

**UNIVERSIDAD AUTONOMA “JUAN MISAEL SARACHO”**

**SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA**

**DIRECCIÓN DE POST GRADO**



**TESIS DE GRADO**

**FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER BUCAL EN LOS PACIENTES DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLINICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS GESTION  
2017**

**Por:**

**Lic. MARISABEL QUISBERT PAREDES**

Trabajo presentado a consideración de la universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” como requisito para la obtención del título de **Maestría en Enfermería Médico Quirúrgica.**

**LA PAZ – BOLIVIA  
2019**

**TESIS APROBADO POR:**

---

**MSc. Dra Maria Casal Chall  
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA**

**TRIBUNAL:**

---

**MSc. Lic. Pamela Meneces Quisberth  
PRESIDENTE**

---

**MSc. Lic. Maria Elena Tenorio Capo  
SECRETARIA**

---

**MSc. Lic. Natividad Berma Mamani Calle  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

### **AGRADECIMIENTO:**

Agradezco a DIOS por la oportunidad de vivir, y darme linda familia, agradezco a la Universidad autónoma Juan Misael Saracho postgrado en salud ,que han hecho posible que continuemos nuestros conocimientos día a día para de esta manera poder ofrecer a nuestros usuarios una mejor atención tanto técnica como científica.

### **DEDICATORIA:**

El presente trabajo está dedicado a mi hija Sharol quien es mi bendición mi razón de vida mi alegría y mis fuerzas, mi esposo mi apoyo incondicional que está en cada momento de mi formación profesional.

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>Pág.</b>
1. Problema de investigación.....	1
1.1 planteamiento del problema.....	1
1.2 formulación del problema.....	2
1.3 Objetivos.....	3
1.3.1 objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	3
1.4. Justificación y viabilidad de la investigación.....	4
1.5. Aspectos ético.....	6
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes.....	7
2.2. Marco teórico conceptual.....	13
2.3. Marco legal.....	42
2.4. Marco teórico referencial.....	43
2.5 Alcance de estudio.....	47
2.6. Hipótesis.....	47
<b>3. DISEÑO METODOLOGICO</b>	
3.1 tipo de estudio.....	48
3.2. Unidad de análisis y universo de estudio.....	48
3.3. Calculo del tamaño de la muestra.....	49
3.4. Selección de la muestra.....	49
3.5. Lista de variables.....	50
3.6. Operacionalizacion de variables.....	51
3.7. Recolección de datos y técnicas de instrumentos.....	55
3.8. Plan de análisis estadístico.....	55
<b>4. RESULTADOS</b>	
4.1. Presentación de resultados .....	55
4.2. Análisis y discusión de resultados.....	69
4.3. Conclusiones y recomendaciones.....	71
4.3.1. Conclusiones.....	71
4.3.2. Recomendaciones.....	72
<b>5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	73
<b>6. ANEXOS</b> .....	77

## **GLOSARIO**

### **Afrontamiento:**

Hacer esfuerzo cognoscitivo y conductuales para manejar el estrés psicológico

### **Cáncer:**

Transformación de las células normales en malignas con una proliferación incontrolada. Carcinógenas.

### **Carcinoma:**

Erupción cutánea que cauteriza una enfermedad eruptiva o exantémica es la aparición súbita.

### **Estratificación:**

Procedimiento por el que se divide la muestra en estados de acuerdo con uno o más criterios asignándole a cada uno un número de individuos proporcional a la composición de la población.

### **Insitu:**

Que no ha roto la capa basal y por ello, no se ha extendido. El concepto tiene un interés especial ya que se considera que los cánceres insitu son susceptibles de ser curados con una simple extirpación tumoral.

### **Metástasis:**

Células malignas tienen la capacidad de migrar en el organismo ya sea por vía linfática o por vía sanguínea a órganos distantes del tumor primario infiltrando dichos órganos y produciendo nuevos tumores.

**Vivencia:**

Experiencia vivida o que puede vivirse, es así que se considera como la experiencia profunda que vive intensamente y que de alguna manera entra a formar parte de su experiencia.

## **GUIA DE CLAVES DE ANOTACIÓN EN LAS TRANSCRIPCIONES DE LOS APUNTES DE CAMPO**

P C M. Pedro Condori Mamani

Los nombres utilizados de los pacientes entrevistados son seudónimos los mismos que son para cuidar y proteger su identidad.

Sra. J. M. Sr. W. I.

Sra. M. L. Sr. G.M.

Sra. L. P.

Sra. E. Q.

Sra. P. L

Sra. M. C.

Sra. Cr. H.

### **LISTA DE SIGLAS DE ACRONIMOS Y DE ABREVIATURAS**

**INE:** Instituto nacional de Estadística

**H.G. :** Hospital General

**OMS:** Organización Mundial de Salud

**C.A. :** Cáncer.

## **RESUMEN**

La presente investigación es de tipo descriptivo retrospectivo prospectivo analítico la cual consiste en realizar un estudio de los factores de riesgo del cáncer bucal en los pacientes del servicio de oncología clínica del Hospital de Clínicas en la gestión 2017, considerando a los pacientes ambulatorios y los internados, se enmarca en una investigación científica realizada a través de un estudio de tipo descriptivo analítico donde nos ayudara a poder obtener técnicas para la recolección de datos y conocer los factores del cáncer bucal de los pacientes del servicio de oncología clínica, para la recolección de datos se utilizaron técnicas de instrumentos como la observación directa, entrevista y encuesta revisión de historias clínicas, el factor económico, indispensable que por falta de este factor no llegan a tener una atención oportuna y buena alimentación es el factor que predispone diferentes tipos de problemas de salud. La investigación está enfocada en la modalidad de una investigación descriptiva analítica, según los objetivos propuestos ya que se logra identificar los factores de riesgo del cáncer bucal en los pacientes del servicio de oncología clínica del Hospital de Clínicas de la gestión 2017, en los resultados obtenidos se pudo llegar a la conclusión que al igual que otros países del mundo entero las causas o los factores de esta enfermedad cáncer bucal son las mismas que condicionan que condicionaran y condicionaron esta enfermedad el alcoholismo, tabaquismo, alimentación, trabajo en área abierta. Se pidió campañas gratuitas para diagnosticar lesiones a nivel bucal que puedan llevar a un C.A. como propuesta fue Educar a los pacientes de oncología clínica y familiares sobre la alimentación, la importancia del cuidado de la salud y el peligro del alcoholismo.

### **Palabras claves:**

**Cáncer bucal, factores, vivencias.**

## INTRODUCCION

Se conoce como oncología a la especialidad médica que se especializa en el análisis y el tratamiento de tumores tanto benignos como malignos.

El concepto posee su origen en la lengua griega y está compuesta por los vocablos, ONKOS traducido como “masa” o tumor” y LOGOS “estudio”.

En Bolivia cada año aparecen 4.000 casos nuevos de cáncer. Eso quiere decir que cada día se diagnostica a 11 personas con esta dolencia. Además, del total de los pacientes, unas 2.500 son mujeres, un 62% declaró el Servicio Departamental de Salud (SEDES). Además, alertó que la mortandad por esta dolencia llega al 24%. Es decir que de cada 100 personas diagnosticadas con cáncer, 24 fallecen lamentablemente.

Durante las últimas décadas, la tendencia de la incidencia de cáncer oral reportado se ha reducido o estabilizado en países como Canadá, Australia, Holanda, Bulgaria, Eslovenia, Ucrania, Eslovaquia, Croacia, Alemania y Francia, mientras que países como Finlandia, Irlanda, Islandia y algunos de Asia (India, Sri Lanka, Pakistán y Corea del Sur) reportan una tendencia en aumento 3,5-10. La mayoría de los países de América Latina han reportado tasas intermedias de cáncer oral y orofaríngeo en comparación con otras zonas del mundo; sin embargo, existe una gran heterogeneidad en este patrón y una amplia variación en las tasas de incidencia entre hombres y mujeres.

La intención investigativa nace por que las neoplasias bucales están proliferando en nuestro medio cada vez en mayor número de pacientes. Se deja constancia que la presente investigación no tiene ningún propósito relacional, sino un objetivo legítimamente descriptivo.

El objetivo general es identificar los factores de riesgo del cáncer bucal en los pacientes del servicio de oncología clínica del Hospital de Clínicas de la gestión 2017. De forma general se plantea que en el origen de esta enfermedad la cual

participa varios factores que influyen en el cáncer bucal, no solo este cáncer sino muchos a nivel pulmón, laringe, faringe y otras.

Por lo mencionado a esta realidad la presente investigación busca identificar los factores de riesgo de la enfermedad y al mismo tiempo describir cuales son las causas que con llevan. El estudio se realizará en un hospital de tercer nivel de atención, Hospital de Clínicas servicio oncología clínica en la gestión de 2017.

Se realizará un estudio observacional descriptivo analítico donde la unidad de recolección de instrumentos será los pacientes internados y ambulatorios que ingresan al servicio de oncología clínica para la internación como para tratamiento de quimioterapia y para consulta médica, que se realiza cada mañana y tarde de lunes a jueves, la obtención de información será a través de la encuesta, así podemos identificar el factor que conlleva a esta enfermedad que afecta a hombres y mujeres de diferentes edades, clase social.

## **1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.**

Durante la práctica clínica diaria, muchos son los casos de pacientes que presentan lesiones de la cavidad bucal y región maxilofacial que al análisis clínico y por imágenes no completan el diagnóstico ya sea por falta de investigación en la parte clínica o simple ingenuidad de las mismas lo que ha originado hacer un estudio que esforzadamente reporte las capacidades y/o habilidades teóricas así como clínicas sobre la posibilidad de tener que diagnosticar detalladamente alguna lesión cancerosa que permitan formular diagnósticos precoces así como la oportuna derivación donde el médico especialista para la pronta realización del tratamiento adecuados para cada paciente. Esta intención investigativa nace por que las neoplasias bucales están proliferando en nuestro medio cada vez en mayor número de pacientes. Se deja constancia que la presente investigación no tiene ningún propósito relacional, sino un objetivo legítimamente descriptivo.

El problema que se quiere investigar son los factores de riesgo del cáncer bucal en el servicio de oncología clínica del hospital de clínica en la gestión 2017 es un tema muy importante para conocer y de alguna manera contribuir en la prevención, ya sea en los pacientes familia o amigos.

### **1.1. planteamiento del problema**

El objetivo general es identificar los factores de riesgo del cáncer bucal en los pacientes del servicio de oncología clínica del hospital de clínicas en la gestión 2017.

Durante muchos años los investigadores han estudiado los factores de riesgos en la aparición del cáncer bucal y muchos han sido los elementos precisados,

aunque todavía persistan incógnitas que solo serán descifradas con el desarrollo de las ciencias médicas. De forma general se plantea que en el origen de esta enfermedad participan varios factores de forma simultánea. Dentro de los objetivos principales formas de presentación de la enfermedad, las características más notables, localización, opciones de tratamiento, etc.... Para lo cual se debe hacer una búsqueda retrospectiva de los diagnósticos de dicha patología. La principal limitación de este tipo de estudios es la obtención de información directamente relacionada en lo ocurrido con la enfermedad, pero llegaremos a una buena investigación con ayuda historiales médicos e información detallada del tema como variables.

Por lo mencionado a esta realidad la presente investigación busca identificar los factores de riesgo de la enfermedad y al mismo tiempo describir cuales son las causas que con llevan.

El estudio se realizará en un hospital de tercer nivel de atención, Hospital de Clínicas servicio oncología clínica en la gestión 2017.

Se realizará un estudio observacional descriptivo analítico donde la unidad de recolección de instrumentos será los pacientes internados y ambulatorios que ingresan al servicio de oncología clínica para la internación como para tratamiento de quimioterapia y para consulta médica, que se realiza cada mañana y tarde de lunes a jueves, la obtención de información será a través de la encuesta, así podemos identificar el factor que conlleva a esta enfermedad que afecta a hombres y mujeres de diferentes edades, clase social.

## **1.2. Formulación del problema.**

¿Cuál será el factor de riesgo del cáncer bucal en los pacientes del servicio de oncología clínica en el hospital de clínicas en la gestión 2017.

### **1.3 OBJETIVOS.**

#### **1.3.1 objetivo general.**

- Identificar los Factores de riesgo del Cáncer de Bucal en los pacientes del Servicio de Oncología Clínica en el Hospital de Clínicas en la gestión 2017

#### **1.3.2. Objetivo Especifico**

1. Conocer cada uno de los factores de riesgo en los pacientes con cáncer bucal internados, los de consultorio externo del servicio de oncología clínica.
2. Identificar lugar de residencia de los pacientes con cáncer bucal según edad y sexo.
3. Identificar el estado de instrucción y hábitos de ingerir sustancias dañinas para la salud.
4. Relacionar los factores de riesgo con el cáncer de bucal a nivel mundial.
5. Educar a los pacientes de oncología clínica y familiares sobre la alimentación, la importancia del cuidado de la salud y el peligro del alcoholismo.

#### **1.4 justificación y viabilidad de la investigación.**

El hombre en el medio ambiente que le rodea está expuesto, a una variedad de agentes capaces de producir una serie de patologías o accidentes. Podemos mencionar que no están salvos de rayos solares, mala higiene en los alimentos entre otros también Inmerso en ese macro ambiente se encuentra el ambiente laboral con características propias de acuerdo a la actividad económica de la institución y a las tareas que realice el individuo dentro de la misma.

Los establecimientos hospitalarios están enmarcados en la actividad económica de los servicios, y en él se pueden encontrar una variedad de riesgos laborales, entre los que destacan los biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, los que pueden generar enfermedad y muerte en sus trabajadores. (Stellman 1976 manifiesta Si alguna vez se ha preguntado cómo se puede trabajar con pacientes y conservar la salud, la respuesta es que no se puede). Aunque esta respuesta no ha variado, los riesgos potenciales han evolucionado ostensiblemente, desde las enfermedades infecciosas, hasta una extensa serie de exposiciones a factores ambientales, físicos y psicosociales potencialmente tóxicos. La actividad de la enfermera sigue estando escasamente vigilada y escasamente regulada.

El trabajo de los servicios de oncología se caracteriza por tener un objeto de trabajo muy peculiar, un sujeto (el paciente). Si bien es cierto que este tipo de trabajo permite, con frecuencia, desarrollar las capacidades mentales y físicas, también es cierto que la actividad profesional de enfermería que efectúan, contiene elementos que en el momento de interactuar, pueden ser potencialmente nocivos o generadores de enfermedad para el conjunto y para cada una de ellas/os. Por lo que es necesario que en el Hospital de Clínicas, se identifiquen estos riesgos específicamente en el área de oncología, donde se cuenta con personal altamente eficiente, como el profesional de enfermería;

con procedimientos adecuados para desarrollar las tareas propias del desempeño de su profesión, pero que no obstante, tolera factores de riesgo muy específicos que exigen medidas de prevención.

Aspecto fundamental es también la formación de los trabajadores dirigido al conocimiento tanto del alcance real de los riesgos derivados del trabajo como de la forma de prevenirlos y evitarlos. La presente investigación busca aportar al proceso de identificación de factores de riesgo del cáncer de boca en el servicio de onco – clínica en el Hospital de Clínicas y sobre su existencia y forma de minimizarlos y/o eliminarlos para disminuir a través de estrategias como: implementación de elementos o de utilización y poner en práctica, la buena higiene oral Y al mismo tiempo tener una buena alimentación sana y saludable.

El mismo, promover el mejoramiento, lo que permitirá incidir en el cuidado de la salud del trabajador de enfermería, satisfacción con el trabajo y mejoramiento de la prestación del servicio. La utilidad práctica del presente estudio es promover el cuidado de la salud de los pacientes de servicio de oncología clínica, de prevención que respalden el bienestar físico, mental y social del paciente, lo que además contribuirá al desarrollo y el buen estado de salud.

El presente trabajo se realiza para conocer el alto grado de índice de esta enfermedad, ya que esta enfermedad no distingue Raza, Edad, Sexo, Condición social detectar y disminuir o eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal como fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros. Prevención y Diagnóstico del Cáncer Bucal.

Enseñar a la población el método del autoexamen de la boca como medida, para detectar tempranamente las lesiones pre neoplásicas y malignas bucales.

La importancia de este estudio se puede visualizar no solo en el servicio del Hospital en el que se realizara el estudio sino que para otras instituciones que lo pueden tomar como punto de referencia y podrá servir de apoyo para otras investigaciones.

### **1.5. Aspecto ético**

La factibilidad de este estudio está determinada por el apoyo que brindan las autoridades de la institución al permitir el acceso a encuestas y a poder tener acceso a historias clínicas y a la fuente primaria en este caso los pacientes ambulatorios como internados.

## **2. MARCO TEORICO.**

### **2.1 antecedentes.**

La importancia de reportar precisamente estos tipos de cánceres orales y oro faríngeo está respaldada por la evidencia, que revela una diferencia significativa en su etiología, patogénesis, tratamiento recomendado y pronóstico. Durante las últimas décadas, la tendencia de la incidencia de cáncer oral reportado se ha reducido o estabilizado en países como Canadá, Australia, Holanda, Bulgaria, Eslovenia, Ucrania, Eslovaquia, Croacia, Alemania y Francia, mientras que países como Finlandia, Irlanda, Islandia y algunos de Asia (India, Sri Lanka, Pakistán y Corea del Sur) reportan una tendencia en aumento 3,5-10. La mayoría de los países de América Latina han reportado tasas intermedias de cáncer oral y orofaríngeo en comparación con otras zonas del mundo; sin embargo, existe una gran heterogeneidad en este patrón y una amplia variación en las tasas de incidencia entre hombres y mujeres. (M., 1995)<sup>1</sup>

El tabaquismo es el factor de riesgo evitable que por sí solo provoca más muertes por cáncer en todo el mundo, ya que provoca aproximadamente el 22% de las muertes anuales por esa causa. En 2004 se atribuyeron al tabaquismo 1,6 millones de los 7,4 millones de muertes por cáncer.

El humo de tabaco provoca muchos tipos de cáncer, como los de pulmón, esófago, laringe (cuerdas vocales), boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero. Alrededor del 70% de la carga de cáncer de pulmón puede achacarse al tabaquismo como única causa. Se ha demostrado que el humo ajeno, también llamado humo ambiental, causa cáncer de pulmón en adultos no fumadores. El tabaco sin humo (en forma de productos de tabaco orales, tabaco de mascar o en polvo) provoca cáncer de boca, esófago y páncreas. (O. M. SALUD 2016) <sup>2</sup>

La Red Europea de Registros de Cáncer (EUREG) y para el Cáncer Incidence Continents (CI5), la lengua incluye la base de la lengua (que es parte de la orofaringe) y otras partes no especificadas de la lengua, lo cual se refiere a los dos tercios anteriores de la lengua (que es parte de la cavidad oral. La importancia de reportar precisamente estos tipos de cánceres orales y orofaríngeos está respaldada por la evidencia, que revela una diferencia significativa en su etiología, patogénesis, tratamiento recomendado y pronóstico. La mayor parte de los datos de incidencia de cáncer disponibles en América Latina se limita a las áreas metropolitanas; solamente Puerto Rico y Costa Rica cuentan con registros de cáncer que cubren la totalidad de habitantes de sus países. (M., 1995) 1

El cáncer oral más común es el carcinoma espinocelular (90%), otros tipos corresponden a melanoma, linfoma, sarcomas, carcinomas de glándulas salivales menores y metástasis. El cáncer oral es entre dos a cuatro veces más frecuente en hombres en la mayoría de los grupos étnicos, excepto en Filipinas, donde los porcentajes son similares. La razón para estas diferencias no están claramente establecidas, se piensa que la exposición a factores de riesgo. (masson 1995) 1

El cáncer faríngeo es poco común en muchos países, cáncer nasofaríngeo y de faringe inferior presentan alta incidencia en China y en el sur de Asia, tasa de 10,8 por cada 100.000 habitantes. El principal factor de riesgo que se ha identificado, está relacionado con la dieta en los asiáticos (pescado salado), y se cree que el virus Epstein-Barr también tendría un rol importante, pero aún se está estudiando. (O. M. SALUD 12 ENERO 2004) 3

Más de 500.000 nuevos casos de carcinoma de cabeza y cuello de células escamosas se reportan cada año a nivel mundial. (M. 1995)1

Epidemiología del cáncer oral en América Latina, Los autores revisan los datos epidemiológicos disponibles sobre el cáncer oral en América Latina, indican que existe un aumento de su prevalencia y tasas de mortalidad y plantean la necesidad urgente de crear un sistema centralizado de vigilancia del cáncer oral a nivel nacional, usando criterios epidemiológicos que sean consistentes en toda Latinoamérica para recopilar información precisa sobre esta enfermedad. ([www.dentaltribune.com](http://www.dentaltribune.com) s.f.)<sup>4</sup>

La prevalencia de consumo de tabaco varía en los países de América Latina, como lo demuestran las encuestas realizadas en sujetos masculinos que van desde 24,1% en Paraguay a 66,3% en República Dominicana, mientras que en mujeres van desde 5,5% en Paraguay a 26,6% en Uruguay. Brasil tiene el mayor consumo per cápita de tabaco en forma de cigarrillos, con un estimado de 39,9% y 25,4% respectivamente, en hombres y mujeres adultos de 15 a 59 años de edad. (M. 1995) <sup>1</sup>

En Brasil, hay al menos 16 registros de cáncer en todo el país. El cáncer oral es el séptimo cáncer más común en Brasil, según el informe Incidencia de Cáncer en Brasil del año 2008, emitido por el Ministerio de Salud de Brasil. Hay dos patrones claros sobre la aparición de cáncer oral y orofaríngeo, y las regiones del sur tienen una tasa de incidencia de cáncer oral más alta que las regiones del norte, y tendencia similar en tasas de mortalidad. (M. 1995) <sup>1</sup>

Un estudio uruguayo indica que existe un mayor riesgo de cáncer oral en quienes usan cigarrillos enrollados a manos en comparación con aquellos que utilizan cigarrillos comerciales. (M. 1995) <sup>1</sup>

En Cuba, en el año 2013, la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en ambos sexos fue de 6,5 por 100 000 habitantes, donde ocupó el quinto lugar dentro de las diez primeras localizaciones. Esas cifras se elevan con el envejecimiento. En 2013 murieron 723 cubanos por este tipo de cáncer los factores de riesgo también son relevantes en la carcinogénesis algunos

factores como las radiaciones, las infecciones, la dieta, la irritación crónica, la exposición excesiva a la luz solar y los estados de inmunodepresión, aunque sus dos factores de riesgo más importantes son el hábito de fumar y el consumo de alcohol. Con frecuencia estos factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer, si bien en algunos casos, los factores genéticos o ambientales pueden jugar algún papel en grado variable no se conocen todos los factores de riesgo y no siempre las asociaciones son de causa efecto. (ESTOMATOLOGIA, 2016) 5

En la población adulta del municipio de san salvador ecuador estudiaron los conocimientos sobre factores de riesgo asociados al cáncer bucal El cáncer es una de las principales amenazas a la salud pública en todos los países, sin importar su nivel de desarrollo. La prevención se ha vuelto de mayor interés para garantizar un bienestar en la población mundial. La identificación y la detección temprana del cáncer bucal no sólo garantizan un incremento en la tasa de supervivencia, sino también una mejor calidad de vida, por este motivo, la falta de educación preventiva se considera como un factor grave en el tratamiento temprano de la enfermedad. Así pues, el conocimiento sobre los factores de riesgo asociados al cáncer bucal es importante para acciones preventivas orientadas a un diagnóstico temprano a través del examen bucal. La etiología del cáncer bucal está compuesta por múltiples factores: consumo de alcohol, tabaco, exposición a la luz solar y a agentes infecciosos, entre otros. Por lo tanto, se deben diseñar estrategias para medir el grado de conocimiento que posee la población sobre el cáncer bucal. (garcia, 2016)6

Los datos de mortalidad fueron recolectados en el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través de los registros de defunciones, por tipo de certificación y grupo de edad, según lista detallada de causas de muerte y sexo para los años 1982 a 2002, de acuerdo a los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), para los años 1982-1995, CIE-9: 140-208; los años posteriores corresponden a los códigos CIE-10: C00 al C97.

Estos datos fueron ordenados y agrupados en tablas por género y grupos de edades: 0-4, 5-9, 10-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 y más de 75 años. (CHILE s.f.) 7

En Chile, desde 1982 a 2002, el cáncer de lengua (39%) fue el que provocó mayor mortalidad dentro del cáncer oral, le siguieron cáncer de glándulas salivales mayores (30%), cáncer de piso de boca (18%), de labio (9%), y, por último, el que provocó las menores defunciones fue el cáncer de encía (4%). Kischbaum y col (1986) encontraron la mayor prevalencia para cáncer de lengua, en segundo lugar el cáncer bucofaríngeo y en tercer lugar el cáncer de glándulas salivales. El cáncer de borde de lengua es el más frecuentemente diagnosticado en Chile, por lo tanto, el médico y el dentista deben examinar adecuadamente el borde de lengua, en busca de lesiones cancerizables, tales como leucoplasias u otras, o detectar tempranamente la lesión maligna. (organizacion mundial de la salud chile, s.f.) 8

En Bolivia Según la encuesta, para los bolivianos, el cáncer se ve como una enfermedad en que la mayoría de sus pacientes no sobrevive, aunque se reconoce, por aproximadamente un cuarto de la población, avances en la cura y calidad de vida. Para investigación, presentada por la Unifranz en un foro desarrollado en la ciudad de La Paz, se realizó una encuesta de 30 preguntas a una población muestra de 541 personas, aplicada por Opción Consultores. Las consultas se efectuaron en Santa Cruz, La Paz, El Alto y Cochabamba.

El estudio identifica que la percepción de las personas de los tipos de cáncer que son más comunes en Bolivia son el de mama con un 50% y próstata con un 12%. Los encuestados creen que las razones por los que estos tipos de cáncer son los más comunes son porque no hay control ni prevención o poca información (17%); porque son los más escuchados o conocen casos (17%) o por la alimentación (17%). En el país, las mujeres son consideradas la principal población de riesgo para contraer cáncer. En segundo lugar, se menciona que no existe una población específica para contraer cáncer.

A este mal se lo percibe como una enfermedad que en la mayoría de los casos las personas no sobreviven y solamente un cuarto de los encuestados reconoce avances en la cura y calidad de vida de los pacientes, según la investigación. Por otra parte, el estudio establece que la diabetes y el sida son las dos enfermedades consideradas graves y temidas, después del cáncer.

Además de realizar la encuesta de Percepción del Cáncer en Bolivia, Opción Consultores concretó la misma investigación en Paraguay y en Uruguay. Si bien en los tres países el cáncer es la enfermedad más temida, la percepción de avances contra ésta y mejora en la calidad de vida de los pacientes es muy diferente. ([www.lostiempos.com/actualidad/estudiocancer\\_mas\\_temida-bolivia](http://www.lostiempos.com/actualidad/estudiocancer_mas_temida-bolivia), 2018) 9.

## **2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.**

### **CÁNCER EN EL MUNDO**

Se estima que a nivel mundial se diagnostican aproximadamente 12.7 millones de casos nuevos de cáncer en total , cada año, sin que se produzca una mejora sustancial en el control del cáncer, se prevé que para el año 2030, esta cifra anual se elevará a 21.3 millones de casos nuevos .

La Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2005 se produjeron 7.6 millones de defunciones por cáncer y que en los próximos 10 años morirán 84 millones

Científicos estadounidenses señalan que entre 1973 y 2009 hubo un incremento del 60 por ciento en los cánceres de boca y garganta y atribuyen el aumento al virus de papiloma humano (VPH), El incremento, que el estudio califica como alarmante, se registró entre las personas de menos de 45 años de edad, con un aumento del 113 por ciento entre los blancos y una disminución del 52 por ciento entre los negros, en el mismo período. "La incidencia creciente del cáncer en la base de la lengua, las amígdalas, el paladar y la faringe se ha atribuido, por mucho tiempo, a la revolución sexual de las décadas de 1960 y 1970", señaló el autor principal del estudio Farzan Siddiqui, del Departamento de Oncología y Radiación en ese hospital. La Sociedad Estadounidense del Cáncer calcula que este año unas 36.000 personas tendrán un diagnóstico de cáncer en la boca y la garganta, y unas 6.850 morirán por estos tipos de cáncer.

El cáncer de boca y garganta es dos veces más común en los hombres que en las mujeres. Por su parte el Instituto Nacional del Cáncer señala que la exposición al VPH y su infección aumentan el riesgo de cáncer espinocelular en la boca y la garganta independientemente de factores de riesgo como el uso de tabaco y alcohol.

El virus del papiloma humano es uno de los más frecuentes del mundo, alrededor del 80 % de las personas sexualmente activas están infectadas por la transmisión mediante el contacto genital y anal, y se debe utilizar el preservativo durante el sexo oral a pesar de que sólo se recomienda para evitar otras infecciones. La mayoría de las personas que tienen una infección por el VPH no lo saben y ciertos tipos de este virus son la causa principal del cáncer de cervix y útero.

La Organización Mundial de la Salud calcula que más de 650 millones de personas tienen el VPH y que unas 800 mujeres en todo el mundo mueren cada día por esos tipos de cáncer. La mayoría de los casi cien tipos conocidos de VPH no causa síntomas, aunque algunos tipos pueden causar verrugas y una minoría de ellos conduce al cáncer de cuello uterino, vulva, vagina, pene, ano y la cavidad bucal.

Durante ese período de treinta y seis años entre el 50 y el 65 por ciento de los pacientes se sometió a una sección quirúrgica de sus tumores. Los pacientes que tuvieron cirugía y radioterapia mostraron la tasa más alta de supervivencia a los cinco años. En el país, cada día 11 personas son declaradas con cáncer y la mayor parte de ellas son mujeres. Médicos recomiendan mayor prevención para enfrentar este mal.

Mientras en 9 de 22 países de América disminuyen las muertes por cualquier tipo de cáncer, en Bolivia sube la incidencia de tumores cérvico uterinos, de estómago y pulmones, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El informe "Cáncer de las Américas 2013", que fue presentado el 6 de noviembre en Lima, Perú, indica que la tasa de decesos por cáncer bajó entre 2000 y 2010 en 9 de los 22 países de la región: Brasil, Chile, Paraguay, Argentina, Canadá, Estados Unidos, México, Nicaragua y Venezuela. Respecto a Bolivia, el documento especifica que las principales causas de muerte son el cáncer de cuello uterino, estómago y pulmones.

Las mujeres bolivianas, junto a las de Honduras y Nicaragua, tienen como causa principal de muerte el cáncer cérvico uterino (21%). En cuanto al de estómago, la incidencia se da más en los varones (19%). El cáncer de pulmón es el tercera causa de decesos en los varones (9%) y en las mujeres está en cuarto lugar (6%). Bolivia, Chile y Uruguay registran el consumo más alto de tabaco entre adultos y, por ende, de muertes por cáncer de pulmón.

“En vez de disminuir la mortalidad por cualquier tipo de cáncer, en el país estamos aumentando. Según los datos de 2011, el porcentaje de fallecimientos por esta enfermedad era de 69,9% y para 2012 llegó al 79,3%”, informó La Razón, Sandra Villalpando, responsable del Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles (ENT).

En los últimos datos oficiales de 2008, la mortalidad fue de 2.139 en varones y 3.106 en mujeres La OPS indica que no hay cifras actualizadas. Otro cáncer que afecta más a las mujeres de Bolivia y se encuentra en tercer lugar es el de mama, con el 9%.

El alto número de decesos por cáncer de mama y cuello uterino en América Latina y el Caribe es muy inquietante, sobre todo porque el cáncer cérvico uterino es ampliamente prevenible y el de mama se puede detectar tempranamente y tratar de manera exitosa.

Según la OPS, el cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte con 1,3 millones de casos por año en la región; la primera son las enfermedades cardiovasculares con 1,8 millones de muertes.

Los países que tienen las tasas más altas de mortalidad por cáncer en la región son Trinidad y Tobago, Cuba y Argentina. En cambio, los que tienen las más bajas son México, Nicaragua y el Salvador. Las tasas de mortalidad varían entre hombres y mujeres, y entre los países. La mayoría de los decesos por cáncer en los hombres de América Latina y el Caribe son a consecuencia de

la enfermedad de la próstata, seguida de la de pulmón y de estómago. Entre las mujeres, la mortalidad más alta se debe al cáncer de mama, luego al de estómago, pulmón y cuello uterino. “En contraste, en Canadá y Estados Unidos, el cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en ambos sexos”, afirma el informe de la OPS. El documento aclara que las mayores reducciones de mortalidad se dan en el cáncer uterino en 11 países del continente, el de próstata en 7 y el de mama en 3. Villalpando indicó que, si bien en Bolivia aún no existe una disminución de la mortalidad por cáncer, en lo que se avanza es en el incremento de casos detectados cada año, lo que permite iniciar tratamientos de forma temprana. Una de las formas de detección es el examen gratuito del papanicolau, que permite prevenir el cáncer cérvico uterino en las mujeres. En el caso del estómago y pulmón, no hay políticas de salud.

### **El cáncer del cuello uterino y el HPV**

Es el cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede ser detectado con un examen de papanicolaou. La causa del cáncer es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (HPV).

Alrededor de 14 millones de personas se infectan con el virus del papiloma humano (VPH) cada año. El VPH puede causar cánceres de cuello uterino, vulva y vagina en las mujeres y el cáncer de pene en los hombres. Puede también causar cáncer de ano, garganta, y verrugas genitales tanto en los hombres como en las mujeres. Un estudio estimó que en los Estados Unidos, unos 26,000 cánceres por año se atribuyeron al VPH entre el 2004 y el 2008; vea las estimaciones más recientes. Las vacunas contra el VPH se administran en una serie de 3 inyecciones durante un periodo de seis meses. Los CDC recomiendan la vacuna contra el VPH a varones y niñas preadolescentes de

11 o 12 años para que estén protegidos antes de que se expongan al virus. Existen dos vacunas (Cervarix y Gardasil) que protegen a las mujeres contra el cáncer de cuello uterino. Gardasil también protege contra las verrugas genitales y los cánceres de ano, vagina y vulva. Ambas vacunas están disponibles para las mujeres; solo Gardasil está disponible para los hombres.

### **Una bacteria causa la enfermedad del estómago**

El estómago es el órgano principal para la digestión. El factor de riesgo primario para adquirir el cáncer de estómago es la infección con la bacteria *Helicobacter pylori*, también se puede generar por la ingesta de alimentos ahumados, conservados en vinagre, el sobrepeso y otros. Para su detección son necesarios los exámenes médicos.

### **El cáncer de próstata se presenta a edad avanzada**

Se trata de un tipo de cáncer que se forma en los tejidos de la próstata (una glándula del aparato reproductor masculino que se encuentra debajo de la vejiga y adelante del recto). Esta enfermedad se presenta, a nivel mundial y por lo general, en los hombres de edad avanzada.

### **El tabaco es el que causa severo daño a los pulmones**

Es el cáncer que se forma en los tejidos del pulmón, por lo general, en las células que recubren las vías respiratorias. Los dos tipos más importantes de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y de células no pequeñas. La principal causa es el consumo de tabaco, debido a su elevada concentración de carcinógenos. En Bolivia cada año aparecen 4.000 casos nuevos de cáncer. Eso quiere decir que cada día se diagnostica a 11 personas con esta dolencia. Además, número de pacientes, 2.500 son mujeres, que es un 62% declara el servicio de salud SEDES. Además, alertó que la mortandad por esta dolencia llega al 24%.

Es decir que de cada 100 personas diagnosticadas con cáncer, 24 fallecen lamentablemente” La primera causa de muerte para las mujeres es el cáncer de cuello uterino y que existe una incidencia de 36 casos por cada 100 mil mujeres. El año pasado, el Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles, informó que el tipo de cáncer más frecuente en el país sigue siendo el de cuello uterino o cérvico-uterino con una incidencia del 38%, que sigue el cáncer de mama con el 9,4%, también podemos mencionar el cáncer de piel con el 8,8%.

El informe del Gobierno señala que el cáncer de próstata está en cuarto lugar de prevalencia y que le siguen el de estómago, glándula tiroidea, también tenemos la vesícula biliar, pulmón, recto y colon. El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que proliferan sin control y se multiplican de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia a otros tejidos; existen más de 200 tipos diferentes de cáncer. Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino son la actividad sexual a temprana edad, promiscuidad, verrugas genitales, test de Papanicolaou con resultados anormales, con infección con otros virus, entre otros. La leucemia es el cáncer hematológico más frecuente, su incidencia se ha incrementado en diferentes regiones del mundo. Los países en vías de desarrollo están experimentando el fenómeno de la “transición epidemiológica”, donde el cáncer ocupa una de las primeras causas de muerte. Se estudiaron los datos epidemiológicos y resultados de diagnósticos de 983 muestras de pacientes con leucemia procedentes de diferentes Centros de Salud de Bolivia en fechas comprendidas entre enero de 1999 a junio de 2009. Todas las muestras fueron evaluadas con estudio morfológico e inmunofenotípico. En los pacientes con Leucemia Mieloide Crónica y Leucemia Mieloide Aguda - M3 se realizaron estudios biomoleculares. De los 933 pacientes con leucemia, 596 (64%) fueron niños y 337 (36%) adultos. De todos los pacientes 43% fueron mujeres y 57% varones. De acuerdo al diagnóstico la distribución fue la siguiente: Leucemia Linfoblástica Aguda 576 (61.8%), Leucemia Mieloblástica Aguda 217 (23,3%),

Leucemia Linfocítica Crónica 18 (1.9%) y Leucemia Mieloide Crónica 122 (13%). La distribución de leucemias en Bolivia tiene características propias en comparación a otros países, probablemente como expresión de la variedad poblacional multiétnica y pluricultural de Bolivia. Santa Cruz, Cochabamba y La Paz presentan mayores casos de VIH-SIDA

Los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz son los que más casos de VIH-SIDA presentan en el país, por lo que se registró un incremento general en el área troncal, de acuerdo con los reportes de esta enfermedad registrados por el Ministerio de Salud. De acuerdo con los datos del Ministerio de Salud, el eje troncal del país acumula el 90 por ciento del total de casos. El año pasado, en estos tres departamentos se registraron un total de 1.384 casos, pues en el caso de La Paz el año pasado se registró a 256 personas infectadas con esta enfermedad, en tanto que en Cochabamba se produjo 302 casos y en el de Santa Cruz 826.

Según los datos oficiales de esta cartera de Estado, desde 1984 hasta la gestión 2011 se registró un incremento de los casos de VIH-SIDA en Bolivia tanto en hombres como en mujeres. De 7.642 personas con VIH-Sida, 4.848 son hombres; 2.745 mujeres y 49 casos "sin datos".

El Virus de Inmuno-deficiencia Humana VIH, es un virus que ataca el sistema de defensas del cuerpo. Con el tiempo el virus debilita las defensas de la persona contra la enfermedad, dejándolo vulnerable a muchas infecciones y formas de cáncer que no se desarrollarían en personas saludables. Algunas personas con infección al VIH no tienen ningún síntoma, algunos tienen problemas menores de salud y otros tienen el SIDA completamente desarrollado.

### **El cáncer en los niños:**

En Bolivia son tres los tipos de cáncer que más afectan a los niños: leucemia, tumores y retinoblastoma, aunque no se tiene el número total de casos. La especialista indicó que del total de casos reportados, la leucemia, enfermedad que ataca a las células de la sangre, es la que más afecta a los niños; luego se registran los tumores cerebrales; y después, la retinoblastoma, que es el cáncer en el ojo. Cochabamba reporta más casos. Mauri indicó que los otros tipos de cáncer menos frecuentes, pero que tienen presencia en el país, son los hepatoblastomas en el hígado (crecimiento anormal de tejidos en el hígado) y los rabdomiosarcomas en los músculos (que es un tumor que se adhiere al hueso). Bolivia tiene 950 casos registrados de cáncer infantil desde 2004 hasta 2011. El Ministerio de Salud brinda tratamiento gratuito a 130 niños que están en los principales hospitales del eje central. Para tener datos actualizados y definir políticas de salud, en marzo se realizará un censo para saber la cantidad de personas adultas y menores que padecen cáncer, informó la responsable del Programa de Enfermedades No Trasmisibles, Sandra Villalpando.

Desde hace más de diez años, cada 15 de febrero se conmemora el Día Internacional de la Lucha Contra el Cáncer Infantil junto a organizaciones de padres de todo el mundo como un medio de sensibilizar a la sociedad sobre la problemática de este colectivo. Otro de los objetivos es dar a conocer la necesidad de que todos los niños del mundo puedan acceder al diagnóstico y tratamiento adecuado. Cuando el cáncer infantil se diagnostica a tiempo y se trata con los protocolos adecuados, la probabilidad de éxito es del 80%. Un diagnóstico tardío y la falta de tratamiento adecuado y continuado reducen las posibilidades de recuperación, como le sucede a los niños en Latinoamérica, según datos de las organizaciones internacionales que trabajan con el cáncer. En Bolivia los niños enfermos con cáncer tienen más opciones de sobrevivencia comparada con la de adultos, por lo cual es importante que los

infantes tengan un diagnóstico oportuno y accedan al tratamiento adecuado en el tiempo indicado, según establece el Ministerio de Salud. Este sólo aspecto puede reducir la morbilidad, considerando que 7 de cada 10 pacientes con cáncer pueden sobrevivir, así en las leucemias que llegan al 80%, y en otros casos permiten remisiones que van desde el 30% hasta el 90% de los casos, según el tipo de tumor, si se detecta a tiempo. El tratamiento exige grandes exigencias para los niños y sus familias, durante un tiempo más o menos prolongado, debiendo modificar su rutina familiar en función del hospital, de los horarios y de los cuidados que necesita. .

El cáncer infantil o cáncer pediátrico es aquel que afecta a niños y jóvenes cuyas edades estén comprendidas entre los 0 a 14 años de edad. Es importante destacar que cuando el cáncer afecta a un niño o a un joven lo hace en forma distinta a como afecta a los adultos. Muchos de los tipos de cáncer que presentan en el adulto son resultado de la exposición a agentes productores de cáncer como tabaco, dieta, sol, agentes químicos y otros factores que tienen que ver con las condiciones ambientales. En el cáncer infantil, las causas de la mayoría de los tipos de cáncer son aún desconocidas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que cada año se diagnostican aproximadamente 175 mil casos de cáncer en niños, de los cuales mueren cerca de 90 mil. La enfermedad provoca la muerte de 7.6 millones de menores de 15 años, asegura la OMS, y prevé que los casos sigan aumentando hasta superar los 13 millones en 2030. Se calcula que más de 160 mil niños en todo el mundo son diagnosticados de cáncer cada año y esta cifra podría ser considerablemente superior. Los datos sobre la incidencia del cáncer infantil en la mayoría de los países son imprecisos, razón por la cual la OMS está incentivando a que todos los países cuenten con registros de cáncer por población para determinar el número de niños con cáncer.

En los países desarrollados tres de cada cuatro niños sobreviven cinco años después de ser diagnosticados, en países en desarrollo más de la mitad mueren con cáncer.

La detección tardía y el acceso a terapias eficaces contra el cáncer tienen como consecuencia que solo un pequeño porcentaje de pacientes reciba el tratamiento médico necesario para salvar a los niños de cáncer.

Bolivia cuenta con tres centros de salud que prestan servicios de oncología pediátrica. El Ministerio de Salud, implementó el Registro Nacional de Cáncer desde la gestión 2011 como un medio para realizar la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, conociendo su incidencia, prevalencia y en mortalidad.

## **CANCER DE BOCA**

Los más relacionados con el cáncer bucal son demográficos como la edad, el sexo, el color de la piel, además del contexto socioambiental.

La edad avanzada es un marcador importante en el origen de todos los tumores que afectan al hombre, pues con el paso de los años se produce un deterioro de los tejidos y ocurre un efecto acumulativo de los carcinógenos que han estado presentes en la vida del individuo; a esto se le suma la temporalidad o efecto temporal de los factores de riesgo, que es directamente proporcional al aumento de la edad.

El cáncer bucal es más frecuente en las personas mayores de 35 años, aunque se han reportado casos en personas jóvenes donde se supone que la herencia influyó en el padecimiento.

Los epidemiólogos coinciden en que su mayor incidencia es a partir de la sexta década de la vida.

Algunos autores han señalado que el sexo influye en la génesis del cáncer bucal, pero las tendencias actuales consideran que no existe una

predisposición biológica entre ambos sexos y solo la conducta es capaz de influir en que un sexo sea más vulnerable que el otro.

El sexo biológico generalmente define las diferencias de género y roles de riesgo como la práctica de hábitos tóxicos, que son más comunes en el sexo masculino y por eso existe un criterio tradicional de que el cáncer bucal es más frecuente en los hombres si se comparan con las mujeres. Lo mismo sucede con el cáncer de labio que es más común en los campesinos y pescadores del sexo masculino; mientras que es muy ocasional en las mujeres trabajadoras, pues estas usan por costumbre el creyón labial que las protege de las radiaciones solares.

Ante el constante intercambio racial de estos tiempos, las migraciones y el Mestizaje, ya no se insiste en la raza como aspecto demográfico, sino en el color de la piel. El color de la piel ha sido un marcador de riesgo muy estudiado en las últimas décadas y, actualmente, se tiene un criterio bien definido en cuanto a su relación con el cáncer bucal. Para los tumores de la cavidad bucal y las glándulas salivales no existen elementos epidemiológicos capaces de diferenciar una mayor prevalencia de acuerdo al tipo de piel.

Por otra parte, se ha precisado que en la población asiática hay una mayor incidencia de cáncer en la nasofaringe con extensión a la bucofaringe y esto a su vez se relaciona con los elevados índices de infección por el virus del Epstein Barr, lo que pudiera aumentar el riesgo en las personas de piel amarilla. En el caso de la piel blanca, se conoce que tiene una mayor vulnerabilidad al cáncer dermatológico y por consiguiente del labio, pues las pieles claras no contienen suficiente melanina protectora para las radiaciones solares. En cuanto a la piel negra, recientemente se publicó un estudio que buscó la relación entre algunos tipos de cáncer y los anticuerpos a determinados tipos de virus herpéticos, y se encontró una fuerte asociación entre el anticuerpo HHS-6 y el cáncer bucal, sin que los datos fueran Concluyentes.

El contexto socio ambiental es un término muy amplio, que ha sido poco utilizado en los estudios epidemiológicos de los factores de riesgo, y se evalúa a partir de la procedencia o medio donde un individuo crece y se desarrolla.

En el origen del cáncer bucal, se han definido algunos elementos propios de cada procedencia. En el caso de las comunidades rurales, abundan las actividades laborales a cielo abierto como la agricultura, la ganadería, la pesca y otras, que exponen a las radiaciones solares y de ahí que el cáncer de labio sea el más frecuente en estas poblaciones. Por otra parte, en las ciudades existen los riesgos industriales en los obreros metalúrgicos, textiles y en los trabajadores de la madera que pueden padecer de cáncer en las vías Aero digestivas superiores. Además, en las comunidades urbanas el deterioro ambiental es mayor, lo que puede influir en la aparición de diversas enfermedades crónicas; por otra parte, en ese medio hay ciertas profesiones más susceptibles al cáncer de labio como los constructores y los obreros comunales, que se exponen por largos períodos de tiempo a las radiaciones ultravioletas del sol.

También podemos mencionar como un factor de riesgo a la mala implantación de prótesis dentaria o más conocida como dientes postizos, ya que esta mala implantación puede apretar muy fuerte las encías donde puede producir daños como inflamación o heridas en esta región. El estudio del perfil sociodemográfico del cáncer bucal, requiere de una búsqueda ardua y profunda de los marcadores que facilitan la acción de los factores de riesgo. Si bien estos no son el objetivo de las actividades preventivas, sin dudas conforman una guía que señalan a aquellos individuos, familias y grupos sociales más vulnerables a padecer los tumores malignos del complejo bucal.

Las personas con cáncer oral u oro faríngeo pueden tener los siguientes síntomas o signos. Algunas veces, las personas con esta enfermedad no muestran ninguno de estos síntomas. O bien, estos síntomas pueden producirse por otra afección médica que no sea cáncer. Con frecuencia, el

dentista es la primera persona que detecta este tipo de cáncer durante un examen de rutina.

### **Signos y síntomas.**

- llaga en la boca o el labio que no cicatriza; este es el síntoma más común;
- mancha roja o blanca en las encías, la lengua, las amígdalas o el revestimiento de la boca;
- nódulo en el labio, la boca, el cuello o la garganta o sensación de engrosamiento de la mejilla;
- dolor de garganta persistente o sensación de algo atorado en la garganta;
- ronquera o cambio en la voz;
- adormecimiento de la boca o la lengua;
- dolor o sangrado en la boca;
- dificultad para masticar, tragar, o mover la mandíbula o la lengua;
- dolor de oído y/o mandíbula;
- mal aliento crónico;
- cambios en la forma de hablar;
- pérdida de piezas dentales o dolor de dientes o muelas;
- dentaduras postizas que ya no encajan;
- pérdida de peso sin razón aparente;
- fatiga;
- pérdida del apetito, en especial cuando es prolongada; esto puede suceder durante los estadios más avanzados de la enfermedad.

Si se diagnostica cáncer, el alivio de los síntomas sigue siendo un aspecto importante de los cuidados y el tratamiento para la enfermedad. Esto también puede denominarse manejo de los síntomas, cuidados paliativos o atención de apoyo. Asegúrese de hablar con su equipo de atención médica sobre los

síntomas que experimenta, incluido cualquier síntoma nuevo o un cambio en los síntomas.

### **Exámenes de detección**

Debido a que muchos de los síntomas enumerados anteriormente pueden ser consecuencia de otros trastornos no cancerosos, es importante someterse a exámenes de detección médicos y odontológicos periódicos, en especial si la persona bebe alcohol de modo habitual, consume productos derivados del tabaco en el presente o los ha consumido en el pasado. Las personas que consumen alcohol y tabaco deben realizarse un examen de detección general una vez al año como mínimo. Se trata de un procedimiento simple y rápido en el que el médico observa si hay anormalidades en el interior de la nariz, la boca y la garganta, y palpa el cuello en busca de nódulos. Si encuentra algo inusual, el médico recomendará un examen más exhaustivo utilizando uno o más de los procedimientos de diagnóstico mencionados en la sección Diagnóstico. La realización de exámenes de detección de manera regular es importante para detectar el cáncer de cavidad oral y el cáncer orofaríngeo de manera temprana, que es cuando tienen una mayor probabilidad de ser curados.

### **Los factores de riesgo del cáncer bucal.**

Las investigaciones de Oncología y Patología Bucal han demostrado que la formación del cáncer bucal es un proceso crónico y complejo, en el que actúan varios elementos de forma conjunta y posiblemente ningún agente por sí solo sea capaz de causar una neoplasia maligna, esto confirma que el cáncer bucal es una enfermedad de origen multifactorial.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una

Enfermedad, estos factores pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son modificables y observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Al mismo tiempo, los factores de riesgo pueden caracterizar al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente; actuando de manera aislada o conjunta, de modo que pueden combinarse y aumentar la probabilidad de experimentar un daño a la salud. Clásicamente, los factores de riesgo del cáncer bucal han sido clasificados según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano, en dos grandes grupos:

**Factores Exógenos:**

Se originan fuera del organismo y se incorporan por varias vías, generalmente conocidas y ampliamente estudiadas, que se agrupan según su naturaleza, como físicos, químicos o biológicos.

**Factores Endógenos:**

Se originan en el interior del organismo, por mecanismos moderadamente esclarecidos y sometidos a estudios más complejos; ellos son la herencia, los trastornos hormonales, el déficit inmunológico y los desórdenes nutricionales que afectan los tejidos bucales.

En la búsqueda y la evaluación de los factores de riesgo del cáncer bucal, se han utilizado los Criterios de Bradford – Hill. Estos parámetros permiten identificar aquellos atributos capaces de aumentar la probabilidad de padecer lesiones malignas en los tejidos bucales, es decir, los factores de riesgo. Estos criterios deben responder a explicaciones muy específicas que confirman si realmente lo que se estudia es un factor de riesgo.

A partir de estas valoraciones se puede concluir sobre la veracidad y la importancia epidemiológica y clínica del factor de riesgo que se estudia, es posible proponer las medidas preventivas para controlarlo y se facilita la

divulgación de las acciones saludables que promuevan su erradicación, aunque en ocasiones sea imposible modificarlos.

Todos los autores coinciden en que el factor de riesgo más importante en la Aparición del cáncer bucal es el tabaquismo, pues se ha demostrado que más del 90% de los pacientes con carcinoma espino celular bucal han sido fumadores. (66-84) En el humo del tabaco, se han encontrado unas 3500 sustancias y más de 20 son carcinógenas, entre estas últimas se encuentran los hidrocarburos aromáticos poli cíclicos, las nitrosas minas, las aminas aromáticas y el óxido de etileno que actúan sobre los tejidos bucales, causando cambios bioquímicos intracelulares.

A estos agentes químicos se les suma el calor de la combustión, que es un factor físico que produce daño celular, de ahí que sea importante el modo (cigarrillos, tabacos o pipas) y la frecuencia con que se fuma.

Mientras que en algunos países asiáticos el tabaquismo se combina con el hábito de mascar nuez de betel y esto incrementa el riesgo de padecer cáncer bucal.

Se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer de la boca, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal.

El alcohol produce deshidratación local de las mucosas, pero después de ser metabolizado, se trasforma en acetaldehído salival que incrementa la activación de las nitrosa minas presentes en el humo del tabaco, lo que origina un potente efecto sinérgico entre ambos factores.

El alcohol puede funcionar como alimento y producir pérdida de apetito, malnutrición y disminución de las reservas de proteínas, aminoácidos y demás nutrientes, esto induce a estados de inmunodepresión que permiten la transformación maligna de los epitelios eventualmente irritados.

Es valioso señalar que el calor es capaz de producir quemaduras en los tejidos blandos del complejo bucal.

El consumo de bebidas con altas temperaturas, como el café, el té, los chocolates y la leche, produce irritación crónica de la mucosa bucal y del tubo digestivo. Se ha señalado que casi todos los fumadores ingieren café y esto puede agravar la evolución de las lesiones bucales. Por otro lado, se ha reportado que las comidas calientes, picantes o muy condimentadas son relativamente irritantes en las vías digestivas.

En este grupo, solo los alimentos calientes tienen marcada relación con el cáncer bucal, pues estos irritan desde un primer contacto con los tejidos bucales, sin importar el modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingieren.

El trauma crónico constituye un factor de riesgo físico muy importante en el Origen del cáncer en el complejo bucal.

La irritación traumática repetida ocurre por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo plazo induce a la multiplicación anormal de las mismas.

Los irritantes traumáticos se manifiestan en los pacientes con las prótesis desajustadas (mal confeccionadas, con reparaciones, exceso de uso o biomecánicamente alteradas), los dientes o restos radiculares con bordes filosos, las obturaciones defectuosas, por el jugueteo con las prótesis, la introducción de objetos en la boca, la masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como la disquinesia lingual, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua.

La higiene bucal deficiente es el principal factor de riesgo de las enfermedades infecciosas de la boca y es muy común en los pacientes con cáncer bucal. Una higiene bucal pobre permite el crecimiento de colonias de microorganismos

que generan daño crónico en los tejidos bucales y con el tiempo conduce a la pérdida dentaria.

Aunque se conoce que la sepsis bucal por sí sola no es capaz de generar una neoplasia, se supone que sobre las lesiones neoplásicas pueden haber microorganismos patógenos activos y se ha insistido que las infecciones crónicas producidas por algunos gérmenes como la *Cándida albicans* son capaces de producir cambios hiperplásicos en la mucosa bucal. Actualmente, se conoce que los agentes biológicos juegan un papel activo en la génesis del cáncer.

Con el desarrollo de la inmunología y la biotecnología, se han descubierto una serie de virus denominados oncovirus que tienen la capacidad de alterar el material genético de determinados grupos de células y las hacen más vulnerables a la acción de los carcinógenos, por lo que facilitan la formación deneoplasias malignas en sus tejidos dianas. Se han encontrados diversos oncovirus, relacionados con determinados tipos de leucemias y linfomas, pero el más estudiado por su acción sobre los epitelios es el virus del papiloma humano

(VPH). Hasta el momento se han identificado más de 77 tipos de VPH, que se han encontrado en las células de lesiones premalignas y malignas. En el complejo bucal, las cepas han sido asociadas con los carcinomas espinocelulares, mientras que las cepas se han identificado el cáncer Dermatológico incluido el del labio.

En los últimos años, se han publicado algunas investigaciones que han buscado la posible asociación entre algunos medicamentos irritantes y el cáncer bucal. Estos fármacos, generalmente son utilizados en los tratamientos convencionales de determinadas enfermedades estomatológicas o son productos antisépticos de uso doméstico que se emplean en la prevención de

las mismas. En dichos antisépticos bucales hay sustancias activas como halógenos, alcoholes y peróxido de hidrógeno, que destruyen químicamente los microorganismos bucales, pero producen deshidratación de los tejidos blandos y llegan a ocasionar daños en las Mucosas bucales.

En Cuba, el uso de colutorios es poco frecuente, pues tradicionalmente se le ha dado más importancia a los métodos mecánicos para controlar la placa dentobacteriana y los métodos químicos se indican como complemento de tratamientos periodontales o quirúrgicos, de ahí que estos medicamentos comúnmente se usan bajo el control del estomatólogo. Muchos autores sugieren que la actitud del paciente hacia su salud bucal es un aspecto o factor decisivo en la aparición del cáncer bucal, pues si no se domina el Autoexamen bucal, ni se mantiene un correcto cepillado y no se acude a consulta estomatológica periódicamente, se crean barreras que descuidan la detención precoz de cualquier lesión bucal. Como el proceso de carcinogénesis es lento y progresivo, cada individuo tiene la posibilidad de detectar a tiempo los cambios que ocurren en su boca y, si visita a su estomatólogo cada seis meses, es casi imposible que alguna lesión premaligna o maligna no sea diagnosticada.

Existen abundantes pruebas de que la radiación ultravioleta procedente del sol induce a un aumento de la incidencia del cáncer de piel y es por ello que la exposición periódica al sol es de gran importancia en la formación del carcinoma espinocelular o epidermoide en los labios. La luz solar es una de las causas fundamentales en la aparición del cáncer en los últimos 15 años, pues la porción ultravioleta (UV) del espectro solar tiene tres longitudes de onda: UVA, UVB y UVC, capaces de alterar la información genética de las células. El grado de riesgo depende del tipo de rayos ultravioletas, de la intensidad de la exposición y de la cantidad del manto protector de melanina absorbente de luz que tenga la piel. Esto reafirma el elevado riesgo de las

personas de pieles claras y la importancia de las profesiones de alto riesgo como los agricultores, los ganaderos, los pescadores y los trabajadores de la construcción.

Se ha demostrado que la dieta participa en la prevención, la formación y la Evolución del cáncer, por el constante suministro de elementos antioxidantes que aportan los alimentos.

En la boca, se plantea que la escasa o irregular ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales (Vitaminas A, C, E, complejo B y minerales como el hierro y el selenio) favorece a la ocurrencia del cáncer bucal.

Las frutas y los vegetales frescos son los protectores por excelencia, pues tienen efecto antioxidante que impide las mutaciones por radicales libres y protegen los epitelios. Desafortunadamente, en nuestro país, las frutas y los vegetales por tradición no son imprescindibles en la dieta, pues han sido considerados históricamente como complementarios.

La herencia y el sistema inmune han sido objeto de muchas investigaciones y debates en los últimos años, pues con el descubrimiento del genoma humano, se han dado pasos importantes en el estudio de los mecanismos genéticos que permiten la formación del cáncer desde el nivel celular. Se han encontrado los oncogenes y los genes protectores del cáncer, igual que los elementos celulares y humorales que participan en el proceso de carcinogénesis.

En el caso del complejo bucal se ha precisado que en algunas ramas del cromosoma 1 y el 11, se repiten alteraciones genéticas cuando hay cáncer bucal. También se ha señalado la importancia de los linfocitos T, los anticuerpos y las moléculas de histocompatibilidad compleja que participan en el control de los tumores.

Los estudios citogenéticas e inmunológicos hasta el momento no están al alcance de los servicios sanitarios de nuestro país y por ahora, en los primeros niveles, solo se pueden utilizar las referencias del paciente, a través de los

antecedentes oncológicos familiares y los antecedentes patológicos personales que clínicamente se relacionen con los tumores del complejo bucal. En el mundo de hoy, se insiste que los estudios genéticos y de laboratorio serán la herramienta más útil en la predicción, el diagnóstico precoz, la profilaxis e incluso el pronóstico del cáncer bucal. Pero, en el origen del cáncer, aún existen dudas e incógnitas que son el propósito de investigaciones en el campo de la biología molecular, por lo que la epidemiología sigue siendo un instrumento valioso a la hora de buscar las causas de esta enfermedad y es sin duda un método eficaz para los países en vías de desarrollo. Relación entre factores de riesgo y los daños a la salud bucal.

En el proceso de formación del carcinoma espino celular ocurren cambios progresivos en la mucosa bucal, que son el resultado de una serie de mutaciones celulares no controladas. Esta secuencia de transformaciones epiteliales puede ir precedida o acompañada de otras enfermedades, que por su evolución clínica son capaces de comprometer la salud de las mucosas. De esta manera, en los tejidos bucales se ha identificado antecedentes precancerosos que elevan la probabilidad de malignización de las mucosas. Las condiciones precancerosas son estados clínicos generalizados asociados a un aumento significativo del riesgo a padecer cáncer.

En otras palabras, estos estados pueden contribuir a que aparezca un carcinoma bucal, y por tanto poseen un efecto crónico casi siempre controlable, pero cuyas secuelas regularmente no se pueden modificar. En el año 2002, Santana de acuerdo con su experiencia e investigación, publicó una lista de estas condiciones precancerosas, que son:

**Estados Premalignos:**

- Liquen plano de la mucosa bucal.
- Papilomatosis bucal florida.
- Fibrosis submucosa bucal.
- Queilitis actínica.

- Mucosa atrófica de la boca.
- Paladar de fumador.
- Deficiencias inmunológicas.
- Infección por el virus del papiloma humano.
- Infección por el virus del herpes simple.
- Nevus de la mucosa bucal.
- Lupus eritematoso.

Tres años más tarde, la OMS publicó su actualización de la Clasificación de los Tumores de Cabeza y Cuello, donde se mencionaron las siguientes

**Condiciones premalignas:**

1. Deficiencia de hierro.
2. Fibrosis bucal submucosa.
3. Sífilis.
4. Liquen plano bucal.
5. Xeroderma pigmentosum.
6. Lupus eritematoso.
7. Epidermolisis bulosa distrófica

El diagnóstico precoz y el control de las condiciones premalignas es una premisa importante en la prevención del cáncer bucal, por lo que estos estados merecen tratamiento y evolución periódica, aunque sepamos que no siempre llegan a originar un carcinoma. Lo mismo sucede con las lesiones pre malignas, renombradas actualmente como lesiones epiteliales precursoras.

Las lesiones epiteliales precursoras poseen tejido epitelial alterado con una alta probabilidad de proseguir a carcinoma de células escamosas. Clínicamente, estas lesiones se manifiestan en forma de mancha blanca (leucoplasia), mancha roja (eritroplasia) o mancha con zonas blancas y rojas (eritroleucoplasia). Si se realiza una evaluación histológica de estas lesiones se puede observar hiperplasia de las células escamosas, con diversos grados de displasia e incluso puede llegar a Carcinoma "in situ". Ante tales

características histopatológicas, se impone el Criterio universal de que estas lesiones requieren tratamiento inmediato y evolución clínica, aunque no siempre llegan a originar un cáncer bucal.

**Las Lesiones Epiteliales Precursoras del complejo bucal son:**

1. Leucoplasia.
2. Eritroplasia.
3. Eritroleucoplasia.
4. Paladar de fumador invertido.

Todas estas condiciones y lesiones precancerosas son la evidencia clínica de que las mucosas bucales han reaccionado ante los estímulos de otros factores de riesgo y su importancia radica en que estas enfermedades son el resultado de un proceso multifactorial que guarda un fatal desenlace para aquellos que mantienen su conducta de riesgo.

Por lo que se debe trabajar con el objetivo de promover la actitud del paciente hacia un estado saludable y de nuestro esfuerzo, como profesionales de la salud, depende que elevemos la cultura sanitaria de nuestra comunidad, para así reducir la morbilidad y la mortalidad por cáncer bucal.

Alcance social de la introducción de una Escala de Riesgo para Predecir el Cáncer Bucal.

El diseño y la aplicación de una Escala de Riesgo para predecir el Cáncer Bucal es algo novedoso en nuestro país, pues los servicios médicos y estomatológicos aún no se cuentan con una medida que evalúe las probabilidades de padecer Cáncer bucal o de recaer en esta enfermedad cuando el paciente ha sido tratado.

Es ahí donde radica su alcance social, en la proyección predictiva y Preventiva de dicho índice epidemiológico, capaz de clasificar a las personas Más vulnerables dentro de la comunidad. Importancia de los antecedentes pre malignos en la formación de los carcinomas espino celulares del complejo bucal.

Fase I: Aparición de las condiciones precancerosas.

Fase II: Aparición de las lesiones epiteliales precursoras.

Fase III: Aparición del carcinoma espino celular.

### **Mutaciones celulares no controladas en los epitelios del complejo bucal.**

En la creación de una Escala de Riesgo para el Cáncer Bucal se debe hacer una evaluación integral del riesgo a través de un enfoque de riesgo. El enfoque de riesgo es un método científico y epidemiológico que se emplea para medir la acción de los factores de riesgo, evaluar la necesidad de atención de la población y favorecer la efectividad de las intervenciones educativas y preventivas.

Este ayuda a crear Factores exógenos y endógenos:

- Herencia.
- Trastornos nutricionales.
- Trastornos metabólicos.
- Radiaciones.
- Agentes biológicos.
- Otros agentes.

Factores exógenos y endógenos    Condición precancerosa    Lesión epitelial precursora

### **¿Qué son los exámenes de detección?**

Los exámenes de detección son la búsqueda de un cáncer antes de que la persona presente algún síntoma.

Esto puede ayudar a encontrar el cáncer en un estadio temprano. Cuando el tejido anormal o el cáncer se encuentran temprano, puede ser más fácil tratarlos. Cuando aparecen los síntomas, el cáncer se pudo haber empezado a diseminar.

Los científicos tratan de entender mejor quiénes tienen más probabilidades de enfermar de ciertos tipos de cáncer. También estudian lo que hacemos y las cosas que nos rodean para ver si causan cáncer. Esta información ayuda a los médicos a recomendar quién se debe someter a exámenes de detección del cáncer, qué pruebas se deben usar y con qué frecuencia se deben realizar.

Es importante recordar que si el médico indica un examen de detección, no piensa necesariamente que usted tiene cáncer, ya que estos exámenes se realizan cuando no hay síntomas de la enfermedad.

### **Carcinoma espino celular**

Prioridades de salud y es también un instrumento para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud; es una herramienta que intenta mejorar la atención sanitaria de todos, pero presta mayor atención a aquellos que más lo requieran, pues permite una evaluación individual que va ganando complejidad de acciones en los que tienen más posibilidades de enfermar por la presencia de factores de riesgo.

Una Escala de Riesgo para predecir el Cáncer Bucal puede medir las probabilidades que tiene cada individuo de desarrollar carcinomas bucales y al mismo tiempo es una guía para las labores educativas y preventivas en nuestros pacientes. De acuerdo con los objetivos de los programas cubanos de salud bucal, este índice puede incorporarse a las actividades estomatológicas ejecutadas en nuestra población y elevar la calidad de los servicios asistenciales, docentes e investigativos. A través de los diferentes niveles de prevención, se puede disminuir la morbilidad de numerosas enfermedades, lo que contribuye al bienestar de la población, al ahorro de recursos terapéuticos y a la proyección sanitaria acorde con las características epidemiológicas de cada comunidad.

De acuerdo con los objetivos del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población y el Programa de Detección del Cáncer

Bucal, esta Escala de Riesgo será en un instrumento de trabajo para los tres niveles de atención a la población, establecidos y organizados en nuestro país. En atención primaria, los estomatólogos generales integrales y los médicos Generales integrales, podrán evaluar las posibilidades de desarrollar cáncer bucal en toda la población de su área de salud, especialmente en los pacientes sanos o sanos con riesgo.

Al mismo tiempo que contarán con una guía estructurada de los factores de riesgo presentes en cada paciente, lo que es muy útil para realizar labores de promoción de salud en la misma entrevista cara a cara que tenemos ellos en la consulta. Sirve, además, para organizar las medidas preventivas primarias y resaltar los factores de riesgo que requieren de protección específica tanto en el paciente como en su entorno familiar o comunitario.

En atención secundaria, la Escala de Riesgo evaluará la posibilidad de evolucionar hacia un cáncer bucal en aquellos pacientes con determinada enfermedad o en los discapacitados que presenten alteraciones bucales que predisponen al cáncer bucal.

Será una herramienta más en el diagnóstico y el tratamiento precoz de las Condiciones pre malignas, las lesiones epiteliales precursoras y los carcinomas espino celulares incipientes. Además, ayudará en las tareas educativas y en la prevención secundaria desde las especialidades.

En la atención terciaria, esta Escala de Riesgo tendrá su mayor aplicación en los hospitales oncológicos de nuestro país o en aquellos centros sanitarios con equipos multidisciplinarios que incluyen al complejo bucal dentro de su contenido de trabajo. Su mayor utilidad radicará en la búsqueda de posibilidades de aparición, avance, recidiva o recurrencia del cáncer bucal, en los pacientes con tratamiento oncológico o altamente especializado. Será una pauta en la limitación del daño, promover estilos de vida saludables e incentivar sugerencias para modificar conductas y hábitos a medida que se realice la rehabilitación Si se introduce y se divulga el empleo y la importancia de una Escala de Riesgo para predecir el Cáncer Bucal, la percepción del

riesgo estará al alcance de todos. Pues si se precisan las probabilidades de padecer el cáncer bucal, las personas podrán contribuir individualmente al mejoramiento de los estilos de vida dentro de nuestra sociedad, porque cada paciente conocerá los factores de riesgo que sobre él influyen y al mismo tiempo podrá percibir los riesgos en su familia y su comunidad, lo que puede convertirlo desde su protagonismo individual en un promotor de salud comunitario o social.

Tipos de biopsias, dependiendo de cada caso.66

### **Estudio en Imagenología en pacientes con cáncer de boca**

Los estudios por imágenes utilizan rayos X, campos magnéticos o sustancias Radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Estos estudios no se usan para diagnosticar cánceres de cavidad bucal, pero se pueden hacer por un número de razones tanto antes como después del diagnóstico de cáncer. Estas razones incluyen Ayudar a encontrar un tumor si se sospecha hay uno. Saber cuán lejos se propagó el cáncer. Ayudar a determinar si el tratamiento ha sido eficaz. Detectar posibles signos de cáncer que recurre después del tratamiento.

### **Tratamiento médico del cáncer bucal**

Tratamiento realizado por medico especialistas oncólogos, quimio terapeutas y radioterapeutas:

El tratamiento más usado actualmente es una combinación de la cirugía Quimioterapia también la radioterapia a fin de eliminar cualquier foco que desencadenase algún otro episodio de neoplasia o metástasis no observada quirúrgicamente.

### **Cirugía oncológica**

Cirugía realizada por médicos especialistas oncólogos o bajo supervisión de uno.

### **Radioterapia**

Es el tratamiento realizado por especialistas oncológicos, radioterapeutas o Tecnólogos médicos para lo cual utilizan rayos de alta energía que dañan las Células cancerosas y evitan la diseminación del tumor.

### **Quimioterapia**

Tratamiento solo impartido por médico especialista en oncología-quimio terapeuta. Son medicamentos que destruyen las células cancerosas.

La quimioterapia actúa impidiendo la replicación de las células tumorales. La quimioterapia puede usarse en combinación con la cirugía y la radioterapia. Como factor indiscutible esta la presencia del odontólogo como figura de salud más accesible para pacientes en tratamientos oncológicos y la cual debe saber respetar sus limitaciones y solicitar la autorización debida al médico que lleve a cabo dicho tratamiento para que autorice algún tratamiento odontológico a fin de no usurpar ni alterar el pronóstico de tratamiento; lo cual debe constatare en la historia clínica.

### **Complicaciones bucales de pacientes en tratamiento oncológico**

Las complicaciones pueden ser agudas (desarrollándose durante la terapia) crónica (desarrollándose meses o años después de la terapia). Pacientes con estos síntomas pueden ingresar a la consulta odontológica por presentar estas molestias, para lo cual el trabajo del odontólogo consiste en poder relacionar estas afecciones con el tratamiento que las causo como cultura general para poder establecer un plan de tratamiento más acorde con la situación del

paciente o si aún continua con su tratamiento oncológico solicitarle una autorización a su médico para poder tratarlo bajo las indicaciones que el prescriba.

### **2.3. Marco legal.**

Para poder sacar información retrospectiva y prospectiva de historias clínicas se pidió autorización a la máxima autoridad competente, que es el director del hospital del clínica, dando una pequeña información sobre lo que se desea realizar lo que se quiere lograr con los pacientes con cáncer bucal, se hizo la solicitud dirigiéndome al Director del Hospital de Clínicas de Miraflores la Paz Bolivia, jefatura de enfermeras Licenciada Marhta Ramos quienes aceptaron que mi persona realice el trabajo, también mencione que la presente investigación identificara necesidades factores de riesgo de los paciente con cáncer bucal; Anexos Nro 1

## **2.4 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.**

### **Hospital de clínicas**

El hospital general es el Centro Médico más antiguo La Paz – Bolivia- construido sobre un Campo Santo, el Hospital General se constituye en Pionero de la Ciudad de La Paz.

Hospital de Clínicas 1905 “en esa época hubo dos Hospitales Públicos, Hospital Santa Bárbara y el San Juan de Dios, uno ubicado donde está la Iglesia de San Juan de DIOS Calle Loayza, el otro en la calle Potosí.

Ambos hospitales fueron vendidos entre los años 1905 y 1913, para reunir dinero y comprar el terreno donde actualmente se encuentra el complejo hospitalario de Miraflores, esta zona se llamaba el “valle de los muertos” porque se cree que antes era un cementerio:

A través de una ordenanza municipal se hizo la adquisición de los terrenos en el año 1913 se empezó a construir lo que es el pabellón central del hospital de clínicas.

Las primeras especialidades que se atendieron fueron medicina general, cirugía, pediatría y Gineco- Obstetricia. Se contaba con 200 funcionarios.

En la actualidad el centro hospitalario cuenta con 300 médicos, 200 con ítems y 100 a contratos, tiene un total de 800 funcionarios y 27 especialidades.

En personal de enfermería tenemos 136 licenciadas cada una en sala de diferente servicio más una auxiliar de enfermería, enfermeras auxiliares tenemos un número de 145, quienes cubren consultorios externos y en cada sala de los diferentes servicios. Quirófano tenemos 4 licenciadas turno mañana y tarde 3 licenciadas, 6 auxiliares en la mañana y tarde 4 auxiliares

Turnos noche y fin de semana solo dos licenciadas y 3 enfermeras auxiliares.

**Características arquitectónicas:**

Las características arquitectónicas hacen que se lo cataloguen como el hospital más grande de Bolivia en extensión.

Tiene el estilo de construcción francés porque está dividido por pabellones, de tal suerte que eso lo hace extenso.

El hospital general fue levantado desde el año 1913 hasta 20 de julio del año 1920 el proyecto se debe a Emilio Nueva, quien también creó obras como el Estadio Hernando Siles, Palacio Consistorial, entre otros.

Hasta el año 1993 este nosocomio fue administrado por las monjas de Santa Ana que tenían una dependencia Administrativa del Municipio, en la actualidad tiene Autonomía de gestión desde el año 2001, eso quiere decir que se auto abastece, tiene tres dependencias. En la parte normativa responde al Ministerio de Salud, en la parte de Recursos Humanos a la prefectura través del SEDES Y en la parte financiera Administrativa del Gobierno Municipal de La Paz.

**Capacidad de pacientes:**

Este recinto médico tiene una capacidad de 400 camas y un 90% está constantemente ocupado, atiende más o menos 300 pacientes por día en las 27 especialidades, además de las emergencias siendo estas las últimas la parte fuerte de la atención.

Este es un hospital público por lo que tiene toda la vía expedita, se atiende a toda hora, indudablemente se respeta la visita médica que se hace 08 am a

## **El área de oncología se divide en tres servicios**

### **Área de oncología clínica.**

El área de oncología clínica se fundó en el año 2016 en mes de junio con 16 camas tanto sala varones como mujeres con 4 médicos oncólogos 5 n

licenciadas 5 auxiliares 6 manuales, divididos en diferentes turnos, mañana tarde noche y fin de semana, en esta sala se realiza tratamiento de quimioterapia, pacientes con radio terapia y los cuidados paliativos y la risa terapia por qué no decir. Actualmente jefe de sala se encuentra en Dr. Marció López y como jefa de enfermaras de sala Lic. Zenaida Zarco. Quien realiza quimio terapia.

También podemos mencionar que algunos pacientes abandonaron el tratamiento a principio y a mediados del tratamiento, esto se dio por falta de economía, miedo a los efectos adversos como a la alopecia pérdida de peso entre otro.

**Servicio de Oncología Hematológica**, servicio de oncología quirúrgica cuentan con el mismo personal de salud.

**Servicio de Oncología Quirúrgico**, donde cuenta con el mismo personal de salud, realizan cirugías de todo tipo para no dejar que se expanda más lugares en cáncer. Cuenta 22 camas entre varones y mujeres

## **VISIÓN**

El año 2020 ser un Hospital moderno de tercer nivel de referencia departamental y nacional, en la prestación de servicios especializados con inclusión y protección social a la población en situación de riesgo en salud.

## **MISIÓN**

Somos un Hospital de alta complejidad, también con servicios médicos especializados y la formación académica de recursos humanos en salud integral y especializada, que beneficia a la salud de nuestra población.

### **Filosofía de enfermería del servicio de oncología:**

- Estamos comprometidos con la calidad en nuestro servicio y nuestra calidez en nuestra atención.
- Todas las personas deben tratarse con consideración, confianza y respeto.
- Cada persona es valiosa, es única y realiza una contribución importante.
- Todos nosotros debemos comprometernos incesantemente con la excelencia en lo que hacemos.
- La innovación tecnológica es esencial.
- La comunicación abierta es importante para lograr el éxito.
- Las decisiones deben tomarse de manera participativa.

### **Valores**

- Honestidad
- Integridad
- Productividad
- Puntualidad
- Calidad e Innovación.

## **2.5 Alcance del estudio.**

El estudio de la investigación está enfocada en la modalidad de una investigación observativa, retrospectiva, prospectiva, descriptiva, analítica, según los objetivos propuestos ya que se lograran identificar los factores de riesgo del cáncer de bucal en el servicio de oncología clínica en el hospital de clínicas en la gestión 2017.

## **2.6 Hipótesis**

El mal aseo bucal y la deficiencia del mismo es el factor de riesgo en los pacientes de oncología clínica, esto predispone a adquirir cáncer de boca.

### **3. DISEÑO METODOLOGICO.**

#### **3.1. Tipo de estudio.**

El tipo de estudio está enfocada en la modalidad de una investigación observativa, retrospectiva, prospectiva, descriptiva, analítico, según los objetivos propuestos ya que se lograran identificar los factores de riesgo del cáncer de bucal en los pacientes del servicio de oncología clínica en el hospital de clínicas gestión 2017.

Descriptiva, se realizara esta modalidad para poder describir conocer uno a uno los factores de riesgo así poder realizar objetivos que puedan ayudar a la investigación. Retrospectiva, obtener información de tiempo pasado como el número de pacientes que fallecieron que abandonaron o siguen con tratamiento.

Prospectiva. Información actual o presente que nos permitirá identificar casos nuevos de pacientes. Observativo, observar a los pacientes así identificar los factores de riesgo, analítico nos permitirá analizar una vez que obtengamos la información así identificar todo los factores.

Se realiza para recoger mayor información con respecto a un problema que se desea investigar y sirve principalmente, para aclarar conceptos conociendo las dimensiones centrales del problema.

#### **3.2 unidad de análisis, universo y muestra.**

El universo de la investigación son los pacientes de oncología clínica 32 Personas entre hombres y mujeres de 25 a 55 años de edad, tanto solteros, casados, viudos, entre otros.

De las cuales se tomó como muestra para el estudio del trabajo 25 pacientes ya que siete pacientes ya no realizan consultas, tratamientos, tres murieron dos dejaron y dos se fugaron.

### **3.3 cálculo del tamaño de la muestra.**

El cálculo de la muestra es 25 pacientes entre hombres y mujeres de 25 a 55 años de edad que se encuentran internados, como también se toma a los ambulatorios que vienen para consulta y tratamientos de quimioterapia. Del servicio de oncología clínica del hospital de clínicas en la gestión del 2017.

### **3.4 Selección de la muestra:**

La selección de muestra es una parte, un grupo del universo que podemos clasificar luego tomar una muestra para el estudio.

El método que se utilizó para la selección de muestra fue la entrevista directa a los pacientes con cáncer bucal de oncología clínica la cual solo se tomó en cuenta a esta población con este mal desde los 25 a los 55 años entre hombres, mujeres de diferentes edades, y lugar de residencia.

A sí identificar en ellos factores del cáncer bucal.

### **Criterios de inclusión:**

Pacientes con cáncer bucal internados

Pacientes con cáncer bucal que vienen a consulta externa

Paciente con tratamiento de quimio terapia

### **Criterios de exclusión:**

Personal de limpieza

Personal de enfermería

Estudiantes de enfermería y medicina

Familiares de los pacientes.

**3.5 lista de variables:**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Condición laboral
- Condición económica
- Residencia
- Aseo bucal
- Hábitos de fumar
- Hábitos de beber alcohol
- Alimentación
- Sexo oral

### 3.6. Operacionalizacion de Variables

Variable	Tipo	Operacionalizacion		Indicador
		Escala	Descriptivo	
Edad	Cuantitativa Continua	20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años	Según la edad del paciente	Frecuencia porcentaje
SEXO	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según las características biológicas del paciente	Frecuencia porcentaje
Estado civil	Cualitativa nominal politónica	Casado/a Soltero/a Viudo/a Unión libre	Según el grado de unión conyugal y convivencia de acuerdo al código conyugal	Frecuencia Porcentaje

condición económica	Cualitativa Continua	-Trabajo eventual -Trabajador publico	Según el grado de preparación.	Frecuencia porcentaje
Condición socio labora	Cualitativa nominal	Trabajo eventual -Trabajador publico	Según el grado de preparación	Frecuencia porcentaje

### 3.6. Operacionalizacion de variables:

Variable	Tipo	Operacionalizacion		Indicador
		Escala	Descriptivo	
Residencia	Cualitativo Nominal	Área Rural Área urbana	Según lugar de vivienda en la ciudad o altiplano	Frecuencia porcentaje
Aseo bucal	Cuantitativa Continua	Mañana tarde y noche	Según requerimiento o del paciente	Frecuencia porcentaje
Hábitos de fumar	Cuantitativa Continua	Dos veces al día Tres veces al día Cuatro veces al día	Según su necesidad del paciente	Frecuencia Porcentaje
Hábitos de beber alcohol	Cuantitativa Continua	una vez en la semana	Según la necesidad del paciente	Frecuencia porcentaje

		Dos veces al mes		
Alimentación	Cualitativa Nominal	Carbohidrato Frutas. cereales, verduras, chatarra	Según su estado económico	Frecuencia y porcentaje
Sexo oral	Cuantitativo Continua	Si No	Según indicación del paciente	Frecuencia y porcentaje

### **3.7 Recolección de datos y técnicas de instrumentos:**

Como técnica para recolectar la información esperada se usara primeramente la técnica de la observación directa, a los pacientes ambulatorios como a los internados en el servicio de oncología clínica , mediante esta técnica captaremos algunos factores que nos interesa conocer, también usaremos la técnica de la entrevista donde podremos comunicarnos con el paciente, luego la encuesta que se realizara a los pacientes entrevistados con preguntas sencillas como ser datos personales y entre otras sencillas.

### **3.8 plan de análisis estadísticos:**

Análisis: Se utilizará las tablas de acuerdo a las preguntas realizadas y en números totales de cantidad, y porcentaje según obtenidos en todas las preguntas, y en Gráficos a fin de que las gráficas expresen claramente toda la información contenida en los cuadros, el tipo de gráficos que más parecen adecuarse son “Gráficos en barra”.

Toda la información obtenida se registró en una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas, luego se realizó un análisis estadístico simple con sumatoria de puntajes según respuestas.

## **4. RESULTADOS**

### **5. 4.1 presentación de resultados:**

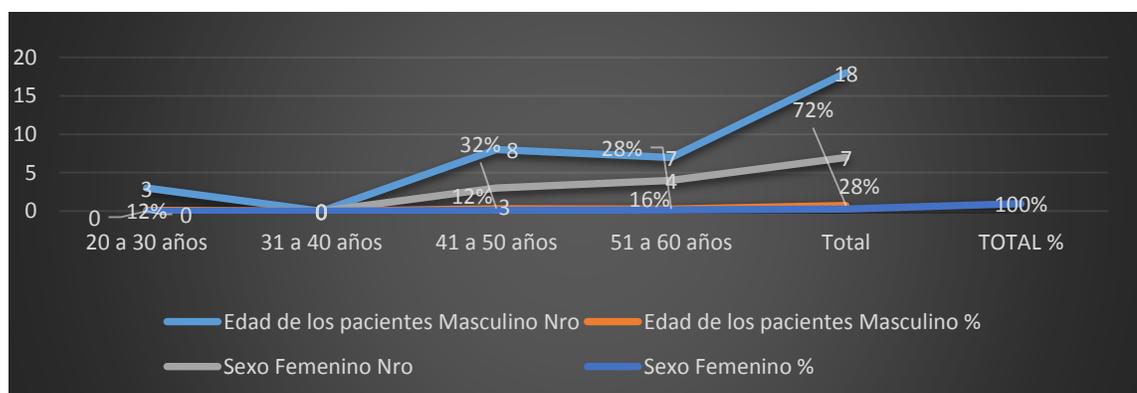
La presentación de resultados se realiza en cuadros y gráficos. En los gráficos varones con el color azul se identifica y mujeres con el plomo según preguntas realizadas.

**TABLA: 1**  
**EDAD Y SEXO EN LOS PACIENTES CON CÁNCER BUCAL EN EL**  
**SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLINICA**

Edad de los pacientes	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
20 a 30 años	3	12%	0	%
41 a 50 años	8	32%	3	12 %
51 a 60 años	7	28%	4	16%
Total	18	72%	7	28%

**Fuente:** Elaboración propia

**GRAFICO N. 1**



**INTERPRETACIÓN:** En varones el 12% tienen entre 20 a 30 años, y el 32% corresponde a la edad de 41 a 50 años y un 28% tienen entre 51 a 60 años. Mujeres un 12% tienen entre 41 a 50 años y un 16% tienen entre 51 a 60 años. Un total de 72% varones y un 28% mujeres.

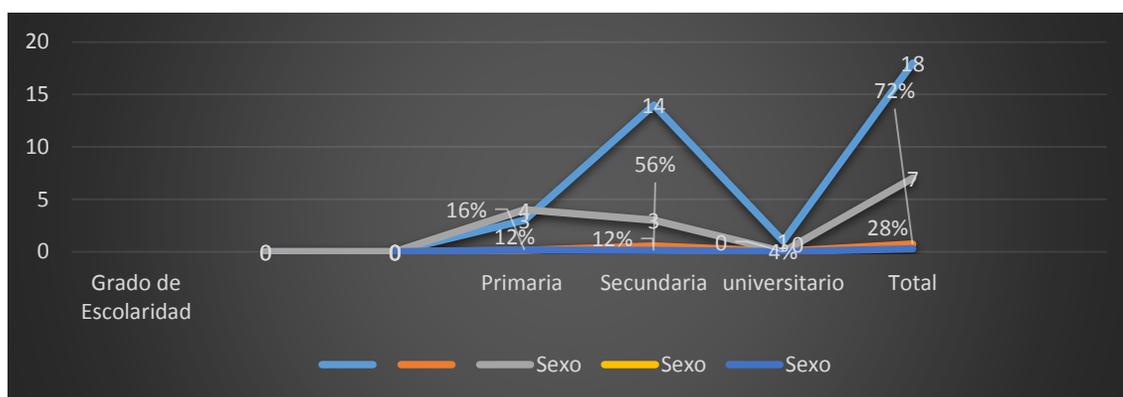
TABLA: 2

**GRADO DE ESCOLARIDAD EN LOS PACIENTES CON CANCER BUCAL  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE  
CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017.**

Grado de Escolaridad	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Primaria	3	12%	4	16%
Secundaria	14	56%	3	12%
universitario	1	4%	0	0%
Total	18	72%	7	28%

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO No. 2



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 56 % varones llegaron hasta nivel secundario, un 12 % a la primaria, y un 4% a la universidad. En cuanto a mujeres un 16% llegaron a la primaria y un 12% a la secundaria.

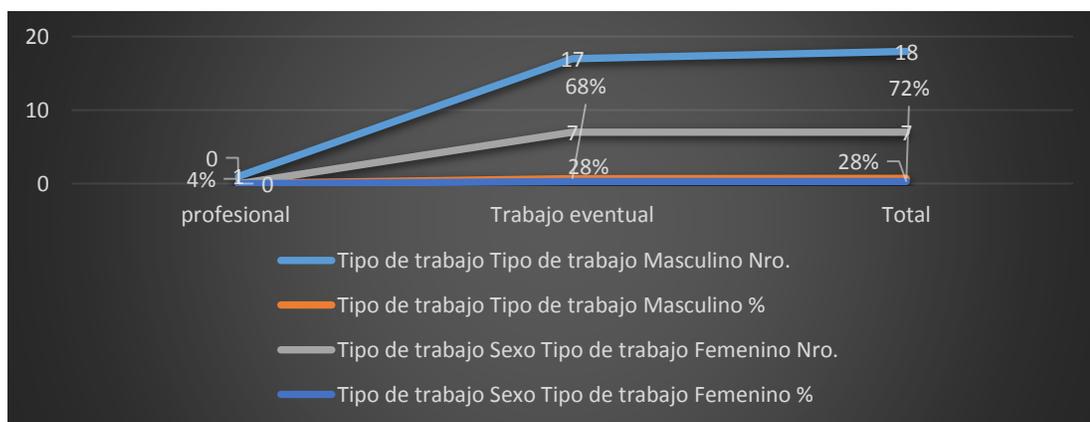
TABLA: 3

**TIPOS DE OCUPACION LABORAL DE LOS PACIENTES CON CANCER BUCAL DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLINICA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017**

Tipo de trabajo	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Profesional	1	4%	0	%
Trabajo eventual	17	68%	7	28%
Total	18	72%	7	28%

**Fuente:** Elaboración propia.

GRAFICO No. 3



**INTERPRETACIÓN:** Del 100% de la población un 68 % de los varones tienen trabajos eventuales, y un 4% tiene profesión, mujeres un 28 % solo trabaja eventualmente.

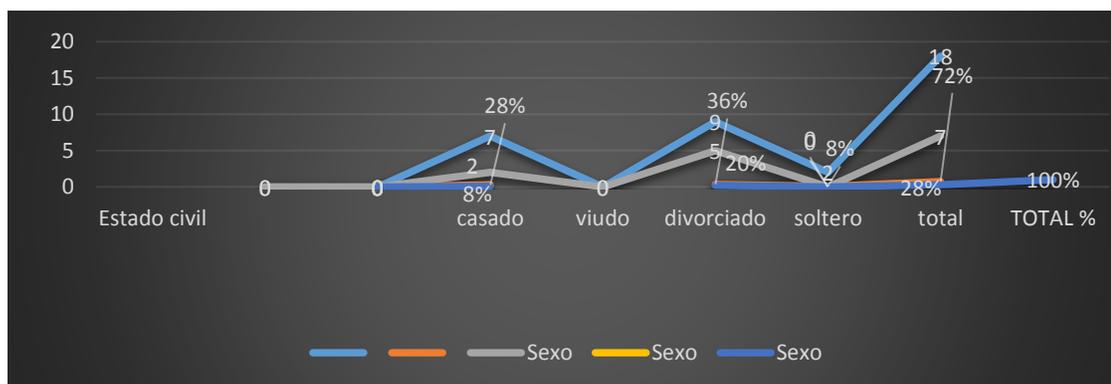
TABLA: 4

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON CANCER BUCAL DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN  
LA GESTIÓN 2017**

Estado civil	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
casado	7	28%	2	8%
viudo	0		0	
divorciado	9	36%	5	20%
soltero	2	8%	0	%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO No. 4



**INTERPRETACION:** Del 100% de los pacientes un 36% de los hombres son divorciados y un 28% son casados y un 8% solteros. En mujeres un 20% son divorciadas y un 8% son casadas.

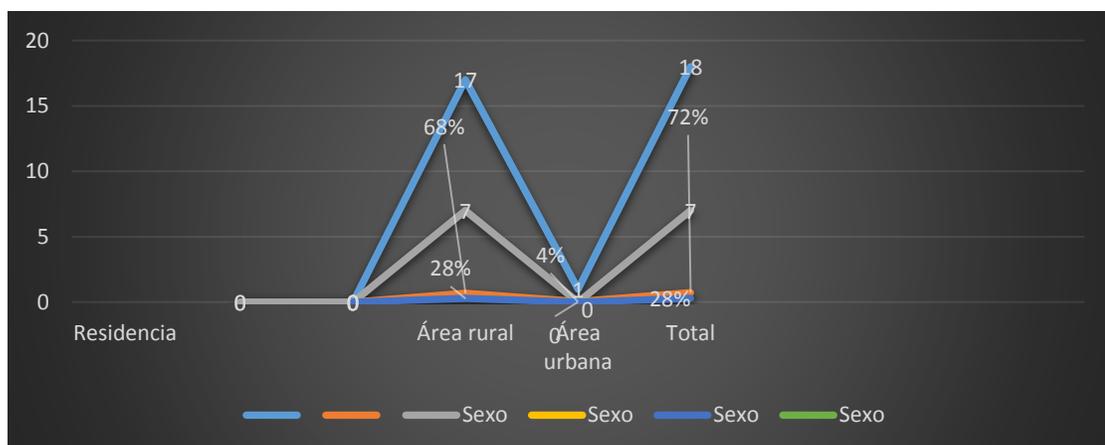
TABLA: 5

**RESIDENCIA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER BUCAL DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017.**

Residencia	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Área rural	17	68%	7	28%
Área urbana	1	4%	0	%
Total	18	72%	7	28%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO No. 5



**INTERPRETACION:** El 68 % de hombres y un 28% en mujeres viven en área rural y un 4% viven en área urbana provenientes del área rural. La cual llega hacer el 100% dela población de estudio.

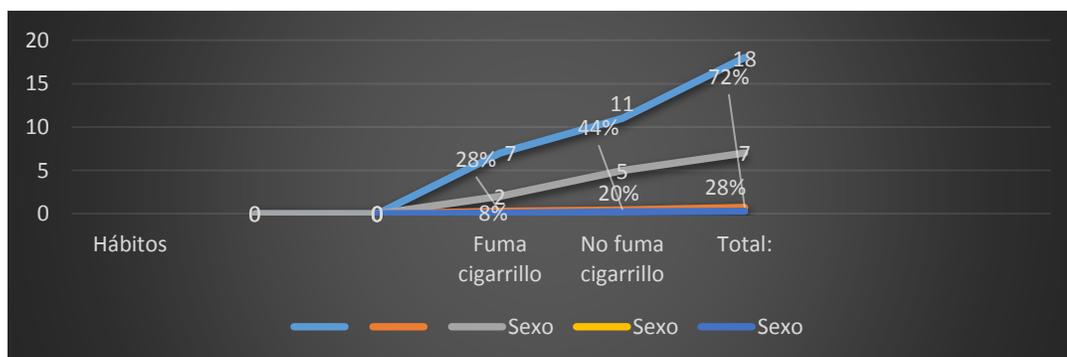
TABLA: 6

**HÁBITOS DE FUMAR CIGARRILLOS EN LOS PACIENTES CON  
CANCER BUCAL EN ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE  
CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017**

Hábitos	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Fuma cigarrillo	7	28%	2	8%
No fuma cigarrillo	11	44%	5	20%
Total:	18	72%	7	28%

**Fuente:** Elaboración propia

GRAFICO No. 6



**COMENTARIO:** El 44 % de los varones y el 20% de mujeres no fuman cigarrillos. Un 28% de los varones y un 8% de mujeres fuman cigarrillos. El total de la población en estudio es un 36% que fuman y un 64% no fuman cigarrillos.

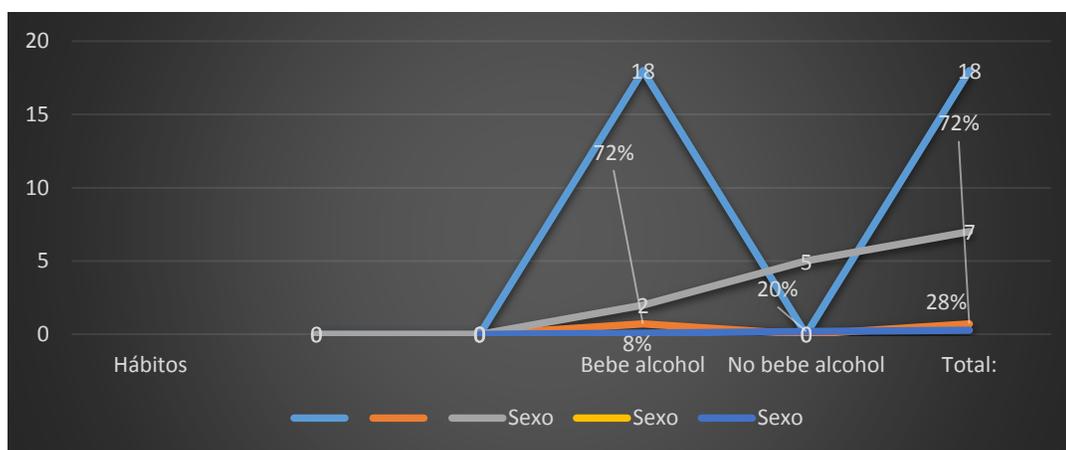
TABLA: 7

**CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS PACIENTES CON CANCER BUCAL  
EN ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN LA  
GESTIÓN 2017.**

Hábitos	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Bebe alcohol	18	72%	2	8%
No bebe alcohol	0	%	5	20%
Total:	18	72%	7	28%

**Fuente:** Elaboración propia

GRAFICO No. 7



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 72 % de los varones consumen alcohol y un 8 % en mujeres. La población que no consume el alcohol es un 20% que corresponde a las mujeres.

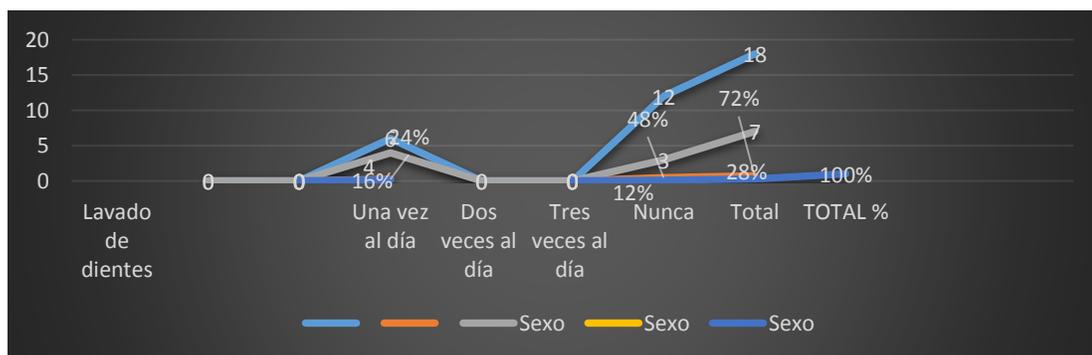
TABLA: 8

**LA FRECUENCIA DEL LAVADO DE DIENTES EN LOS PACIENTES CON  
CANCER BUCAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLINICA EN EL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017.**

Lavado de dientes	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Una vez al día	6	24%	4	16%
Dos y tres veces al día	0	%	0	%
Nunca	12	48%	3	12%
Total	18	72%	7	28%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO No. 8



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 48 % de varones y un 12 % de mujeres no se lavan los dientes, un 24% de varones y un 16% de mujeres se lavan los dientes una vez al día.

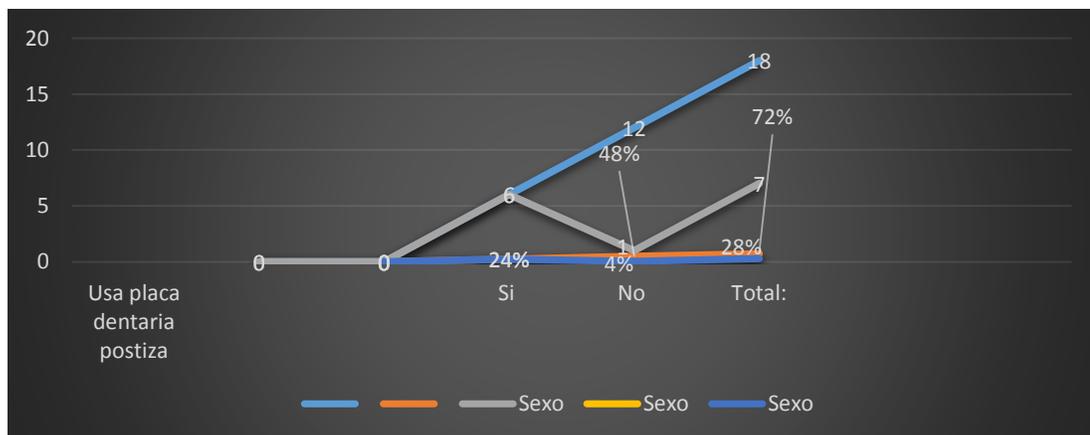
TABLA: 9

**USO DE PLACAS DENTARIAS POSTIZAS EN LOS PACIENTES CON  
CÁNCER BUCAL DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL  
HOSPITAL DE CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017**

Usa placa dentaria postiza	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Si	6	24%	6	24%
No	12	48%	1	4%
Total:	18	72%	7	28%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO No. 9



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 48 % de los varones no usan placa dentaria postiza, un 24 % si usan, mientras en mujeres un 24% usan y un 4% no usan placa dentaria postiza.

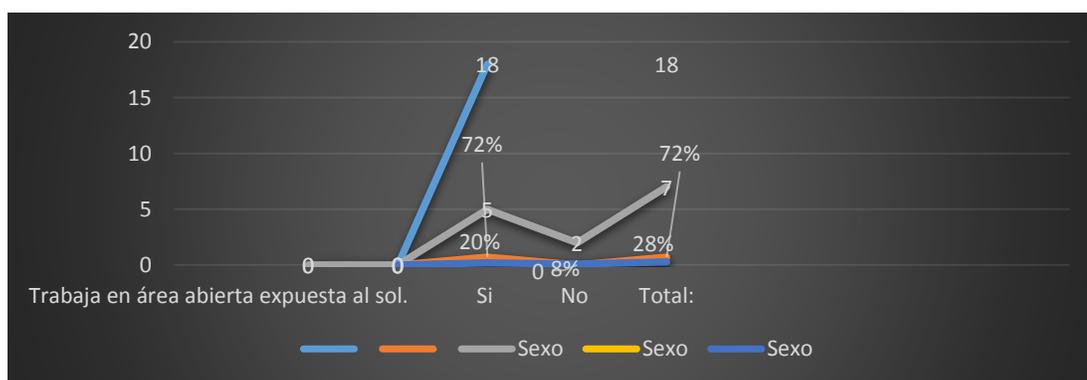
TABLA: 10

**ÁREA DE TRABAJO DE LOS PACIENTES CON CÁNCER BUCAL DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN  
LA GESTIÓN 2017**

Trabaja en área abierta expuesta al sol.	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Si	18	72%	5	20%
No		%	2	8%
Total:	18	72%	7	28%

**Fuente:** Elaboración propia

GRAFICO No. 10



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 72% de los hombres trabajan expuestos al sol, un 20%. De mujeres también trabajan bajo el sol y un 8% de mujeres no están expuestos al sol.

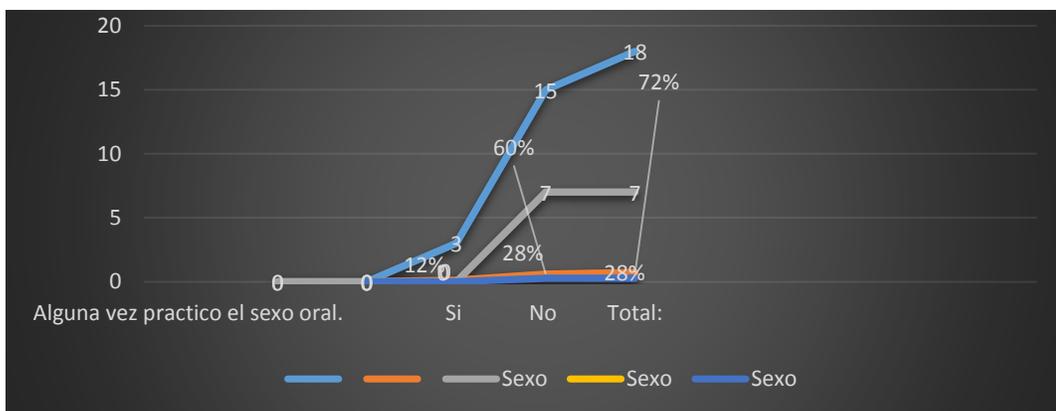
TABLA: 11

**HÁBITOS DE SEXO ORAL EN PACIENTES CON CÁNCER BUCAL DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017**

Alguna vez practico el sexo oral.	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Si	3	12%	0	%
No	15	60%	7	28%
Total:	18	72%	7	28%

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO No. 11



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 60% de varones y mujeres con un 28%, no practicaron el sexo oral y el 12% de varones si practicaron el sexo oral.

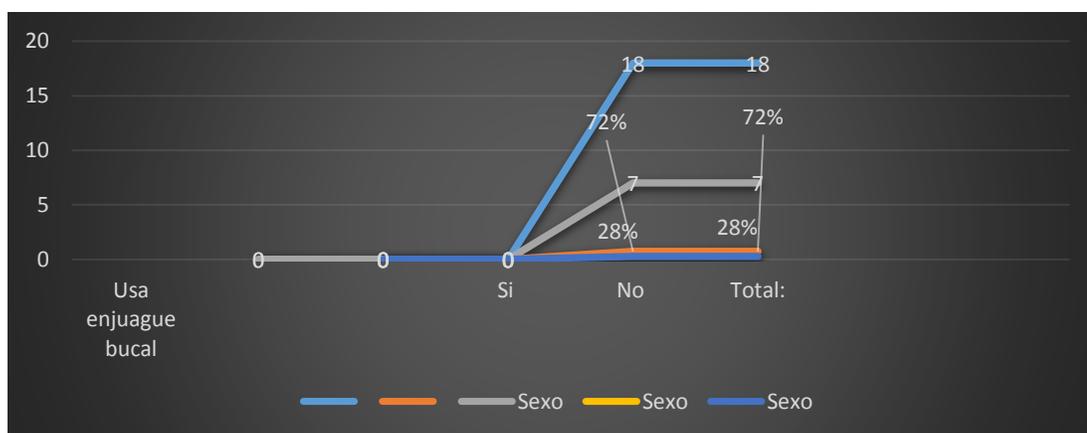
TABLA: 12

**USO DE ENJUAGUE BUCAL EN PACIENTES CON CÁNCER BUCAL DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS  
EN LA GESTIÓN 2017**

Usa enjuague bucal	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
Si	0	%	0	%
No	18	72%	7	28%
Total:	18	72%	7	28%

**Fuente:** Elaboración propia

GRAFICO No. 12



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 72% de varones y un 28% de mujeres nunca usaron enjuague bucal.

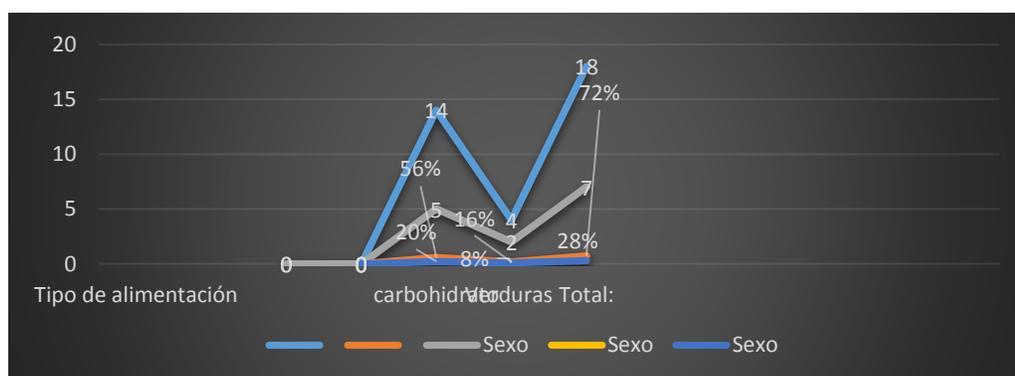
TABLA: 13

**TIPO DE ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES CON CÁNCER BUCAL  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE  
CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017**

Tipo de alimentación	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Nro.	%	Nro.	%
carbohidrato	14	56%	5	20%
Verduras	4	16%	2	8%
Total:	18	72%	7	28%

**Fuente:** Elaboración propia

GRAFICO No. 13



**INTERPRETACION:** Del 100% de la población un 56% de los varones y un 20% de mujeres se alimentan de carbohidratos, un 16% de varones y un 8% de mujeres indican que su alimentación es sana.

## 4.2 Análisis y discusión de resultados:

El cáncer bucal ha sido considerado como una enfermedad mucho más frecuente en varones que en mujeres. Esto se ha debido principalmente al mayor consumo de tabaco y alcohol en el pasado por parte de los varones. Como esta conducta se ha igualado con el tiempo, a la vez que ha aumentado el número de cánceres bucales relacionado a VPH, la diferencia entre géneros ha disminuido también a una relación que aproxima cada vez más de manera que algunos autores ya no lo consideran un factor de riesgo .**CORDOBA UNIVERSIBA**

Según la investigación factores de riesgo del cáncer bucal en los pacientes de oncología del hospital de clínicas de la ciudad de la paz, se evidencio según las encuestas realizadas y los resultados obtenidos que la mayoría de los pacientes con cáncer bucal son varones con un 72 % y las mujeres con 28 %, realizando una comparación con el dato de la universidad de córdoba podemos de decir que el alcoholismo es el factor a nivel mundial que lleva a un cáncer bucal ya que así señala los datos nacionales e internacionales.

Se ha demostrado que el humo ajeno, también llamado «humo ambiental», causa cáncer de pulmón en adultos no fumadores. El tabaco sin humo (en forma de productos de tabaco orales, tabaco de mascar o en polvo) provoca cáncer de boca, esófago y páncreas. **(O. M. SALUD 2016) 2**

Realizando una comparación también en nuestro país es un factor que desencadena una enfermedad como es el cáncer bucal ya viendo en los resultados los hombres más que las mujeres fuman los cigarrillos, vemos que en Bolivia es un problema de salud que necesita ser tomado en cuenta y concientizarnos del peligro que este es para nuestro cuerpo. Viendo que es peligro en diferentes países del mundo.

En Brasil, hay al menos 16 registros de cáncer en todo el país. El cáncer oral es el séptimo cáncer más común en Brasil, según el informe Incidencia de Cáncer en Brasil del año 2008, emitido por el Ministerio de Salud de Brasil. Hay dos patrones claros sobre la aparición de cáncer oral y orofaríngeo, y las regiones del sur tienen una tasa de incidencia de cáncer oral más alta que las regiones del norte, y tendencia similar en tasas de mortalidad. **(M. 1995)**

Viendo datos internacionales en Bolivia también podemos hablar por zonas o departamentos donde existen factores asociados al cáncer bucal como ser el alcohol cigarrillos, el cáncer bucal no está en el primer lugar como causa mortalidad, pero si aumenta el número de pacientes con esta patología. En este país, no somos los primeros pero cada año va creciendo en porcentaje la cual es preocupante en Bolivia, en el hospital de clínicas son los pacientes un número de 25 entre hombres y mujeres, viendo que en Brasil se asemeja en su cantidad.

A partir de los análisis descriptivos, fue posible detectar patrones diferenciados sobre grados de conocimientos en función del género. Así pues, las mujeres demostraron un nivel más alto, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. Por el contrario, las diferencias en función de otros criterios **EL SALVADO) Universidad Evangélica de El Salvador.**

Realizando una comparación podemos mencionar que la mayoría de las mujeres son las que están más informadas sobre el cáncer, se puede decir que saben sobre algunos cuidados más que los hombres, con esto no decimos que conocen el tema en perfección pero saben algo sobre la enfermedad escuchando a otras personas.

### **4.3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:**

#### **4.3.1 conclusiones:**

Las conclusiones fueron formuladas de acuerdo a las interrogantes, objetivos e hipótesis del plan de investigación.

**PRIMERA:** se identificó los factores de riesgo ya que era nuestro objetivo saber ,conocer y así poder de alguna manera contribuir con una atención de calidad y tratamiento, también dar una promoción sobre estos factores que causan cáncer bucal a pacientes o familiares.

**SEGUNDA:** Llegamos a la conclusión que la mayoría de la población masculina son los más propensos a adquirir el cáncer bucal, los factores que con llevan al cáncer bucal son el alcoholismo, el cigarrillo, la exposición al sol varias horas sin protección, y la precariedad en el aseo bucal, la cual vemos que mediante la tabulación de la encuesta podemos decir que en Bolivia como en otros países son los mismos factores que conllevan al cáncer bucal.

**TERCERO:** una vez obtenido estos datos se relacionó estos factores con lo que es la enfermedad del cáncer bucal, podemos decir con seguridad que son factores propios del cáncer bucal ya que viendo artículos y trabajos de tesis de otro países son semejantes estos factores que con llevan al cáncer bucal, no solo de boca si no también es de otros tipos de cáncer como ser: estomago pulmón hígado entre otros en el mundo entero.

Con seguridad que en Bolivia el cáncer bucal está creciendo en la población a comparación de años anteriores es una enfermedad que se adquiere por algunas cosas que la población ignora o desconoce o piensa que son simples, viendo de fondo analítico trae grandes complicación si no hay cuidado en nuestro cuerpo y el control en el abuso de algunas sustancias como el alcohol y al cigarrillo. Puedo destacar lo importante para no llegar a la muerte controles médicos prevención y tratamiento oportuno.

#### **4.3.2 RECOMENDACIONES:**

**1.** Habiendo encontrado un nivel alto en los hombres y bajo en las mujeres se recomienda lo primero poder tomar conciencia sobre el daño que causa el alcohol los cigarrillos, la importancia de la higiene bucal y el peligro de exponernos al sol por mucho tiempo. Realizar controles médicos cada 6 meses así para evitar cualquier enfermedad o dar tratamiento oportuno a alguna molestia, no abusar de algunas sustancias que puede causarnos la muerte.

**2.** se insta a las autoridades municipales, locales para poder implementar programas de prevención y educación sobre el cáncer bucal, ya que es de urgencia implementar esta acción por que se ve que va creciendo el número de pacientes con cáncer.

**3.** se recomienda que el estado nacional pueda tomar importancia y dar prioridad a esta enfermedad implementado programas de detección oportuna prevención, promoción, rehabilitación en el tiempo preciso en puestos de salud, centros de salud, hospitales de 2do y 3er nivel y por qué no en escuelas colegios, club de madres, organizaciones sociales etc, ya que es un problema a nivel país y mundial que necesita ser tratada con urgencia.

**4.** se recomienda tomar conciencia al personal de salud dando una pequeña información sobre los factores del cáncer bucal tanto en el trabajo como a fuera ya que esta enfermedad no distingue clase social ni edad.

## 5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

### ANTECEDENTES

1. Milián A, González M. Tumores malignos de la mucosa oral.2005
2. Organización mundial de salud aumento de mortalidad en pacientes con cáncer de boca <https://www.dental-tribune.com/...latin-america/dt> 2016
3. Organización Panamericana de la Salud, OPS. De Datos Básicos a Índices Compuestos: Una Revisión del Análisis de Mortalidad Boletín Epidemiológico 200; 23(4), Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org) [Consulta el 12 de enero de 2004].
4. Alfredo Alatorre Selector, 1 sep. de 2004 -121 páginas Organización mundial de salud aumento de mortalidad en pacientes con cáncer de boca <https://www.dental-tribune.com/...latin-america/dt> 2016
5. Revista Cubana de Estomatol. 2016;53(3):128-145
6. Tesis elaborado Jose Angel Garcia, Carmen Castro De Dias factores de riesgo en san salvador ecuador.
7. Instituto Nacional de Estadísticas Chile, Anuario de estadísticas vitales y anuario de demografía.
8. Organización Mundial de la Salud, Chile. Diagnóstico epidemiológico del tabaquismo, daños producidos por el tabaco y costos económicos. <http://pwr-chi.bvsalud.org> .
9. [www.lostiempos.com/actualidad/.../estudio-cancer-es-enfermedad-mas-temida-bolivia](http://www.lostiempos.com/actualidad/.../estudio-cancer-es-enfermedad-mas-temida-bolivia) 30 jul.-2018.

### Literatura Docente. Textos básicos

1. Patología quirúrgica. Colectivo de autores. Facultad de Estomatología
2. Programa Nacional del P.D.C.B. MINSAP. Facultad de estomatología

3. Patología Bucal II. Colectivo de autores. Facultad de Estomatología. ISCM-.
4. Sanatana Garay, J.C. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. Editorial ciencias médicas; 2010 Textos complementarios.
5. Patología Bucal. William Shafer.
6. Robbins SL. Patología estructural y funcional. Edición Revolucionaria. 1985.
7. Sitio web de Cirugía Maxilofacial de Infomed en: <http://www.sld.cu/sitios/cirugiamaxilo> Textos Auxiliare
8. . Santana J G. Atlas de patología bucal. 1ra edición. Habana: Editorial Científico técnica; 1985.
9. . Santana J G. El estomatólogo en la detección del Cáncer Bucal. Edición. Centro Nacional información de ciencias médicas. Habana, 1975.
10. Guías prácticas Clínicas. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de estomatología. 2002.  
Paginaweb: [www.sld/bus/aps/temáticas](http://www.sld/bus/aps/temáticas).
11. Santana JG. Prevención y Diagnóstico del Cáncer Bucal. Edición. Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
12. Seleccionado el natalicio del Prof DCs Julio César Santana Garay, como Día Latinoamericano de Lucha Contra el Cáncer Bucal. Rev. cuba. estomatol; 47(1), ene.-mar. 2010.
13. Cancer de la Cavidad Oral y del Labio. Cancernet: Instituto Nacional del Cancer. USA. 1998. Prevención y Diagnóstico del Cáncer Bucal. 37
14. García Heredia G, Miranda Tarragó J. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev. Cuba. estomatol; 46(4), 2009
15. García Roco Pérez O. Cáncer bucal. ¿Informar al paciente?. Humanidades Médicas; 3 (2), 2003.

16. González Molesma, Ruiz Avila I y cols. Presencia de papilomavirus humano 16 en los carcinomas orales de células escamosas. *Medicina Oral* 1996; 2: 15-20.
17. Hebert; J.R; London J. Miller DR. Consumption of meat and fruit in relation to oral and esophageal cancer a cross national study. *Nutr cancer* 1993; 169-72.
18. Hermida Rojas M, González Docando YE, Borroto D. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Avila. Estudio de quince años (1991 a 2005). *Mediciego*;13(1), jun. 2007
19. Hermida Rojas M, Santana Garay JC, González Docando YE, Borroto Alcorta D. Factores de riesgo del cáncer bucal. *Mediciego*;13(1), jun. 2007.
20. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Registro Nacional del Cáncer, Minas, La Habana, 2000.
21. Instituto Nacional de Oncología: Dpto. de Estadística del INOR, La Habana, 2000.
22. Landrían Díaz C, Espeso Nápoles N, Hidalgo CR, García Roco Pérez O. Capacitación del médico general integral en el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal. *Arch. méd. Camaguey*;11(1), ene.-feb. 2007.
23. López Cedrón. JL.: Evaluación pronóstica del carcinoma avanzado de lengua y suelo de boca. Tesis doctoral. 1993. Fac Med. Odont. País Vasco. 1. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de prevención de cáncer. Ginebra: OMS; 2002.
24. . Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
25. MINSAP. Estado de salud bucal. Evaluación de la situación en Cuba. Año 1984-1998. La Habana: MINSAP; 1999.
26. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2002.

27. Mora M. Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 17(3): Mayo-Jun., 2001.
28. Ariosa Argüelles JC, Valentín González F, Rodríguez González GM, Rodríguez Reyna JC. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. Rev méd electrón [Seriada en línea]. 28(6): 2006. Disponible en: url: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema11.htm> [Consulta: 2009-01-8]

**ANEXOS**

## **ANEXOS: 1**

### **NOTA DE SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN**

## **HOSPITAL DE CLINICLAS UNIVERSITARIO LA PAZ**

**La paz del 2017**

**Señor:**

Dr. Gonzalo Zillerico Salinas

**DIRECTOR DEL HOSPITAL DE CLINICAS UNIVERSITARIO LA PAZ**

**Presente:**

**REF: AUTORIZACION PARA REVISION DE HISTORIAL CLINICO ENCUESTA A PACIENTES ONCOLOGICOS CON CANCER BUCAL DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA INTERNADOS COMO AMBULATORIOS**

Mediante la presente le hago llegar mis más sinceros saludos deseándole éxitos en sus labores que desempeña.

El Motivo de la presente es para comunicar a su autoridad que mi persona pretende realizar un estudio cumpliendo como requisito en la especialidad y Maestría en Enfermería médico quirúrgico en la universidad Juan Misael Saracho que lleva como título **“FACTORES DE RIESGO DEL CANCER BUCAL EN LOS PACIENTES DE ONCOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS EN LA GESTION 2017”**

El objetivo del estudio, identificar los Factores de riesgo del Cáncer Bucal, basados en la observación, preguntas encuesta y comunicación con el paciente.

El estudio aportara a la unidad de oncología, con conocimientos sobre los factores identificados del cáncer de bucal, para poder dar calidad de atención de enfermería a los pacientes oncológicos con C.A. Bucal. También una prevención y educación a los demás pacientes del hospital de clínicas. Por tal motivo pido muy respetuosamente su autorización para la revisión de historias clínicas realizar encuestas a pacientes ambulatorios e internados del servicio oncología clínica.

Agradecida de antemano me despido de su autoridad.

Lic. Marisabel Quisbert Paredes

ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA CLINICA

CI: 6067517 LP

Director del Hospital

Jefa de Enfermeras

## **ANEXO: 2**

### **NOTA DE SOLICITUD PARA LA AUTORIZACIÓN**

## **HOSPITAL DE CLINICLAS UNIVERSITARIO LA PAZ**

**La paz del 2017**

**Señor:( a)**

Lic. Zenaida Zarco Aruquipa

**JEFA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA H.C.**

**Presente:**

**REF: AUTORIZACION PARA REVISION DE HISTORIAL CLINICO ENCUESTA A PACIENTES ONCOLOGICOS CON CANCER BUCAL DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA INTERNADOS COMO AMBULATORIOS**

Mediante la presente le hago llegar mis más sinceros saludos deseándole éxitos en sus labores que desempeña.

El Motivo de la presente es para comunicar a su autoridad que mi persona pretende realizar un estudio cumpliendo como requisito en la especialidad y Maestría en Enfermería médico quirúrgico en la universidad Juan Misael Saracho que lleva como título **“FACTORES DE RIESGO DEL CANCER BUCAL EN LOS PACIENTES DE ONCOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS EN LA GESTION 2017”**

El objetivo del estudio, identificar los Factores de riesgo del Cáncer Bucal, basados en la observación, preguntas encuesta y comunicación con el paciente.

El estudio aportara a la unidad de oncología, con conocimientos sobre los factores identificados del cáncer de bucal, para poder dar calidad de atención de enfermería a los pacientes oncológicos con C.A. Bucal. También una prevención y educación a los demás pacientes del hospital de clínicas. Por tal motivo pido muy respetuosamente su autorización para la revisión de historias clínicas realizar encuestas a pacientes ambulatorios e internados del servicio oncología clínica.

Agradecida de antemano me despido de su autoridad.

Lic. Marisabel Quisbert Paredes

ENFERMERA DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA CLINICA

CI: 6067517 LP

Lic. Zenaida Zarco Aruquipa

JEFA DE ENFERMERAS DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA CLÍNICA

## ANEXO: 3

### ENCUESTA

**El Objetivo es para obtener el título de Magister en Médico Quirúrgico de la Universidad Juan Misael Saracho de Tarija**

La presente encuesta es parte de un trabajo de investigación que busca identificar los factores de riesgo del cáncer bucal, por lo cual es necesario de su ayuda así identificar las causas, por lo que solicito su llenado de forma objetiva y sincera. Los resultados de cada encuesta son completamente anónimos.

**Instructivo:** Marque la respuesta que considera correcta de las siguientes preguntas.

#### I.DATOS GENERALES:

1. Género: Masculino ( ) - Femenino ( ) edad ( )
2. Grado de escolaridad primaria ( ) secundaria ( ) universitario ( )
3. Profesional :( ) Otros trabajos eventuales.....
4. Estado civil: casado ( ) soltero ( ) viudo ( ) divorciado ( )
5. Residencia: área urbana ( ) área rural ( )
6. Hábitos: fuma cigarrillos si ( ) no ( )
7. Toma alcohol u otra bebida: si ( ) no ( )
8. Cuantas veces se lava los dientes: 1 vez ( ) 2 veces ( )  
3 veces ( ) nunca ( )
9. Usa placa dentaria postiza si ( ) no ( )
10. Trabaja en área abierta expuesto al sol. Si ( ) no ( )
11. Alguna vez practico el sexo oral si ( ) no ( )
12. Usa enjuague bucal si ( ) no ( )
- 13.Cuál es su alimentación: carbohidratos ( ) verduras ( )

## **ANEXO: 4**

### **TUMOR CANCERIGENO EN CAVIDAD ORAL**



### **AREA DE ESTADISTICA, ENTREGA DE HISTORIAL CLINICO**



## ANEXO: 5

### PACIENTE MASCULINO CON CANCER BUCAL EN LA SALA DE ONCOLOGIA CLINICA SALA VARONES



## ANEXO: 6

### UNIDAD DE ONCOLOGIA CLINICA



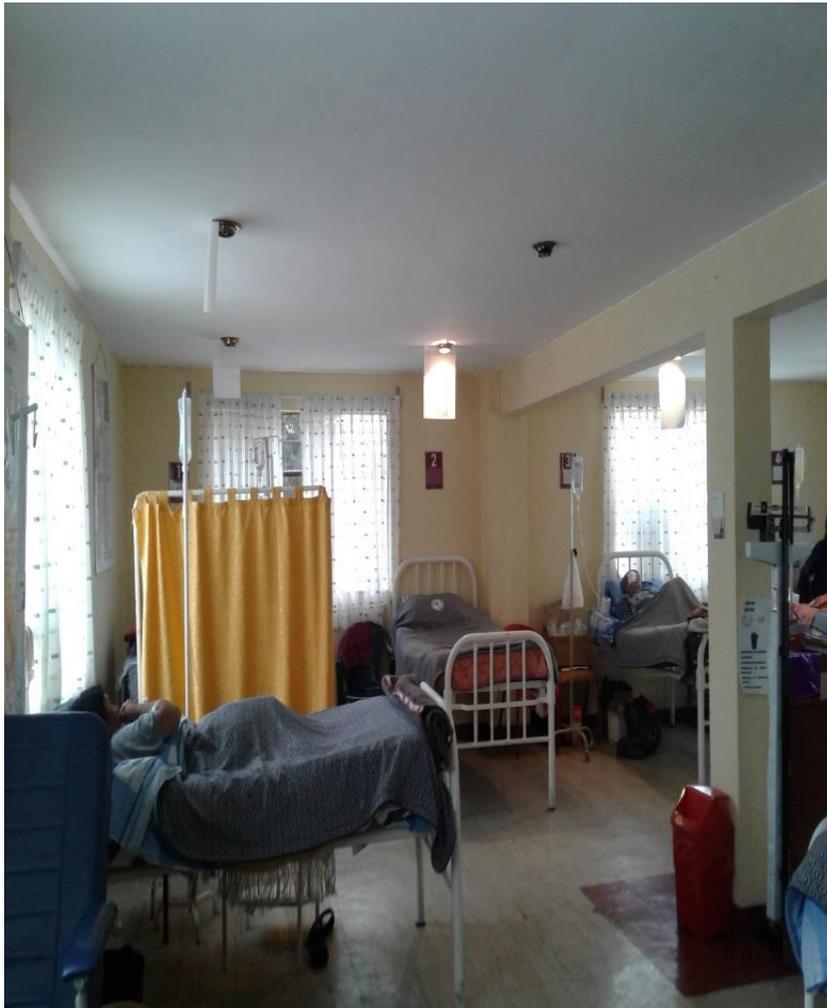
## ANEXO: 7

### PACIENTE CON CANCER BUCAL INTERNADA CON EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA



## ANEXO: 8

### SALA DE MUJERES PARA TRATAMIENTO PALIATIVO O QUIMIOTERAPIA



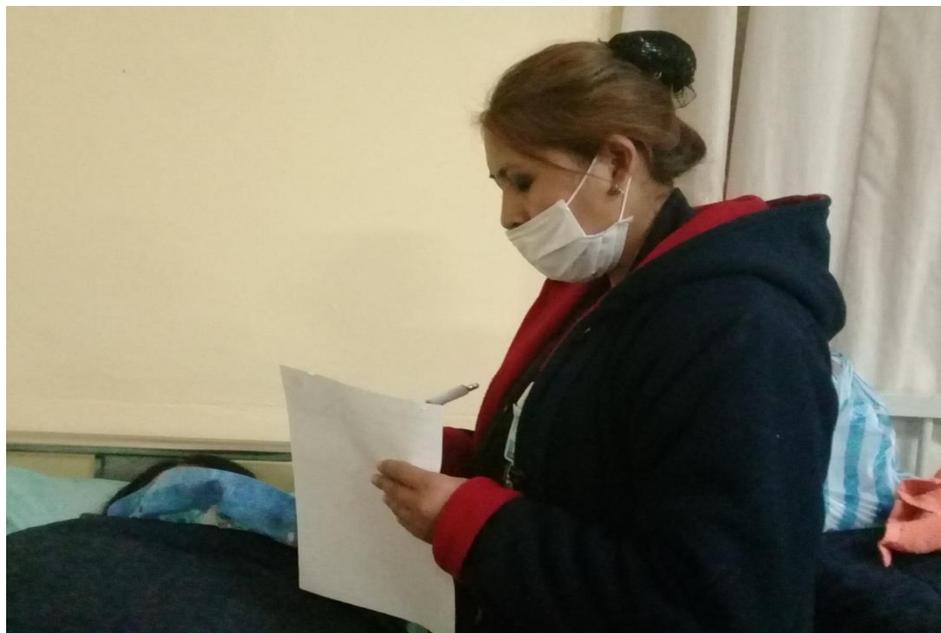
**ANEXOS: 9**

**BRINDANDO EDUCACIÓN SOBRE EL CÁNCER BUCAL**



**ANEXO: 10**

**REALIZANDO ENCUESTA SOBRE LAS PREGUNTAS  
PLANTEADAS**



**ANEXOS: 11**

**UNIVERSIDAD JUAN MISAEL SARACHO DE TARIJA**

**POST - GRADO**

La paz marzo 2019

**Señor (a):** Mgs Lic. Adelayda Chuquimia

**LIC. ENFERMERA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

**Presente:**

**REF. VALIDACION DE INSTRUMENTOS**

Distinguida profesional mediante la presente le hago llegar mis más sinceros saludos deseándole muchos éxitos en su labor que desempeña.

Mi persona **Lic. Marisabel Quisbert Paredes** identificado con **CI: 6067517 LP**

**ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD JUAN MISAEL SARACHO DE TARIJA,** vengo ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que estando realizando el trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO DEL CANCER BUCAL EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE CLINICAS EN EL GESTION 2017.** Necesito la validación para que este trabajo tenga viabilidad por tal razón vengo a su persona destacando su experiencia profesional en este campo, por tal razón recurro a su honorable persona para solicitarle su valiosa colaboración consistente en la revisión y análisis de los ítems propuestos en el ítems anexos cuyo objetivo es:

**IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO DEL CANCER BUCAL EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA CLINICA DEL HOSPITAL DE CLINICAS GESTION 2017.**

Sus observaciones y recomendaciones como juez de validación serán de gran ayuda para la elaboración final del instrumento de investigación.

Agradeciendo de antemano:

Esperando la debida atención a la presente, me despido de usted.

Atte.

Lic. Marisabel Quisbert Paredes

C I: 6067517 LP

## **ANEXO: 12**

### **PROPUESTA DE INTERVECIÓN**

#### **Factores de riesgo del cáncer bucal en los pacientes de oncología clínica del hospital de clínica en la gestión 2017**

### **INTRODUCCIÓN**

Se identificó los factores de riesgo ya que era nuestro objetivo saber ,conocer y así poder de alguna manera contribuir con una atención de calidad y tratamiento, también dar una promoción sobre estos factores que causan cáncer bucal a pacientes o familiares.

Llegamos a la conclusión que la mayoría de la población masculina son los más propensos a adquirir el cáncer bucal, los factores que con llevan al cáncer bucal son el alcoholismo, el cigarrillo, la exposición al sol varias horas sin protección, y la precariedad en el aseo bucal, la cual vemos que mediante la tabulación de la encuesta podemos decir que en Bolivia como en otros países son los mismos factores que conllevan al cáncer bucal.

### **JUSTIFICACION**

La presente intervención se realiza para poder tener resultados de la propuesta realizada a las autoridades superiores para el beneficio de los pacientes con cáncer bucal y para la población en general, teniendo como prevención una consulta o examen antes de poder presentar algún síntoma o neoplasia.

## **INTERVENCION**

En la intervención realizada en los pacientes de oncología en el hospital de clínicas fueron ejecutados como:

### **1. Educación sobre el consumo de bebidas alcohólicas:**

Esta Educación fue realizada en un momento de la entrevista cuando ya se tuvo confianza entre el paciente y el entrevistador mostrándoles fotografías sobre el cáncer bucal y esos factores que están muy estrechas al cáncer bucal, como el alcohol y cigarrillo y escuchando su historia de vida de la Sra. L. P. Indico que no conocía a fondo lo que es esta enfermedad.

### **2. Educación sobre la alimentación:**

También se habló de los alimentos que no son buenos para el organismo como fideo, arroz. Salchichas todo lo que es chatarra, que nuestro organismo necesita nutrirse con todo lo que tiene vitaminas calcio y demás. Sra. J.M y Sra. M. L. Y Sra. L.T indicaron que en su pueblo casi no venden verduras para su alimento. Sr. E. Q y Sr. E. L. que son solos y no pueden prepararse el alimento correcto, Sra. M.C. y Sra. Cr. L. Indican que no cuentan con recursos económicos para una buena alimentación, razón por la cual no tiene una buena alimentación.

### **3. Educación sobre el auto cuidado en la salud oral:**

Se habló sobre la salud oral la importancia de este y las consecuencias de un mal aseo o la deficiencia del mismo, el Sr. G M Y Sr. W. I. indican que no lo vieron importante que sus padre no se lavaban y jamás se enfermaron de nada, los demás no opinaron sobre el tema solo escucharon.

## **PROPUESTA SOBRE LOS FACTORES DE CÁNCER BUCAL EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN LA GESTIÓN 2017.**

1. Se pidió a las autoridades de sala que primeramente hagan campañas gratuitas para poder detectar diagnosticar o descartar cualquier lesión a nivel bucal, así personas de bajo recursos puedan beneficiarse de esta campaña.
2. Se pidió de la misma manera la campaña pero saliendo a provincias donde no hay visita de especialistas.
3. Se sugirió al director del hospital que pueda juntamente con las autoridades competentes que estos pacientes oncológicos con tratamientos quimioterapéuticos y cuidados paliativos puedan tener un descuento en sus pagos, ya que se puede ver que sus medicamentos o estadía en el hospital no pueden ser pagadas por que no cuentan con recursos económicos, ya que dicho tratamiento es muy caros y que el tiempo de permanencia en el hospital son muy largas.
4. Tener pantallas de televisión en pasillos, sala de consultorios, mostrando sobre la salud o algunas enfermedades mortales como es C.A ,y que los pacientes puedan informarse mediante este medio.

### **RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA PROPUESTA:**

1. Los resultados obtenidos del planteamiento de campaña gratuita, en la ciudad y en área rural, sobre la detección de C.A. oral no se pudo realizar por factor de tiempo ya que los médicos están con otros tipos de campañas como C.A.C.U.
2. En la propuesta número tres donde indica una rebaja a estos paciente en algunos medicamentos y rebaja de días de internación en sala, si se tuvo resultados positivos, donde los pacientes con C. A. cuentan con una rebaja o descuento económico que está encargada trabajo social y también cuentan con un lugar para quedarse días de tratamiento como la quimioterapia o radioterapia.

3. En la propuesta cuatro no se tuvo aun respuesta, no se cuenta con pantallas en pasillos.