado en el Reino Unido concluyó que el 14% de los encuestados declaran haber recibido un examen de mucosa oral por su dentista durante las citas dentales de rutina, el 14% respondió que nunca se lo habían realizado y el 72% de ellos no saben/no están seguros de haber recibido un examen de mucosa oral por su dentista (Awojobi y cols., 2012). Por otro lado, un estudio en Australia muestra datos aún más preocupantes ya que se concluyó que un 91,3% de los encuestados que fueron diagnosticados con cáncer oral previamente respondieron no haber recibido nunca un examen de mucosa oral por parte de su dentista (Webster y cols., 2019). En Canadá se obtuvieron resultados similares, donde Groome y cols. concluyeron que sólo el 5,9% de pacientes fueron diagnosticados con cáncer epinocelular de lengua o de piso de boca durante un examen de mucosa oral rutinario, y el 5,1% fue diagnosticado en controles de lesiones pre-existentes (Groome y cols., 2011).

De los resultados de nuestro estudio, podemos rescatar que existe un alto porcentaje de pacientes que relata no haber recibido nunca o no saben/no están seguros de haber recibido un examen de mucosa oral, tanto en la Universidad de Chile como en la Universidad de Valparaíso, por lo que llama la atención la falta de comunicación que puede existir entre el dentista/estudiante de odontología y los pacientes sobre la realización o no de un examen de mucosa oral. Así, se sugiere mantener siempre una comunicación fluida entre tratante y paciente, sobre todo en el momento en que se realizan procedimientos como un examen de mucosa oral ya

que no solo podemos encontrar signos de cáncer oral, si no que también se pueden hallar lesiones potencialmente malignas.

Búsqueda de ayuda profesional

Con respecto a la pregunta de a qué profesional se dirigen los encuestados frente a algún signo de cáncer oral, la mayoría de los participantes de la Universidad de Chile y de la Universidad de Valparaíso respondieron que acudirían al dentista general.

Este resultado es distinto a lo determinado en otros estudios internacionales en los cuales se ha determinado que los pacientes acudirían en mayor porcentaje a un médico que a un dentista. Por ejemplo, en el estudio de Awojobi y cols. realizado en el Reino Unido, un 62% de los encuestados consultarían con un médico en caso de presentar una leucoplasia, 61% si presentaran una eritroplasia, 52% si presentaran una úlcera (Awojobi y cols., 2012). Lo mismo ocurre en Irán, donde el 60% de la población encuestada prefiere consultar con un médico en caso de presentar una leucoplasia, eritroplasia o úlcera (Pakfetrat y cols., 2010).

Caso contrario ocurre en Brasil, donde la mayoría de los participantes reportaron que consultarían con un dentista en caso de presentar algún signo de cáncer oral (Sousa do Prado y cols., 2020).

Sin embargo, si bien en nuestro estudio la mayoría de los pacientes encuestados acudirían a un dentista general en caso de presentar signos sospechosos de cáncer oral, esto podría estar sesgado ya que las encuestas fueron realizadas en las salas de espera de clínicas dentales.

Percepción sobre el especialista en patología oral

Con respecto a la pregunta “¿Ha escuchado que existe un profesional llamado patólogo oral?”, en la Universidad de Chile y Universidad de Valparaíso, sobre el 85% de los encuestados contestó que no tenían conocimiento de la existencia de este profesional de la salud. En la mayoría de los casos donde los encuestados conocían sobre el patólogo oral fue por familiares o amigos cercanos que tuvieron un diagnóstico de cáncer oral.

En relación a este tema, no se encontraron otros estudios sobre el conocimiento de esta especialidad por parte de la población general para poder realizar comparaciones, por lo se deben desarrollar investigaciones al respecto para saber cuánto es el conocimiento de la población sobre la función del patólogo oral.

Intervenciones en currículum de la carrera de odontología sobre el CO

Como estudiantes de odontología, una de nuestras responsabilidades es educar a los pacientes sobre temas de salud oral y entre ellos, las formas de prevención del cáncer oral, conocer sus signos y síntomas y factores de riesgo, de esa forma les damos las herramientas para que ellos tomen un rol activo en lo que respecta a su salud. Para poder realizar esa labor con éxito, debemos tener conocimientos sólidos y el rol que juega la Universidad es fundamental en el proceso de aprendizaje.

En la Universidad de Chile, el año 2014 para la nueva generación de estudiantes que ingresaban a la carrera de odontología, hubo una innovación en la malla curricular, y se implementaron las UTEs (Unidad de Trabajo del Estudiante), que tenían como objetivo generar una integración de los conocimientos. Por esta razón, uno de los cambios que se generaron fue incluir clases de Patología oral en las distintas clínicas, y la cantidad de clases que se imparten sobre cáncer oral son sólo 4 repartidas en 2 UTEs. Por otro lado, en la Universidad de Valparaíso, los contenidos sobre cáncer oral se reparten en 4 ramos: Patología I, II, III y Medicina Oral. No se tienen los datos exactos de la cantidad de clases enfocadas en el CO

que se imparten en esta Universidad por lo que no se puede plantear que esta sea una razón que explique los resultados de este estudio.

Al preguntarle a los encuestados si habían oído hablar sobre cáncer oral, 214 personas (64,6%) de la muestra en la Universidad de Chile respondieron que sí, mientras que de la Universidad de Valparaíso fueron 223 personas (66,6%), sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

De todas maneras, se hace necesario poner especial atención a los contenidos curriculares de pregrado en las diferentes facultades de odontología en lo que se refiere a competencias cognitivas en el diagnóstico del cáncer oral. Se hace fundamental que los estudiantes de odontología tengan un gran conocimiento en detección temprana del cáncer oral y en sus signos y síntomas y factores de riesgo para de ese modo, aumentar su eficacia en la prevención y diagnóstico precoz de la enfermedad.

Debemos poner atención en el rol del estudiante/cirujano dentista en lo que se refiere a promoción, prevención y educación sobre hábitos de riesgo en la población para lograr una detección temprana y diagnóstico oportuno del cáncer oral ya que esto puede llevar a un mejor tratamiento, menos invasivo y finalmente mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

7. LIMITACIONES

Los datos del estudio podrían no ser representativos para la población general ya que la mayoría de los encuestados son pacientes en tratamiento odontológico tanto en la COUCH como en la COUV, por lo que es probable que manejen mayores conocimientos sobre el cáncer oral

8. SUGERENCIAS Y PROYECCIONES

- Como sugerencias para investigaciones posteriores, se podría realizar una modificación en la encuesta y abreviarla. Sería interesante poder aplicarla en pacientes de riesgo u otras instituciones que no tengan relación con el ámbito de la salud, como por ejemplo el SENAME (Servicio Nacional de Menores) para introducir este tema a gente más joven, sobre todo el adolescentes que es donde se inicia el hábito tabáquico.
- Incluir en la encuesta la relación entre conocimientos de cáncer oral y orofaríngeo con el VPH y su forma de transmisión.

9. CONCLUSIONES

La proporción de pacientes de la Universidad de Chile y de la Universidad de Valparaíso que ha escuchado de cáncer oral es 64,6% y 66,6%, respectivamente; diferencia que no es estadísticamente significativa.

En ambas Clínicas Odontológicas Universitarias, el aumento de volumen o tumor fue el signo de cáncer oral más reconocido por los pacientes, siendo identificado por más del 80% de la muestra. Otros signos como las manchas blancas/rojas y las heridas que no cicatrizan fueron identificados también como signos de cáncer oral por un alto porcentaje de la población encuestada.

El consumo de tabaco fue el factor de riesgo para cáncer oral más reconocido por la población encuestada, tanto en la Universidad de Chile (96,4%) como en la Universidad de Valparaíso (92,2%), dejando a la mala higiene oral como el segundo factor de riesgo más reconocido.

El 45,9% de los pacientes encuestados de la Universidad de Chile declara haberse realizado un autoexamen oral en búsqueda de signos de cáncer oral, mientras que en la Universidad de Valparaíso, solo el 4,5% siendo esta una diferencia estadísticamente significativa.

En la Universidad de Chile, el 36,3% de los participantes relata haber recibido un examen de mucosa oral por parte de su dentista/estudiante de odontología, mientras que en la Universidad de Valparaíso, el porcentaje fue de 33,4% de los pacientes; siendo una diferencia estadísticamente significativa.

Frente a la aparición de un signo de cáncer oral la mayoría de los pacientes de ambas Universidades prefieren acudir a un dentista general que a otros profesionales de la salud, siendo este resultado estadísticamente significativo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Aguirre Urizar JM, Alberdi Navarro J, Castellanos-Cosano L, González-Moles MA, Jimenez-Soriano Y, Machuca-Portillo G, Torres-Lagares D, Uribarri-Etxebarria A. (2017). Guía de Práctica Clínica (GPC): Leucoplasia Oral como enfermedad premaligna: Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Sociedad Española de Cirugía Bucal. 1ª Edición. Editada por Medicina Oral. Valencia.

Al-Maweri, S. A., Addas, A., Tarakji, B., Abbas, A., Al-Shamiri, H. M., Alaizari, N. A., & Shugaa-Addin, B. (2014). Public awareness and knowledge of oral cancer in Yemen. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 15(24), 10861–10865.

Aravena E, Ayala C, Ortega A, Espinoza I (2018). Conocimiento de cáncer oral en la población general. Presentado en VII Jornada Nacional de Patología Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Arce Yañez M. (2020) Rol del Dentista y Fuentes de Información en Conocimientos de Cáncer Oral. Tesis para optar al título de Cirujano-Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Arce M, Contador C, Espinoza I, Maturana A, Ortega A (2018). Validación de un cuestionario para evaluar conocimientos de cáncer oral en población de Chile. Presentado en VII Jornada Nacional de Patología Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Awojobi O, Scott S and Newton T. (2012). Patients' perceptions of oral cancer screening in dental practice: a cross-sectional study. Cuestionario "Mouth Cancer Awareness in Dental Patients". *Biomedical Central Oral Health* 12:55.

Axell T, Holmstrup P, Kramer I, Pindborg J, Shear M. (1984). International seminar on oral leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1984;12(3):145-154.

Bagan J, Sarrion G, Jimenez Y. (2010). Oral cancer: clinical features. *Oral Oncol.* 2010;46(6):414-7

Berman TA, Schiller JT. (2017). Human papillomavirus in cervical cancer and oropharyngeal cancer: One cause, two diseases. *Cancer.* 123(12):2219-2229.

Blanco Carrión A., Otero Rey E., Peñamaría Mallón M., Diniz Freitas M. (2008). Diagnóstico del liquen plano oral. *Av Odontoestomatol.* 24(1):11-31.

Bórquez P, Capdeville F, Madrid A, Veloso M, Cárcamo M. (2011) Sobrevida global y por estadíos de 137 pacientes con cáncer intraoral . Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. *Rev Chil Cirugía.* 63(4):351–355.

Boza O, Guillén C. (2018). Actinic Cheilitis: Report of Three Cases and Review of Literature. *IJDS.* 20(3):33-2

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 68(6), 394–424.

Carrasco, S. Espinoza I. (2006) Conocimiento del cáncer oral en la población adulta de 35-44 años y 65-74 años en Chile. Tesis para optar al título de Cirujano-Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Carter LM, Ogden GR. (2007). Oral cancer awareness of undergraduate medical and dental students. *BMC Med Educ.* 7:1–8.

Chung CH, Gillison ML. (2009). Human papillomavirus in head and neck cancer: its role in pathogenesis and clinical implications. *Clin Cancer Res.* 15(22):6758-62.

Concha C, Neira M. Cáncer oral: Nivel de conocimiento de pacientes atendidos en consultorios pertenecientes a la CORMUVAL, Valparaíso (2011). Tesis para optar al título de Cirujano-Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Cruz GD, Le Geros RZ, Ostroff JS, Hay JL, Kenigsberg H, Franklin DM. (2002). Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc.* 133(8):1064-1071.

De Souza G, Kreimer A, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch W et al. (2007). Case–Control Study of Human Papillomavirus and Oropharyngeal Cancer. *N Engl J Med.* 356:1944-1956

Dalla Torre D, Burtscher D, Edlinger M, Sölder E, Widschwendter A, Rasse M, Puelacher W. Comparison of the prevalence of human papilloma virus infection in histopathologically confirmed premalignant oral lesions and healthy oral mucosa by brush smear detection. (2015). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 119(3):333-9.

de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. (2017) Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country, and HPV type. *Int J Cancer.* 141(4):664-670.

Dionne KR, Warnakulasuriya S, Zain RB, Cheong SC. (2015) Potentially malignant disorders of the oral cavity: current practice and future directions in the clinic and laboratory. *Int J Cancer.* 136(3):503-15.

Doncel-Pérez C, Méndez M, Betancourt H, Castillo A. (2014) Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. *Rev Cub Med Mil.* 43(1): 52-60.

Doorbar J. (2006). Molecular biology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Clin Sci (Lond).* 110(5):525-41.

El-Naggar AK, Chan JKC, Grandis JR, Takata T, Slotweg PJ. (2017) WHO classification of head and neck tumours (IARC WHO classification of tumours). 4th edn. World Health Organization.

Elango JK, Sundaram KR, Gangadharan P, Subhas P, Peter S, Pulayath C, Kuriakose MA. (2009). Factors affecting oral cancer awareness in a high-risk population in India. *Asian Pac J Cancer Prev.* 10(4):627-30.

Esveile C, Sepúlveda R. Cáncer oral: Nivel de conocimiento asociado a la difusión de su imagen en cajas de cigarrillos. (2012). Tesis para optar al título de Cirujano-Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Feller L, Chandran R, Khammissa R, Meyerov R, Lemmer J. (2013). Alcohol and oral squamous cell carcinoma. *SADJ.* 68(4):176-180.

Formosa J, Jenner R, Nguyen-Thi MD, Stephens C, Wilson C, Ariyawardana A. (2015). Awareness and Knowledge of Oral Cancer and Potentially Malignant Oral Disorders among Dental Patients in Far North Queensland, Australia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 16(10):4429-34.

García García V, Bascones MA. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Av Odontoestomatol.* 25(5):239–48.

Ghani WMN, Doss JG, Jamaluddin M, Kamaruzaman D, Zain RB. (2013). Oral cancer awareness and its determinants among a selected Malaysian population. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 14(3):1957–1963.

Giraldo MC, Colonia AM, Gutiérrez GE, Hincapié JL. (2008). Evaluación de conocimientos en salud bucal de los acudientes al programa “SIPI”, en una IPS de Medellín, 2005. *CES odontol.* 19(2).

González Peña L, López Vásquez J. (2019). Percepción sobre cáncer oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019. Tesis para optar al título de Cirujano-Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso.

Gorsky M, Epstein JB. (2011). Oral lichen planus: malignant transformation and human papilloma virus: a review of potential clinical implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 111(4):461-4.

Grimm M. (2012). Prognostic value of clinicopathological parameters and outcome in 484 patients with oral squamous cell carcinoma: microvascular invasion (V+) is an independent prognostic factor for OSCC. *Clinical and Translational Oncology.* 14(11):870-880.

Groome PA, Rohland SL, Hall SF, Irish J, Mackillop WJ, O'Sullivan B. (2011). A population-based study of factors associated with early versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral Oncol.* 47(7):642–647.

Hassona Y, Scully C, Abu Ghosh M, Khoury Z, Jarrar S, Sawair F. (2015). Mouth cancer awareness and beliefs among dental patients. *Int Dent J.* 65(1):15-21.

Hassona Y, Scully C, Shahin A, Maayta W, Sawair F. (2016). Factors Influencing Early Detection of Oral Cancer by Primary Health-Care Professionals. *J Cancer Educ.* 31(2):285-91.

Hausen H. (2009). Human papillomavirus & cervical cancer. *Indian J. Med. Res.* 13(3), 209.

Herrera-Serna B, Lara-Carrillo E, Toral-Rizo V. (2020). Tendencias de la mortalidad por cáncer oral y el efecto de las políticas públicas de prevención en América Latina. *Rev Chil Salud Pública.* 23(2):132-145.

Hertrampf K, Wenz HJ, Koller M, Wiltfang J. (2012). Public awareness about prevention and early detection of oral cancer: a population-based study in Northern Germany. *J Craniomaxillofac Surg.* 40(3):e82-6.

Hogewind WF, van der Waal I, van der Kwast WA, Snow GB. (1989). The association of white lesions with oral squamous cell carcinoma. A retrospective study of 212 patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 18(3):163-4.

Howard M, Castillo, J. (2010). El nivel de conocimiento que tiene el estudiantado de Medicina sobre el cáncer bucal en Costa Rica. *Odovtos - J. Dent. Sci.* (12):4-14

Howard, M. Castillo, J. (2004). Cáncer bucal: Conocimiento básico de la población en Costa Rica. *Odontos.* 6:94-102

Hübbers CU, Akgül B. (2015). HPV and cancer of the oral cavity. *Virulence.* 6(3):244-8.

Iocca O, Sollecito TP, Alawi F, Weinstein GS, Newman JG, De Virgilio A, Di Maio P, Spriano G, Pardiñas López S, Shanti RM. (2020). Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia: A systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype. *Head Neck.* 42(3):539-555

Jacomacci W, Filho L, Vessoni L, da Silva M, Piellarisi N, Veltrini V et al. (2014). Carcinoma in situ in a patient with erythroleukoplakia: challenges in the diagnosis and in the therapeutic choice. *Rev. Cir. Traum. buco-maxilo-facial.* 14(4).

Johnson N, Bain C, And co-authors of the Eu Working Group On Tobacco And Oral Health. (2000). Tobacco And Oral Disease. *Br Dent J.* 189: 200-6.

Joseph BK, Ali MA, Sundaram DB. (2018). Awareness of Mouth Cancer Among Adult Dental Patients Attending the Kuwait University Dental School Clinic. *J Cancer Educ.* 33(2):340-345.

Kalavrezos N, Scully C. (2015). Mouth Cancer for Clinicians Part 6: Potentially Malignant Disorders. *Dent Update.* 42(9):866-868,871-874,877.

Krüger M, Pabst AM, Walter C, Sagheb K, Günther C, Blatt S, Weise K, Al-Nawas B, Ziebart T. (2014). The prevalence of human papilloma virus (HPV) infections in oral squamous cell carcinomas: a retrospective analysis of 88 patients and literature overview. *J Craniomaxillofac Surg.* 42(7):1506-14.

Lee JJ, Hong WK, Hittelman WN, Mao L, Lotan R, Shin DM, Benner SE, Xu XC, Lee JS, Papadimitrakopoulou VM, Geyer C, Perez C, Martin JW, El-Naggar AK, Lippman SM. (2000). Predicting cancer development in oral leukoplakia: ten years of translational research. *Clin Cancer Res.* 6(5):1702-10.

Lingen MW, Xiao W, Schmitt A, Jiang B, Pickard R, Kreinbrink P, Perez-Ordóñez B, Jordan RC, Gillison ML. (2013). Low etiologic fraction for high-risk human papillomavirus in oral cavity squamous cell carcinomas. *Oral Oncol.* 49(1):1-8.

Liu Y, Li Y, Fu Y, Liu T, Liu X, Zhang X, et al. (2017). Quantitative prediction of oral cancer risk in patients with oral leukoplakia. *Oncotarget.* 11;8(28):46057-46064.

Maraboli SE. (2014). Características sociodemográficas y clínicas en pacientes con carcinoma oral de células escamosas diagnosticados en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, 2000-2012. Tesis para optar al título de Cirujano-dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Marklund L, Hammarstedt L. (2011). Impact of HPV in Oropharyngeal Cancer. *J Oncol.* 2011:509036.

Marron M, Boffetta P, Zhang ZF, Zaridze D, Wünsch-Filho V, Winn DM, et al. (2010). Cessation of alcohol drinking, tobacco smoking and the reversal of head and neck cancer risk. *Int J Epidemiol.* 39(1):182-96.

Mathew AL, Pai KM, Sholapurkar AA, Vengal M. (2008). The prevalence of oral mucosal lesions in patients visiting a dental school in Southern India. *Indian J Dent Res.* 19(2):99-103.

Mathur R, Singhavi HR, Malik A, Nair S, Chaturvedi P. (2019). Role of Poor Oral Hygiene in Causation of Oral Cancer-a Review of Literature. *Indian J Surg Oncol.* 10(1):184-195.

Mazarro Bodega G, Chocarro González L. (2012). Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental. *Gaceta Dental* p. 241.

McGurk M, Chan C, Jones J, Oregan E, Sherriff M. (2005). Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 43:281–284

Ministerio de salud. Prevalencia de consumo de alcohol en Chile. 2017. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/12/2019.12.27_Prevalencia-de-trastornos-por-consumo-de-alcohol.pdf

Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Informe-ENS-2016-17-Consumo-de-Tabaco https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Salud Bucal [Internet]. Santiago de Chile. Disponible en: <https://goo.gl/oe2iVt>

MINSAL. 2019a. Problemas de Salud - AUGE 85 - Ministerio de Salud. N°5 Cáncer de mama en personas de 15 años y más. <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/8>.

MINSAL. 2019b. Problemas de Salud - AUGE 85 - Ministerio de Salud. N°81 Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más. <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/81>.

MINSAL. 2019c. Subsecretaría de Salud Pública lanza nueva presentación de advertencias en las cajetillas de cigarro. <https://www.minsal.cl/subsecretaria-de-salud-publica-lanza-nueva-presentacion-de-advertencias-en-las-cajetillas-de-cigarro/>.

Momares B, Contreras G, Martínez B, Ávalos N, Carmona L. (2014) Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: Análisis de 161 pacientes. Rev Chil Cir. 66(6): 568-576.

Monsalves MJ, Raposo A, Aravena P, Sanhueza A. (2010). Frecuencia de autoexamen y nivel de conocimiento de los pacientes en relación a las lesiones de la mucosa oral en Temuco, Chile. Int J Odontostomatol. 4(1):13–18.

Monteiro LS, Salazar F, Pacheco J, Warnakulasuriya S. (2012). Oral cancer awareness and knowledge in the city of valongo, portugal. Int J Dent. 2012:376838

Monteiro LS, Warnakulasuriya S, Cadilhe S, Sousa D, Trancoso PF, Antunes L, Salazar F, Pacheco JJ. (2016). Oral cancer awareness and knowledge among residents in the Oporto city, Portugal. J Investig Clin Dent. 7(3):294–303.

Neville B, Damm D, Allen C, Chi A (2016). Oral and Maxillofacial Pathology. 4ed ed St Louis: Saunders.

Pakfetrat A, Falaki F, Esmaily HO, Shabestari S. (2010). Oral cancer knowledge among patients referred to Mashhad Dental School, Iran. Arch Iran Med. 13(6):543-8

Pennacchiotti G, Sáez R, Martínez MJ, Cárcamo M, Montes R. (2016). Prevalencia del virus Papiloma Humano en pacientes con diagnóstico de Carcinoma Escamoso de la cavidad oral. Rev Chil Cir. 68(2):137-142.

Saleh A, Yang YH, Wan Abd Ghani WM, Abdullah N, Doss JG, Navonil R, Abdul Rahman ZA, Ismail SM, Talib NA, Zain RB, Cheong SC. (2012). Promoting oral cancer awareness and early detection using a mass media approach. Asian Pac J Cancer Prev. 13(4):1217-24.

Sousa do Prado N, Bonan R, Leonel A, Castro u, Carvalho E, Silveira F et al. (2020). Awareness on oral cancer among patients attending dental school clinics in Brazil. Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal. 1:25 (1):e89-95.

Ramirez V, Vásquez-Rozas P, Ramírez-Eyraud P. (2015). Mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile, años 2002-2010. Rev Clin Periodoncia Implant Rehabilit Oral. 8(2):133–138.

Reibel J. (2003). Prognosis of Oral Pre-malignant Lesions: Significance of Clinical, Histopathological, and Molecular Biological Characteristics. Critical Reviews in Oral Biology & Medicine. 14(1):47-62

Reyes M, Rojas-Alcayaga G, Pennacchiotti G, Carrillo D, Muñoz JP, Peña N, Montes R, Lobos N, Aguayo F. (2015). Human papillomavirus infection in oral squamous cell carcinomas from Chilean patients. Exp Mol Pathol. 99(1):95-9.

Riera SP, Martínez RB. (2005). Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. Rev Med Chil. 133(5):555–563.

Rivera C. (2015). Essentials of oral cancer. *Int J Clin Exp Pathol.* 8(9):11884–94.

Robledo G. (2008). Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Claves Odontol.* 15(61):23–30.

Rodríguez Salvá A, Alfonso Sagué K, Bonet Gorbea M. (2008). Prácticas de salud bucal y características sociodemográficas. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 46(3).

Rodriguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, Franceschi S, Levi F, Talamini R, La Vecchia C. (2004). Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol.* 40(2):207-13.

Saini R, Ghani Z, Rahman N. (2006). The awareness of oral cancer in adult patients attending School of Dental Sciences, Universiti Sains Malaysia: a preliminary study. *Singapore Dent J.* 28(1):34–9.

Sano D, Myers JN. (2007). Metastasis of squamous cell carcinoma of the oral tongue. *Cancer Metastasis Rev.* 26(3-4):645-62.

Scully C, Sudbø J, Speight PM. (2003). Progress in determining the malignant potential of oral lesions. *J Oral Pathol Med.* 32(5):251-6.

Scully C, Bagan J. (2009). Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Dis.* 15(6):388-99.

Senda-Minsal. (2016). El consumo de alcohol en Chile: Situación epidemiológica. *Gob Chile.* 10–1.

Sham AS, Cheung LK, Jin LJ, Corbet EF. (2003). The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Med J.* 9(4):271-7

Shrestha A, Rimal J.(2018). Effectiveness of a Mass Media Campaign on Oral Carcinogens and Their Effects on the Oral Cavity. *Asian Pac J Cancer Prev.* 27;19(3):819-823.

St Guily JL, Jacquard AC, Prétet JL, Haesebaert J, Beby-Defaux A, Clavel C, Agius G, Birembaut P, Okaïs C, Léocmach Y, Soubeyrand B, Pradat P, Riethmuller D, Mougín C, Denis F. (2011). Human papillomavirus genotype distribution in oropharynx and oral cavity cancer in France--The EDiTH VI study. *J Clin Virol.* 51(2):100-4.

Stillfried A, Rocha A, Colella G, Escobar E. (2016). Cáncer oral y dentistas: conocimientos, actitudes y prácticas en Chile. *Int J Odontostomatol.* 10(3):521– 529.

Tumban E. (2019). A Current Update on Human Papillomavirus-Associated Head and Neck Cancers. *Viruses.* 11(10):922.

Vega M J, Bedregal G P, Jadue H L, Delgado B I. (2021). Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile.

Warnakulasuriya KA, Harris CK, Scarrott DM, Watt R, Gelbier S, Peters TJ, Johnson NW. (1999). An alarming lack of public awareness towards oral cancer. *Br Dent J.* 187(6):319-22.

Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals Peidró E, Preshaw PM, Walter C, Wennström JL, Bergström J. (2010). Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J.* 60(1):7-30.

Warnakulasuriya S, Johnson NW, van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. (2007). *J Oral Pathol Med.* 36(10):575-80.

Warnakulasuriya S. (2018). Clinical features and presentation of oral potentially malignant disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 125(6):582-590.

Warnakulasuriya S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 45(4-5):309-16.

Webster JD, Batstone M, Farah CS. (2019). Missed opportunities for oral cancer screening in Australia. *J Oral Pathol Med.* 48(7):595-603.

West R, Alkhatib MN, McNeill A, Bedi R. (2006). Awareness of mouth cancer in Great Britain. *Br Dent J.* 200(3):167–169.

Wight AJ, Ogden GR. (1998). Possible mechanisms by which alcohol may influence the development of oral cancer--a review. *Oral Oncol.* 34(6):441-7.

Yang S-W, Lee Y-S, Chang L-C, Hwang C-C, Luo C-M, Chen T-A. (2015). Clinical characteristics of narrow-band imaging of oral erythroplakia and its correlation with pathology. *BMC Cancer.* 15(1):406.

Yardimci G, Kutlubay Z, Engin B, Tuzun Y. (2014). Precancerous lesions of oral mucosa. *World J Clin Cases.* 16;2(12):866-72.

Zachar J, Huang B, Yates E. (2020). Awareness and knowledge of oral cancer amongst adult dental patients attending regional university clinics in New South Wales, Australia: a questionnaire-based study. *Int Dent J.* 70(2):93-99.

Zhang Y, He J, He B, Huang R, Li M. (2019). Effect of tobacco on periodontal disease and oral cancer. *Tob Induc Dis.* 17:40.

11. ANEXOS.

ANEXO 1. CARTA ACEPTACIÓN DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD DE CHILE



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Santiago, 28 de enero de 2019

Mat.: Evaluación PRI-ODO.

Doctora
Iris Espinoza S.
Investigador Responsable Propuesta PRI-ODO
Departamento de Patología y Medicina Oral
PRESENTE

Estimada Dra. Espinoza:

Junto a un cordial saludo informo a usted que su Propuesta PRI-ODO titulada: "Conocimiento de Cáncer Oral y Factores de Riesgo en Pacientes Atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile", se encuentra Aprobada.

Esperamos que nos haga llegar el Certificado del Comité de Ética de la Facultad para asignar Código DIFO y pueda comenzar a desarrollar su Propuesta.

Desearándole todos los éxitos para la ejecución del proyecto, le saluda atentamente,


DRA. SIMONE FALEIROS CHIOCA
Directora de Investigación
Facultad de Odontología
Universidad de Chile



DIFOCOM

DIFO: investigacion@odontologia.uchile.cl - Teléfono: 229781845

Sección de Patología Oral y Maxilofacial de Santiago, Chile - www.odontologia.uchile.cl - Teléfono Fax: 229781845 - Correo: difoc@odontologia.uchile.cl



CARTA – CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE PROYECTO PRI-ODO

Santiago, 9 de septiembre de 2019

Mat.: Asigna Código DIFO: 19/004

Dra. Iris Espinoza Santander
Investigador Responsable Propuesta PRI-ODO
Departamento de Patología y Medicina Oral
Facultad de Odontología
PRESENTE

Estimada Dra. Espinoza:

Informo a usted que con fecha de Registro de Inscripción 9 de septiembre de 2019, el Proyecto de Investigación PRI-ODO titulado: “*Conocimiento de Cáncer Oral y Factores de Riesgo en Pacientes Atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile*”, ha sido asignado con el siguiente Código de Inscripción en la Dirección de Investigación:

PRI-ODO 2019 PRI-ODO CÓDIGO DIFO: 19/004


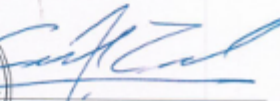
Este Proyecto cuenta con:

1. Carta Director de Departamento – IR.	SI	NO	N/A
2. Certificado de Aprobación del Comité de Ética de la Facultad.	SI	NO	N/A
3. Certificado de Aprobación del Comité de Bioseguridad.	SI	NO	N/A

A partir de la Fecha de Registro del Proyecto, usted debe considerar el período de duración de 2 años, por lo tanto:


Fecha de Entrega Informe Final: 9 de septiembre de 2021.

Deseándole el mayor de los éxitos, se despide cordialmente,



DR. ALFREDO MOLINA BERRÍOS
DIRECTOR (S) INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

AMB/vm

ANEXO 2A. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA (UNIVERSIDAD DE CHILE)

	<p>Dirección Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte</p> <p>CARTA AE N°017/2019 Dr. JJS/lcc</p>
---	---

Santiago, mayo 24 de 2019

Dra. Iris Espinoza Santander
Prof. Asociada
Departamento de Patología y Medicina Oral
Facultad de Odontología
Universidad de Chile
Presente

Ref.: Proyecto de Investigación: "Conocimiento de cáncer oral y factores de riesgo en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile".

Estimada Dra. Espinoza:

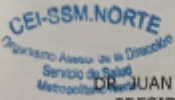
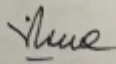
Acuso recibo de su carta de fecha 04 de abril de 2019 por la cual solicita a este Comité la evaluación del proyecto de investigación de la referencia.

No habiendo objeciones, se da Aprobación Ejecutiva al proyecto antes mencionado.

Esta aprobación quedará registrada en el Acta de la próxima sesión ordinaria de este Comité.

Sírvase recibir adjunto documento de Consentimiento Informado, Listado de Integrantes del CEI-SSMN y Buenas Prácticas Clínicas timbrados, fechados y firmados por el suscrito.

La saluda atentamente,



DR. JUAN JORGE SILVA SOLÍS
PRESIDENTE - CEI-SSMN

Calle San José, 1063,
Independencia, Santiago, Chile
lorema.carrasco@redsalud.gov.cl
Fono (56-2) 2575 8506
www.ssmn.cl

ANEXO 2B. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA (UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO)

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación

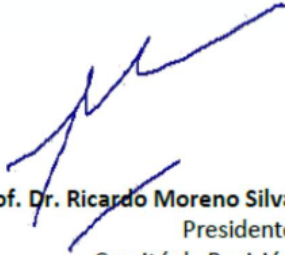
Valparaíso, 13 de marzo de 2019

Sr.
Prof. Dra. Karina Cordero Torres
Presente

De nuestra consideración:

Se realizó la evaluación de su Proyecto de Investigación titulado “Percepción sobre Cáncer Oral y Factores de Riesgo en Pacientes Adultos Atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso durante el Año 2019”, bajo el código PREG-05-18, no encontrándose reparos desde el punto de vista metodológico ni bioético. En consecuencia, puede iniciar la ejecución de su proyecto.

Atentamente,



Prof. Dr. Ricardo Moreno Silva
Presidente
Comité de Revisión
Proyectos de Investigación
Facultad de Odontología

ANEXO 3A. CARTA ACEPTACIÓN DIRECCIÓN CLÍNICA COUCH



SANTIAGO, marzo 20 de 2019

Señora Prof.
Dra. Iris Espinoza Santander
Departamento Patología Oral
Facultad Odontología Universidad de Chile
Presente

Estimada Dra. Espinoza:

Junto con saludarle le informo que estoy en conocimiento de su Proyecto PRI-ODO de Investigación denominado: "Conocimiento de Cáncer Oral y Factores de Riesgo en Pacientes Atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile", por cual le informo que se autoriza su ejecución en las dependencias de la Clínica Odontológica, condicionado a la aprobación por parte del Comité de Ética de la Facultad.

Sin otro particular le saluda cordialmente.

UNIVERSIDAD DE CHILE
DIRECCIÓN CLÍNICA ODONTOLÓGICA

PROF. DRA. ANDREA VÉLIZ RAMÍREZ
Directora
Clínica Odontológica U. de Chile

-archivo.

AV: LA PAZ Nº 750 – FONO 229785011 - SANTIAGO-CHILE
e-mail: afec@clinicaodologica.odontologia.uchile.cl

ANEXO 3B. CARTA ACEPTACIÓN DIRECCIÓN CLÍNICA COUV



Facultad de Odontología
Cátedra de Patología y
Diagnóstico Oral

Valparaíso, 26 de Marzo de 2019.

Dr. Jaime Jamett R.
Director de Servicios clínicos.
Facultad de Odontología
Universidad de Valparaíso
PRESENTE.

Estimado Dr. Jamett:

Junto con saludar, nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para entrevistar pacientes de la Facultad de Odontología UV, como parte de nuestro proyecto de tesis, titulado:

"Percepción sobre Cáncer Oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019".

Este trabajo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Valparaíso, bajo el código Preg0518 cuya docente guía es la Dra. Karina Cordero Torres.

Las entrevistas se realizarán dentro de las dependencias de la facultad, en salas de espera de las clínicas A, B, C y UCEOT, los horarios serán de lunes a viernes dentro de las jornadas AM, PM y/o extensión, durante los meses de Marzo (piloto), Abril, Mayo y Junio del 2019.

Esperamos contar con su aprobación para la ejecución de este trabajo.

Saludan atentamente a usted:

Lionel González.
Javier López.



Subida Carvallo 211, Valparaíso | Fono: +56 (32) 250 8528 |

ANEXO 4. CUESTIONARIO.

Questionario "Conocimientos y percepción del cáncer de boca en pacientes atendidos en la consulta odontológica"

Este cuestionario es una adaptación de "Mouth Cancer Awareness in Dental Patients" que ha sido publicado por Anaghi y cols, en Biomedical Central Oral Health, el año 2012

***Obligatorio**

UTE de origen del paciente *

Adulto I

Adulto II

Adulto IV

Adulto Mayor I

Adulto Mayor II

Adulto Mayor IV

Nombre de encuestado (Solo iniciales) *

Tu respuesta

Edad de encuestado *

Tu respuesta

Teléfono

Tu respuesta

Comuna de residencia actual *

Tu respuesta

País de nacimiento *

Tu respuesta

SIGUIENTE

Para más servicios contacta/lea a través de Formularios de Google

Sección A

Acercas de usted

1. ¿Cuál es su género? *

Masculino

Femenino

Otro:

2. ¿Cuál es su estado civil? *

Soltero(a)

Casado(a)

Conviviente

Divorciado(a)

Viudo(a)

Otro: _____

3. ¿Pertenece a alguno de estos grupos étnicos? *

No

Mapuche

Aymara

Rapa Nui

Otros

4. ¿Cuál es el número de años cursados y aprobados? *

Menos de 8 años (Básica incompleta)

entre 8 y 12 años (Básica completa a Media completa)

Más de 12 años (Educación superior)

5. ¿Usted ha tenido de cáncer en alguna parte de su cuerpo? *

Sí

No

Si marcó Sí, ¿dónde?

Tu respuesta _____

Sección B

Estas preguntas se refieren a su uso de los servicios de salud odontológicos.

1. Antes de la visita de hoy, ¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al dentista? *

- Durante este año
- Hace 1 o 2 años
- Hace más de 2 años

2. Generalmente, usted visita al dentista para: *

- Un chequeo en forma frecuente
- Un chequeo ocasional
- Sólo cuando se presenta algún problema en sus dientes

3. ¿Cuándo fue la última visita a su médico general? *

- Durante este año
- Hace 1 o 2 años
- Hace más de 2 años
- Nunca ha ido al médico general

4. Si usted presentara alguno de los siguientes síntomas, indique a qué profesional de la salud acudiría para buscar ayuda. *

	Médico General	Dentista General	Farmacéutico	Otro	No buscaría ayuda para este síntoma.
A. Una mancha blanca en la boca (en la lengua, esca o interior de la mejilla) que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Masos que han durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Una mancha roja en la boca que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Dolor estomacal que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Una úlcera o herida dolorosa en la boca que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Una mancha amarilla en la boca que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G. Un sangrado o erupción en la cara que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. Un bulto o hinchazón en la boca que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I. Un dolor de garganta que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J. Un dolor de cabeza que ha durado más de tres semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K. Dolor e molestias en la boca que ha durado más de 3 semanas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si marcó "Otro" escribir, junto a la letra de la pregunta, a qué profesional acudiría.

Tu respuesta

5. ¿Ha escuchado que existe un profesional llamado patólogo oral? *

- Sí
- No

Sección C

Estas preguntas se refieren principalmente a crees sobre el cáncer oral

1. ¿Ha oído hablar de los siguientes cánceres? *

	Si	No
Cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Si ha oído hablar de cáncer de boca ¿Dónde obtuvo la información?

- Televisión
- Radio
- Internet
- Dentista
- Estudiante de odontología
- Cajetilla de cigarro
- Afiche
- Otro: _____

3. Respecto al cáncer de boca, ¿cuánto cree que sabe? *

- Mucho
- Algo
- Nada

4. De las siguientes personas, ¿quién cree que está capacitado para revisar la boca en busca de signos de cáncer de la boca? *

- Dentista
- Estudiante de Odontología
- Ambos
- Ninguno
- No sabe / No está seguro
- Otro: _____

5. Durante las citas dentales periódicas, ¿quién ha revisado su boca para detectar signos de cáncer de boca? *

- Dentista
- Estudiante de Odontología
- Ambos
- Ninguno
- No sabe / No está seguro

6. ¿Cuándo le revisaron por última vez la boca para detectar signos de cáncer de boca? *

- Durante este año.
- Hace 1 o 2 años
- Más de 2 años.
- No sabe/ No está seguro
- Nunca han revisado mi boca para detectar signos de cáncer de boca

7. Durante las citas dentales, ¿alguien le ha palpado alguna vez debajo de su mentón (barbilla o "la pera") y alrededor de su cuello? *

- Dentista (ir a pregunta 8)
- Estudiante de Odontología (ir a pregunta 8)
- Ambos (ir a pregunta 8)
- Ninguno(ir a pregunta 9)
- No sabe/ No está seguro (ir a pregunta 9)

8. ¿Alguien le explicó por qué lo estaba palpando en esa zona? *

- Dentista
- Estudiante de Odontología
- Ambos
- Ninguno
- No sabe/ No está seguro

9. ¿Usted desearía que su dentista le informara que ha revisado su boca para detectar signos de cáncer de la boca? *

- Si
- No
- No sabe/ No está seguro

10. ¿Usted desearía que su dentista le ayude a reducir el riesgo de enfermarse de cáncer de la boca? *

- Sí
- No
- No sabe/ No está seguro

11. ¿Usted ha revisado su boca buscando alguna alteración y/o signos de cáncer de boca? *

- Sí
- No

12. Por favor indique en qué medida está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones: *

	De acuerdo	En desacuerdo	No sabe/ No responde
A) Tiene una península de temor que un dentista me revise para detectar cáncer de boca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B) Me preocupé mucho luego de un dentista me revisó para buscar cáncer de boca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C) Si realmente temo cáncer de boca, un dentista podría diagnosticarme oportunamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. ¿Cómo se sentiría usted si sabe que lo están examinando para ver si tiene cáncer de boca? (responda las 2 categorías "Temor" y "Preocupación" a continuación. *

	Muy temeroso/preocupado	Poco temeroso/preocupado	Nada
Temor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Para las siguientes frases, indique si cree que es SÍ o NO respecto al siguiente enunciado: "Las personas tienen más riesgo de enfermarse de cáncer de boca si..." *

	Sí	No
A) Son mayores de 50 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B) Fuman tabaco (Cigarillos, pipetas, puros, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C) Fuman marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D) Tienen el cepado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E) Toman café de gusa/cepado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F) Toman café descafeinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G) Mastican tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H) Beben mucho alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I) Usan prótesis dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J) Comen nueces, avellanas u otros frutos secos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K) Comen en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L) Son varones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M) Son mujeres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N) Perdieron todos sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O) Toman líquidos calientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P) Tienen mala higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q) Se exponen mucho al sol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*¿Ud cree que hay otras causas además de las mencionadas?

Tu respuesta

15. Para las siguientes frases, indique si cree que es SÍ o NO respecto al siguiente enunciado: "Si un dentista le realiza un control para detectar cáncer de boca, usted piensa que..." *

	Sí	No
A) Es indoloro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B) Si usted usa prótesis dentales no es necesario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C) Se realiza utilizando rayos x	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D) Es una forma de descubrir cáncer de boca en estadios tempranos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E) Sólo toma unos minutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F) Es realizado durante la consulta dental de rutina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G) Sólo es necesario para personas mayores de 70 años	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Si ha oído de cáncer de boca, ¿Cuáles cree usted que podrían ser las formas de presentarse? *

	Sí	No
A) Manchas blancas o rojas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B) Heridas que no cicatrizan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C) Aumento de volumen o tumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otro

Tu respuesta _____

17. ¿Cree que el cáncer de boca puede ser mortal? *

- Sí
- No

Las siguientes preguntas son sobre su estilo de vida

1. ¿Con qué frecuencia usted bebe alcohol? *

- Nunca
- Una vez al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántos vasos ud consume normalmente en un día que bebe alcohol? *

- 0
- 1 a 2
- 3 a 4
- 5 a 6
- 7 a 9
- 10 o más

3. ¿Qué tan seguido usted consume 6 o más vasos de alcohol en una ocasión? *

- Nunca
- Menos de 1 vez al mes
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana

4. ¿Actualmente usted fuma tabaco? *

- Sí (continuar con la pregunta 6)
- No, pero fumaba (continuar en la pregunta 6)
- No, nunca ha fumado (continuar en la pregunta 9)

5. ¿Cuántos cigarrillos al día fuma (o fumaba) durante el fin de semana?

Tu respuesta _____

6. ¿Cuántos cigarrillos al día fuma (o fumaba) durante la semana (lunes a viernes)?

Tu respuesta _____

7. Si ha dejado de fumar tabaco ¿Hace cuánto tiempo lo dejó?

- 6 meses a menos de un año atrás
- 1-2 años atrás
- 3-5 años atrás
- 6-10 años atrás
- Más de 10 años atrás

8. ¿Usted consume algún otro tipo de tabaco (por ejemplo, el tabaco de mascar)? *

- Sí
- No

9. Si usted dejó de fumar tabaco, ¿podría contarnos qué lo motivó a dejar de hacerlo?

- Opción personal
- Consejo familiar
- Motivos de salud
- Motivos económicos
- Otro:

10. Las campañas de etiquetado en las cajetillas de cigarro, ¿han influido en que disminuya su consumo?

- Sí
- No

11. ¿Usted fuma marihuana? *

- Sí
- No

Sección E

Las siguientes preguntas son acerca de su trabajo:

1. ¿Ha trabajado alguna vez? *

- Sí (vaya a pregunta 2)
- No

Las preguntas a continuación se refieren a su principal trabajo actual, o (si no está trabajando ahora) a su último trabajo principal. Marcar sólo una casilla para cada pregunta.

2. ¿Cuál es (era) su principal empleo?


Te respuesta _____

3. Marque la casilla que mejor describa el tipo de trabajo que usted realiza. (Si no está trabajando actualmente, marque la que muestre lo que hacía en su último trabajo)

- Ocupaciones profesionales modernas (por ejemplo: profesor - enfermera - fisioterapeuta - trabajador social - funcionario de bienestar - artista - músico - oficial de policía (sargento o mayor rango) - diseñador de software)
- Profesiones de oficina e intermedias (por ejemplo: secretaria - asistente personal - empleado de oficina - oficinista - operador de call center - auxiliar de enfermería - auxiliar de párvulos)
- Directivos o administradores (Generalmente responsable de la planificación, organización y coordinación del trabajo y de las finanzas. Por ejemplo: gerente financiero - director ejecutivo)
- Profesionales u ocupaciones técnicas y artesanales (por ejemplo: mecánico de motor - instalador (de gas, eléctrico, cocina, etc) - inspector - gasfiter - impresor - fabricante de herramientas - electricista - jardinero - chef/cocinero)
- Ocupaciones semi-rutinas manuales y de servicios (por ejemplo: trabajador postal - operador de máquina - guardia de seguridad - cuidador - trabajador agrícola - asistente de abastecimiento - recepcionista - asistente de ventas)
- Ocupaciones de rutinas manuales y servicios (por ejemplo: conductor de camión - conductor de camioneta - limpiador - portero - empaquetador - modista-costurera - mensajero - obrero - garzón/gazcona - personal de bar)
- Gerente intermedio o menor (por ejemplo: gerente de oficina - gerente de ventas - gerente de banco - gerente de restaurante - gerente de almacén - dueño de un pub)
- Profesiones universitarias tradicionales (por ejemplo: contador - abogado - médico - científico - ingeniero civil / mecánico) - otras _____

ANEXO 5A. CONSENTIMIENTO INFORMADO COUCH

Edado 16/05/2019

 UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA Y MEDICINA ORAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este formulario de consentimiento informado se aplicará a voluntarios que participarán del estudio titulado: "Conocimiento de cáncer oral y factores de riesgo en pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile".
En este estudio el **investigador responsable es** Dra. Iris Lucía Espinoza Santander, Académica de la Universidad de Chile.
INSTITUCIÓN PATROCINANTE: Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral, signos y síntomas, y variables asociadas en pacientes adultos que se atienden en la Clínica Odontológica de la Universidad de Chile.

Criterios de inclusión:

- Pacientes, hombres y mujeres, mayores de 18 años que se atiendan en la COUCH.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado
- Pacientes atendidos por alumnos que cursen diferentes Unidades Temáticas del Estudiante (UTEs, desde 3º hasta 5º año, Clínica Odontológica del Adulto y Adulto Mayor)

Criterios de exclusión:

- Paciente que presente falta de interés en participar en el estudio
- Discapacidad auditiva (Paciente que no sea capaz de escuchar las preguntas de la encuesta)
- Alteraciones neurológicas, no compatible con la aplicación de la encuesta
- Pacientes que no manejan el español.

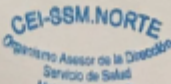
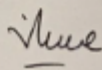
La aplicación de este conocimiento ayudará al dentista a orientar de mejor manera intervenciones de promoción y prevención de cáncer oral en determinados grupos de la población, y así obtener un mejor pronóstico para los pacientes, lo que permitirá mejorar su calidad de vida.

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN PARA VOLUNTARIOS. En este estudio, los voluntarios serán entrevistados para obtener información de datos personales de nombre, edad, comuna de residencia, hábitos, conocimientos y percepciones referentes al cáncer oral y salud de su boca. Todos los datos serán manejados con estricta confidencialidad mediante códigos de anonimización.

VENTAJAS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. Como ventajas de participar en el presente estudio los pacientes recibirán un díptico acerca de autocuidado en salud bucal y en forma voluntaria recibir un examen de su mucosa oral para determinar si presenta alteraciones en estas estructuras.

Esta investigación no contempla riesgos para la salud del encuestado.

Los datos se mantendrán almacenados en hojas de formulario de Google Drive, al cual solo tendrán acceso los investigadores del proyecto.



Los pacientes podrán tener acceso a los resultados de la investigación a través de un correo propio del proyecto, el cual será: ConocimientosCancerSantiago@gmail.com

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1.- Al firmar este documento, voluntariamente consiento para que un(a) estudiante de la carrera de Cirujano Dentista, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, me entreviste sobre datos personales, hábitos, conocimientos y percepciones referentes al cáncer oral y salud de su boca. Este procedimiento durará alrededor de 20 minutos.
- 2.- Comprendo que se me preguntará datos en relación a mi estado de salud general y bucal, hábitos en el transcurso de mi vida, conocimientos y percepciones sobre el cáncer de boca.
- 3.- Declaro que mi participación en este estudio es libre y voluntaria, pudiendo incluso dejar de participar en él cuando lo desee y en ningún caso esta decisión podrá significar menoscabo en mi atención ni menos sanción alguna. Todo esto conforme al artículo 21 de la Ley 20.584, párrafo 7 referente a la protección de la autonomía de las personas que participan en una investigación científica.
4. Sé que la información obtenida de mi persona será tratada de manera absolutamente confidencial, y únicamente utilizada para fines de investigación, sin fines de lucro. Entiendo que mi nombre y mis datos personales no serán jamás identificados públicamente. Consiento el procesamiento de mi información personal para los propósitos que se me han explicado.
- 5.- Por mi condición de voluntario, entiendo que no recibiré ninguna retribución económica directa por el sólo hecho de participar en la entrevista.
- 6.- Si requiero cualquier aclaración o información adicional sobre este estudio y mi participación en él, debo dirigirme a las Dras.: Iris Espinoza Santander y/o Ana Ortega Pinto, Cirujanas-Dentistas; ubicada en Olivos N° 943, Independencia, Santiago, fonos: 29781810. También es posible contactar al Presidente del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), Dr. Juan Jorge Silva Solís, Presidente CEI-SSMN, Calle San José N° 1053, Independencia, Santiago, fono: 225758506.

Nombre del voluntario _____

Firma _____

Nombre de Investigador que toma el CI _____

Firma _____

Nombre del investigador a cargo _____

Firma _____

Dis:.....Mes:.....Año:.....



23 MAY 2019

ANEXO 5B. CONSENTIMIENTO INFORMADO COUV

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE EN TESIS DE INVESTIGACIÓN

Estimado Paciente: este formulario tiene dos partes:

1. La hoja informativa.
2. El Acta de Consentimiento (para registrar su autorización).

Recibirá una copia de este formulario completo.

Parte I: Hoja informativa.

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado "Percepción sobre Cáncer Oral y factores de riesgo en pacientes adultos atendidos en la facultad de odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019", cuyo investigador principal es la Dra. Karina Cordero, docente de la cátedra de la Patología Oral.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación se realizará en la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso durante el año 2019.
2. Problema a investigar: Existen enfermedades de la boca que pueden ser prevenidas identificando sus factores de riesgo, así como signos que pueden ser detectados por el propio paciente y no sólo por el dentista. Esta investigación se centra en el cáncer, enfermedad que ha ido en aumento con el correr de los años y el conocimiento que los pacientes tienen en relación a ésta.
3. Objetivo: Conocer la opinión que usted tiene sobre el cáncer basado en su experiencia. Estos pueden ayudarnos darle herramientas para que usted sepa qué medidas puede tomar y a quién consultar en caso de detectar algún problema.
4. La participación es de carácter voluntaria y consiste en responder una encuesta, de no más de 15 minutos, que le será aplicada por un estudiante de odontología. Esto se realizará en la sala de espera para no comprometer su hora de atención dental.
5. Responder una encuesta no representa ningún riesgo para usted ni a las personas que la aplican.
6. El participante no recibirá dinero por responder esta encuesta, pero si se le entregará un folleto con información sobre el autoexamen de la cavidad oral, lesiones sospechosas y además un kit de higiene oral.

7. El participante tiene derecho a manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento. Si lo desea, puede comunicarse con la Dra. Karina Cordero, docente guía, perteneciente a la Cátedra de Patología Oral de la Universidad de Valparaíso al teléfono 32 250 85 28. Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento si lo considera necesario comunicándose al investigador principal; su retiro no lo perjudicará en la atención odontológica en nuestra Facultad de Odontología, ni se interrumpirá su atención en el sistema de salud al que esté accediendo.
8. Los datos personales serán tratados en forma confidencial y no aparecerán en los informes finales. Se le asignará un código a las respuestas a fin de mantener el anonimato de quien las emite.
9. El registro de datos será reservado y sólo tendrán acceso a ellos los investigadores de este trabajo. La información será resguardada por el investigador principal y almacenada en un portafolios personal.
10. Los resultados finales de la investigación podrán ser divulgados en publicaciones científicas y/o académicas a fin de aumentar el conocimiento y podrían ser utilizados en otras investigaciones con objetivos similares al de este trabajo, siempre preservando la identidad del participante.
11. Evaluación Comité Bioética y contacto: Esta investigación ha sido evaluada y aceptada por el Comité Institucional de Bioética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Valparaíso. Si usted lo requiriera, puede contactar a alguno de sus integrantes con su secretaria administrativa, Srta. Mariana Rodríguez, al teléfono +56 32-2603136, o a través del mail institucional cec.uv@uv.cl
12. En caso de aceptar participar, recibirá un ejemplar de este documento.

Investigador principal

Nombre: Karina Cordero Torres.

Teléfono y/o mail de contacto: karina.cordero@uv.cl

Parte II. Acta de Consentimiento

He leído la información, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha respondido satisfactoriamente. Por lo tanto, de manera voluntaria consiento a participar en esta investigación, respondiendo de manera sincera la encuesta que me será aplicada. Además, autorizo a la utilización de los datos que entrego, excepto mi nombre completo

No autorizo a que se me contacte vía telefónica, carta a mi domicilio o correo electrónico cuando se necesite información para realizar la investigación.

N.º de consentimiento:

Nombre completo del Paciente:

Firma del Paciente:

Fecha: ____/____/____

Día/Mes/Año

ANEXO 6. DÍPTICO ENTREGADO A PACIENTES COUCH






**DETECTE A TIEMPO
EL CÁNCER BUCAL
HACIÉNDOSE EL AUTOEXAMEN**

Si detecta algún cambio de color, aumento de volumen o herida que no desaparece en quince días, consulte a su dentista.

JUNTOS CONTRA EL CÁNCER



**CONSEJOS QUE PUEDEN
AYUDAR A PREVENIR EL
CÁNCER BUCAL**

LLÁME SALUD RESPONDE
600-360-7777
Atención gratuita los días hábiles de 9:00 a 18:00 horas, 24/7 días a la semana.

SIGUE ESTAS MEDIDAS

1 No fume
Esta medida puede prevenir hasta el 40% de todos los cánceres, tanto los lugares con fuerte exposición al cigarrillo, pero es particular para su salud.

2 Limite la ingesta de bebidas azucaradas
Estas son perjudiciales para la salud y predisponen a varios tipos de cáncer.

3 Protección del sol
No se exponga al sol entre las 11 y las 16 horas. Si no puede evitarlo, use gorros, anteojos y protector solar. Recuerde proteger sus ojos, cuello y labios.

4 Come sano
Consuma cinco porciones diarias de frutas y verduras. Además, evite el alcohol y el tabaco cigarrillo o el consumo de cocaína.

5 Realice actividad física
Camine 30 minutos al día o haga deporte para mejorar su energía y fortalecer su sistema inmunológico. Si lo hace al aire libre, use el protector del sol.

6 Lave su boca, lengua y dientes al menos 2 veces al día
Utilice cepillo suave y pasta dental fluorada. Si utiliza prótesis dentales, manténgalas en buen estado.

7 Realice regularmente chequeo a un espejo un autoexamen de rutina
Observe sus labios, lengua, paladar, orofarín, cara interna de la mejilla y piso de boca levantando la lengua.

8 Acuda al control odontológico al menos 1 vez al año
Si observe en su boca un bulto o una herida que no cicatriza en quince días, consulte a su dentista.

AUTOEXAMEN BUCAL



Palpe su cuello buscando bultos anormales.



Inspeccione y táctese los labios, beba carbón de coque, arena o cenizas para sentirlos por lo menos 5 días.



Observe los orofarín, paladar y orofaringe.



Observe los orofarín, paladar y orofaringe.



Saque la lengua y explore el dorso de la boca, buscando aberturas que flamen su apariencia.



Levante su lengua y toque el paladar para observar bajo la lengua y el piso de la boca. Palpe desde arriba hacia abajo.