



**Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes de odontología de la  
Universidad Antonio Nariño**

**Lina Katherine Rozo Florez, Nicolás Alvarado Ferrer y Jose Alejandro  
Barragán Reyes**

**Universidad Antonio Nariño**

Programa Odontología

Facultad de Odontología

Bucaramanga Santander, Colombia

2023

**Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes de odontología de la  
Universidad Antonio Nariño**

**Lina Katherine Rozo Florez, Nicolás Alvarado Ferrer y Jose Alejandro  
Barragán Reyes**

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:  
Odontólogo

Director

Edwin Gallardo, Especialista en Periodoncia

Codirector

Andrea Johanna Almario Barrera

Magister en Odontología

Línea de Investigación:

Ciencias básicas aplicadas a la clínica

**Universidad Antonio Nariño**

Programa Odontología

Facultad de odontología

Bucaramanga, Colombia

2023

## **Agradecimientos**

A la comunidad de la universidad Antonio Nariño y a las personas que la conforman, por brindarnos los conocimientos necesarios para llegar a este momento de nuestras vidas y poder cumplir uno de nuestros grandes sueños.

Al Doctor Edwin Gallardo, director del trabajo de grado, por su interés y acompañamiento en este trabajo de grado, quien nos ha brindado su conocimiento y ayuda para el desarrollo de esta investigación.

A quienes nos prestaron asesoría académica a lo largo de nuestra formación profesional que hoy nos permite optar al título de odontólogo.

## Tabla de Contenido

<b>1. Introducción</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema</b>	<b>13</b>
1.2 Justificación	15
1.3 Objetivos	16
<i>1.3.1 Objetivo general</i>	<b>16</b>
<i>1.3.2 Objetivos específicos</i>	16
<b>2. Marco teórico</b>	<b>17</b>
2.1 Marco de antecedentes	18
<b>2.1.1 Epidemiología del Cáncer oral</b>	<b>18</b>
2.2 Marco conceptual	20
<b>2.2.1 Factores etiológicos del Cáncer Oral</b>	<b>20</b>
<b>2.3 Patogénesis del cáncer oral</b>	<b>22</b>
<b>2.4. Diagnóstico</b>	<b>23</b>
<b>2.4.2. Prevención</b>	<b>25</b>
<b>3. Metodología</b>	<b>25</b>
3.1 Tipo de estudio.	25
3.2 Población	26
3.3 Muestra y muestreo	26

3.4	Criterios de selección del estudio	26
<b>3.4.1</b>	<b>Criterios de inclusión:</b>	<b>26</b>
<b>3.4.2</b>	<b>Criterios de exclusión:</b>	<b>26</b>
3.5	Variables	27
3.6	Procedimiento	27
3.7	Análisis de datos:	29
<b>3.7.1</b>	<b>Análisis univariado</b>	<b>29</b>
<b>3.7.2</b>	<b>Análisis bivariado</b>	<b>29</b>
4.8	Aspectos Éticos de la Investigación	30
<b>4.</b>	<b>Resultados</b>	<b>30</b>
4.1	Caracterización de la población a estudio de acuerdo con las variables sociodemográficas	30
4.2	Proporción de los niveles de conocimientos en cáncer oral en la población a estudio.	31
<b>4.</b>	<b>Discusión</b>	<b>35</b>
<b>5.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>40</b>
	<b>Referencias</b>	<b>41</b>
	Anexo B. Instrumento de recolección de Datos	55
	Apéndice C. Plan de Análisis estadístico	57
	Anexo D. Consentimiento informado	59

## Resumen

**Introducción.** El cáncer oral es una patología de gran importancia en la salud pública, debido a que es una de las enfermedades que la cavidad oral que amenaza la vida del individuo. Anualmente en el mundo son diagnosticados aproximadamente 300 000 nuevos casos de cáncer oral, de los cuales el 75% se encuentran en países en vía de desarrollo, generalmente en estadio avanzado. Por otro lado, en Colombia la información relacionada con el riesgo de padecer cáncer oral es bastante limitada. **Objetivo.** Determinar el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y prevención del cáncer oral en los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga. **Metodología.** Este estudio es de tipo observacional descriptivo de corte transversal se realiza en una muestra de estudiantes de quinto a decimo semestre de la Universidad de Antonio Nariño, sede Bucaramanga, mediante la aplicación de una encuesta para determinar el nivel de conocimiento sobre el Cáncer oral. **Resultados.** se obtuvo una muestra de 65 estudiantes entre quinto a decimo semestre de odontología, presentándose mayor frecuencia de participantes del sexo femenino en un 58,4% (38), con una mediana de edad de 23 años (RIQ 18-26), con estrato tres en un 36,92% (24), residentes en Bucaramanga en un 81,54% (53) y un 29,2% (19) de los estudiantes cursaban octavo semestre. Se observó que un 50,77% (33) de los participantes tenían un nivel de regular. **Conclusión.** Este estudio identificó un vacío existente en el conocimiento sobre cáncer oral entre los estudiantes de odontología de quinto a decimo semestre con niveles de conocimiento malos y regulares. Sin embargo, los estudiantes de quinto y sexto semestre reportaron un mayor nivel de conocimiento con una significancia estadística de 0,054.

**Palabras clave:** Estudiante de odontología, cáncer oral, factores de riesgo, prevención.

## Abstract

**Introduction.** Oral cancer is a pathology of great importance in public health, because it is one of the diseases of the oral cavity that threatens the life of the individual. Approximately 300,000 new cases of oral cancer are diagnosed annually in the world, of which 75% are found in developing countries, generally in advanced stages. On the other hand, in Colombia the information related to the risk of suffering from oral cancer is quite limited. **Objective.** Determine the level of knowledge about the diagnosis and prevention of oral cancer in students from fifth to tenth semester of the dental clinic of the Antonio Nariño University, Bucaramanga campus. **Method.** This study is of a cross-sectional descriptive observational type and is carried out in a sample of students from fifth to tenth semester of the University of Antonio Nariño, Bucaramanga campus, by applying a survey to determine the level of knowledge about oral cancer. **Results.** A sample of 65 students was obtained between the fifth and tenth semester of dentistry, with a higher frequency of female participants at 58.4% (38), with a median age of 23 years (IQR 18-26), with a stratum three in 36.92% (24), residents in Bucaramanga in 81.54% (53) and 29.2% (19) of the students were in the eighth semester. It was observed that 50.77% (33) of the participants had a fair level. **Conclusion.** This study identified an existing gap in knowledge about oral cancer among fifth to tenth semester dental students with poor and fair levels of knowledge. However, fifth and sixth semester students reported a higher level of knowledge with a statistical significance of 0.054.

**Keywords:** Dental student, oral cancer, risk factors, prevention.

## 1. Introducción

El cáncer oral (CaO) es una patología de gran importancia en la salud pública, debido a que es una de las enfermedades que la cavidad oral que amenaza la vida del individuo. Además, ocupa entre el sexto y octavo lugar a nivel mundial y ocasiona del 3 al 10% de la mortalidad por cáncer (Bittar, 2010). De acuerdo con las estimaciones publicadas por la American Society of Clinical Oncology, a nivel mundial, 476.125 personas fueron diagnosticadas con cáncer oral y orofaríngeo en el año 2020 (Cancernet, 2022).

Igualmente, las estadísticas reportadas sobre el cáncer oral son más del doble en el género masculino que en el femenino y las personas de piel blanca tienen más probabilidades de ser diagnosticados de cáncer oral de manera pertinente y oportuna que el resto. La edad promedio reportada con mayor frecuencia al momento de emitir el diagnóstico es 63 años, reportándose así un 20% de los casos en personas menores de 55 años y muy rara vez en pacientes pediátricos (Cancernet, 2022).

En Colombia, este tipo de cáncer tiene una letalidad estimada de 36.38%, según un artículo publicado en National Library of Medicine, donde la mayoría de los casos son diagnosticados en etapas tardías, presentándose con mayor frecuencia el carcinoma de células escamosas (De salud, 2022). Por otro lado, de acuerdo con los datos ingresados al Sistema de Información de Cáncer en Colombia en el año 2017, en la ciudad de Bucaramanga se evidenció una frecuencia del 13% de casos de cáncer de lengua y glándulas salivares, seguido por un 9% de cáncer en mucosa de la cavidad oral generalizada (Infocancer, 2022),



## **1.1 Planteamiento del problema**

El cáncer oral es considerado una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud, cobrando 8,8 millones de vidas solo en Estados Unidos y, aunque este tipo de cáncer no se encuentra dentro de los 5 más agresivos, no se debe dejar de lado su importancia ni pasar por alto su prevención (OMS, 2017).

A nivel mundial son diagnosticados aproximadamente 300.000 nuevos casos de cáncer oral al año, de los cuales el 75% se encuentran en países en vía de desarrollo, generalmente en estadio avanzado (Bittar, 2010), siendo sumamente necesario que el profesional en odontología desde su proceso de formación tenga claridad sobre los conceptos básicos que abordan lo relacionado a la patología oral.

En este orden de ideas, es el odontólogo el profesional de la salud que está más cercano a este tipo de patologías, por lo que el diagnóstico precoz del cáncer oral, además del conocimiento teórico y práctico que el operador pueda poseer, permite limitar la progresión de esta enfermedad a etapas más avanzadas que puedan propiciar la muerte del paciente (Ceccotti, 2007).

En Croacia, Loncar y cols. (2012) realizaron una investigación en la cual analizaron el conocimiento de 207 estudiantes de odontología de cuarto y quinto año sobre la prevención y detección temprana de cáncer oral en la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Zagreb, aplicando un cuestionario que arrojó un nivel de conocimiento del 95%, siendo mayor en los estudiantes de último año dado que estos tienen el doble de jornadas en práctica clínica.

Así mismo, a nivel nacional se efectuó un estudio en el año 2020 dirigido a estudiantes de medicina y odontología de varias universidades de Cali con el fin de evaluar el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral mediante la aplicación de una encuesta de 19 preguntas (Ordóñez, 2020). Los resultados arrojaron un nivel de conocimiento regular con un promedio de 8,7/19 para estudiantes de odontología y 11,2/19 para estudiantes de medicina, por lo que se sugiere replantear las estrategias en el abordaje académico.

Finalmente, a nivel departamental, en el año 2021 se analizó el conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño, encontrando que el 67% de los estudiantes contaban con el conocimiento idóneo sobre el tratamiento para esta patología (Súa, 2021), no obstante; ante una patología tan importante el nivel de conocimiento no es considerado suficiente, evidenciando un claro problema.

Según lo anteriormente mencionado, es claro que el odontólogo tiene una responsabilidad ligada a su profesión en lo relacionado a la detección de la enfermedad si algún signo o síntoma se presenta durante la consulta, no obstante; no existe evidencia científica a nivel departamental que permita evaluar el conocimiento que poseen los estudiantes de odontología que asisten a los estudiantes que realizan su práctica odontológica.

Por consiguiente, resulta sumamente importante identificar las falencias del conocimiento que se pueden presentar en estudiantes que asisten a práctica clínica odontológica, surgiendo así la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el diagnóstico y prevención del cáncer oral en los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga?**

**1.2 Justificación**

En la actualidad, el abordaje sobre el cáncer oral se encuentra orientado a la realización de un manejo multidisciplinario y más integral, con el propósito de mejorar el proceso diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Mateo, 2015). Sin embargo, es el profesional en odontología la persona que cuenta con la formación académica para la identificación de la patología, pues los conceptos básicos de dicha enfermedad bucal fueron estudiados durante su etapa estudiantil, siendo su participación activa, pertinente y oportuna de gran importancia para la mitigación de la morbilidad (Petersen, 2009).

Por lo tanto, un estudio realizado en el 2011 (Buelvas, 2011) deja en evidencia que los diagnósticos tardíos de cáncer oral están ligados a la demora de los profesionales, asegurando que existen informes que indican que la duración entre la visita al odontólogo y la interconsulta con el especialista es mayor que en el caso de la visita al médico y la interconsulta con el especialista, dejando por sentado que el profesional de la salud oral presenta mayor demora en la identificación y diagnóstico de cáncer oral, siendo indispensable el conocimiento básico sobre cáncer oral del operador durante la consulta odontológica (Mateo, 2015).

Dejando clara la importancia del rol del odontólogo en el diagnóstico del cáncer oral, este estudio permite identificar la presencia de falencias en cuanto al nivel de conocimiento frente al diagnóstico y prevención de la enfermedad en estudiantes, quienes son las

personas que por su formación profesional contienen los conocimientos básicos. A su vez, es de gran utilidad para la institución Universitaria Antonio Nariño, pues de acuerdo con los resultados se pueden tomar decisiones con relación al refuerzo de ciertas materias relacionadas con cáncer oral y ofrecer capacitaciones al cuerpo docente que permita transmitir una educación de mayor calidad, apuntando siempre a la formación integral de los odontólogos del futuro.

Por otro lado, la investigación es importante a nivel estudiantil pues a partir de los resultados permite que la institución de educación superior ofrezca a los estudiantes un refuerzo académico que fortalezca conocimientos y elimine falencias en cuanto al conocimiento lo que a su vez le proporciona mayor seguridad al estudiante al momento de generar un diagnóstico de cáncer oral.

Finalmente, a nivel general, la presente investigación permite crear conciencia sobre la importancia del conocimiento que deben tener los profesionales de la salud para establecer un diagnóstico a tiempo, así como la identificación de factores de riesgo los cuales pueden ser atacados por medio de medidas preventivas tanto en la consulta como de manera extramural, mejorando así la calidad de vida de la persona y minimizando la probabilidad de aparición del cáncer oral.

## **1.3 Objetivos**

### *1.3.1 Objetivo general*

Determinar el conocimiento sobre diagnóstico y prevención del cáncer oral en los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga en el primer periodo de 2023.

### *1.3.2 Objetivos específicos*

- Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga.
- Describir el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral que poseen los estudiantes de odontología que realizan sus prácticas en la clínica integral.
- Comparar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral de los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica.

## **2. Marco teórico**

El cáncer oral representa una malignidad de cabeza y cuello. El tejido afectado puede aparecer en cualquier parte de la cavidad oral incluyendo los labios, la lengua, la mandíbula y el maxilar. Típicamente, el cáncer oral es escamoso; sin embargo, las malignidades también pueden ocurrir dentro de las glándulas salivales y los ganglios linfáticos. El cáncer oral puede propagarse relativamente rápidamente a los ganglios linfáticos locales y a los pulmones (Drake, 2017).

La carcinogénesis oral como cualquier otro cáncer es una enfermedad progresiva y el epitelio normal pasa a través de etapas que comienzan de la displasia para finalmente transformar en fenotipos invasores. Aunque de todos los tipos de carcinomas que se ven en la cavidad oral, la forma más frecuente de cáncer oral es el carcinoma de células escamosas representando el 90% de los tumores primarios malignos, ubicándose con mayor frecuencia en el borde lateral de la lengua (García, 2009; Gonzales, 2006; Oliveira, 2010).

## **2.1 Marco de antecedentes**

### **2.1.1 Epidemiología del Cáncer oral**

El cáncer actualmente sigue representando un problema de salud pública en el mundo, por lo que la evaluación del conocimiento en el manejo de esta enfermedad se plantea como un reto para el mejoramiento en su diagnóstico y tratamiento (Ordoñez, 2020).

Uti y Fashina (Uti, 2006), López y colaboradores (López, 2010) realizaron investigaciones en las cuales se evaluó el conocimiento de los estudiantes de odontología con relación al cáncer oral, obteniendo como resultado que la mayoría de ellos no había recibido el conocimiento suficiente ni el entrenamiento clínico adecuado que les permitiera reconocer los signos de malignidad,

Así mismo, Greenwood en el año 2001, publicó un estudio en el cual evaluó el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en personal médico y odontológico, encontrando que, a pesar de compartir un gran conocimiento, existen diferencias, principalmente en lo relacionado a los factores de riesgo y evaluación clínica del paciente (Greenwood, 2001).

Otros estudios (Leão, 2005; Spaulonci, 2018; Stillfried,2016) realizados en Latino América en los cuales se realizó la evaluación del conocimiento sobre el cáncer oral realizada desde diferentes enfoques concluyeron que el conocimiento de los profesionales de la salud se encuentra por debajo del nivel óptimo, sentando el precedente de la evidente necesidad de reforzar el conocimiento.

A nivel nacional, Álvarez y colaboradores en el año 2005, realizaron un estudio en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín entre los años 1990 y 1996 con el único fin de lograr describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos diagnosticados de cáncer oral. De los 228 casos encontrados, el mayor porcentaje correspondía a hombres de sesenta años y más; el sitio más frecuentemente afectado fue la lengua con 30%, suelo de boca con 20,7% y el paladar con 17,7%. El 67% de los casos fueron consumidores de tabaco y el 29,8% alcohólicos. Los casos analizados presentaron estadios de cáncer IV y III con 55,1% y 19,8% de frecuencia respectivamente. Concluyendo así que el carcinoma escamo celular bucal se diagnostica principalmente en mayores de edad y en estadios avanzados, esto disminuye las probabilidades de éxito de los tratamientos curativos y a su vez desmejora la calidad de vida de los pacientes. Por lo que es necesario para los odontólogos conocer el comportamiento clínico, las manifestaciones, las características de los estadios iniciales y los posibles factores de riesgo asociados, con el fin de realizar el diagnóstico temprano y el control precoz de esta neoplasia” (Álvarez, 2005).

Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, realizó en el 2014 el IV estudio nacional de Salud bucal, más conocido como ENSAB IV, el cual logra establecer las lesiones consideradas como premalignas a partir de la identificación de leucoplasias, queilitis actínicas, eritroplasia y lesiones palatinas de pacientes fumadores. Este estudio encontró una mayor incidencia de leucoplasias en mujeres (0.14%), también en personas con mayor exposición a los rayos solares y al hábito de fumar. Por otro lado, la queilitis actínica que también se asocia a la exposición

crónica a rayos solares, presenta prevalencia baja y es mayor en hombres dedicados al producto agricultor y subasalariados (ENSAB IV, 2014).

## **2.2 Marco conceptual**

### **2.2.1 Factores etiológicos del Cáncer Oral**

Existen numerosos factores de riesgo del cáncer oral. Dentro de los cuales es posible destacar factores químicos como consumo del tabaco y alcohol, también existen factores biológicos como el virus del papiloma humano (VPH), sífilis, las deficiencias dietéticas o la presencia de un virus relacionado con el cáncer oral (Osterkamp, 1973).

#### **2.2.1.1 Factores químicos**

- **Tabaco:** El consumo del tabaco puede provocar tanto lesiones benignas, como pre malignas y malignas de la base de la lengua y de la mucosa bucal (Moreno, 2000) estos hábitos, pueden producir una concentración directa generando cambios en la membrana mucosa de la cavidad oral. Además, se han asociado con enfermedades displásicas o neoplásicas como resultado de la irritación química. (Osterkamp, 1973).
- **Alcohol:** La ingesta frecuente de bebidas alcohólicas han demostrado ser un factor causal en el desarrollo de cáncer oral, especialmente en los ubicados en el piso de la boca y la lengua (Osterkamp, 1973).

Ahora bien, la combinación de alcohol y tabaco tiene un efecto multiplicativo sobre el riesgo de cáncer oral. Dentro de los medios por los cuales el alcohol puede ejercer una influencia en la presencia de cáncer es la exposición del tejido a la sustancia, la cual



altera la permeabilidad celular y afecta el correcto metabolismo enzimático provocando una deficiencia inmunológica y alteración funcional del hígado (Ram, 2011).

### **2.2.1.2 Factores biológicos**

- Virus: los virus son capaces inhabilitar el sistema inmune del huésped y de modificar el ADN, las estructuras cromosómicas e inducir alteraciones proliferativas celulares (Ram, 2011). Un claro ejemplo es el VPH y el virus herpes simple, considerados actualmente como agentes causantes del cáncer oral (Ha, 2004). El VPH ha sido reportado en el 23,5% de los casos de cáncer oral, en especial en el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello, identificado en el 90-95% de todos los casos positivos para HPV, seguido de VPH-18, VPH-31 y VPH-33El VPH (Ha, 2004).
- Sífilis: Los datos que reportan asociación entre la sífilis y el cáncer oral son pocos, no obstante, existen reportes del 19 y 6% de positividad serológica para la sífilis entre los pacientes con cáncer de lengua (Ram, 2011).
- Cándida Albicans: la presencia de Cándida desempeña un papel importante en el inicio del cáncer oral. La literatura científica ha informado que la leucoplasia nodular infectada con Cándida tiene mayor posibilidad de generar una lesión maligna (Ram, 2011).

### **2.2.1.3 Factores Nutricionales**

Las frutas y verduras contienen componentes que afectan la activación de carcinógenos químicos. Por el contrario, un claro ejemplo de los alimentos que reducen la activación carcinogénica son las plantas crucíferas como la coliflor, el brócoli y el repollo, siendo

consideradas una fuente importante de isotiocianato, que interfiere en el metabolismo de las nitrosaminas (agentes carcinogénicos importantes) (Jané, 2003).

### **2.3 Patogénesis del cáncer oral**

El cáncer oral que se reporta con mayor frecuencia es el carcinoma epidermoide o carcinoma de células escamosas. Dicha patología, inicia con una leucoplasia que puede ser lisa o áspera, plana o elevada, ulcerada o intacta, caracterizada por presentar un engrosamiento del tejido (Osterkamp, 1973). Cuando la capa superficial de la lesión presenta células con núcleos retenidos, se denomina hiperparaqueratosis; si, por el contrario, no contienen núcleos, se denomina hiperortoqueratosis (Osterkamp, 1973).

El paso siguiente a la hiperplasia en la patogénesis del cáncer oral es la displasia, la cual se caracteriza por presentar células citológicamente atípicas y una alteración en la secuencia de maduración y organización del epitelio (Osterkamp, 1973). Finalmente, el cáncer confinado, muestra todos los criterios histológicos del cáncer, sin embargo; como aún no se ha extendido más allá de los límites del epitelio superficial, la invasión y la metástasis no están presentes en el carcinoma in situ, que puede persistir durante algún tiempo, incluso años, antes de progresar en carcinoma vascular (Osterkamp, 1973).

El carcinoma epidermoide presenta varios niveles de diferenciación. La secuencia de desarrollo del carcinoma es similar independientemente del origen, no obstante; las metástasis, que generalmente se producen a través de los vasos linfáticos del cuello, ocasionan hinchazón, ganglios indurados y enmarañados del cuello, hasta el punto de

producir fistulaciones y causar molestias marcadas (Osterkamp, 1973). Cuando la enfermedad se propaga, los órganos diana son los pulmones. (Osterkamp, 1973).

#### **2.4. Diagnóstico**

Los profesionales de la salud oral y general tienen como deber desempeñar un papel fundamental en la remisión de los pacientes con diagnóstico de cáncer tan pronto como sean identificadas las lesiones. Mejorar las habilidades de estos profesionales es esencial para mejorar las perspectivas de diagnóstico temprano, teniendo muy claros los hábitos que representan un factor de riesgo como lo son el alcoholismo y hábito de fumar (Rocha, 2009).

La biopsia rutinaria es una actividad que se practica en aquellos pacientes que presentan clínicamente características de lesiones precancerosas que pueden conducir a un diagnóstico precoz del cáncer oral invasivo subyacente (Mateo, 2017). Se debe examinar clínicamente toda la mucosa oral de forma exhaustiva, además de incluir la palpación de los nódulos linfáticos cervicales, revisión de las zonas de la boca que sean más propicias para el carcinoma; como el labio, suelo de boca, bordes laterales de la lengua y mucosa yugal. Otro método usado para el diagnóstico del cáncer oral es el test de screening o tamizaje que se utiliza para la determinación precoz de una enfermedad en etapa preclínica, en especial para pacientes asintomáticos. Los criterios para ejecutar el test de screening:

- La enfermedad debe ser un problema importante de salud.

- Debe haber un tratamiento aceptable para pacientes con esa enfermedad reconocida.

- Debe haber facilidades para el diagnóstico de la enfermedad.

- Debe haber un estadio sintomático temprano.

- El programa de screening debe ser costo-efectivo.

- La historia de la condición debe ser adecuadamente entendida, entre otras.

Si el paciente cumple por lo menos tres de estos criterios, la realización de la prueba es justificable (Lingen, 2008).

#### **2.4.1. Autoexamen**

El autoexamen es una práctica necesaria para el diagnóstico precoz del cáncer oral, representando a continuación la forma adecuada para realizarlo (ver figura 1). Si se detecta un cambio de color o la aparición de una lesión en mucosa oral que no cesa pasados los 15 días, se debe consultar a un profesional (MinSal, 2022).



Figura 1. Autoexamen cáncer oral (Muñoz, 2020)

#### 2.4.2. Prevención

Aproximadamente, tres de cada cuatro casos de cáncer oral pueden ser prevenidos mediante la eliminación del hábito del tabaco y la ingesta de alcohol y adicionalmente, será reducido el riesgo de formación de tumoraciones secundarias. Por otro lado, la implementación de una dieta saludable, con alto consumo de frutas, verduras y

antioxidantes también ayuda a la disminución de las probabilidades de padecer cáncer de cavidad oral (Mateo, 2017). La auscultación odontológica realizada de manera periódica se encuentra orientada a pacientes mayores de 60 años, que presenten lesiones premalignas en cavidad oral, consuman tabaco o bebidas alcohólicas, lo cual no excluye al resto de los habitantes de ser revisados de manera integral por su odontólogo anualmente. La importancia de la malignización de las lesiones precancerosas lleva a diseñar, adoptar y promover estrategias preventivas dirigidas sobre todo a poblaciones en riesgo elevado (Mateo, 2017).

### **3. Metodología**

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

Este estudio es de tipo observacional analítico de corte transversal y se realiza con el fin de determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral en los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño en el año , en un solo momento del tiempo. (Hernández, 2014).

#### **3.2 Población**

La población obedece a los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga que se encuentran actualmente realizando sus prácticas clínicas odontológicas.

#### **3.3 Muestra y muestreo**

La muestra de la presente investigación está constituida por 65 estudiantes de quinto a decimos semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga. El muestreo utilizado en el presente estudio es intencional o por

conveniencia, dado que la selección de los participantes de la investigación se realiza de acuerdo con los criterios de selección del estudio.

### **3.4 Criterios de selección del estudio**

#### **3.4.1 Criterios de inclusión:**

- Estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sede Bucaramanga de quinto a decimo semestre.
- Estudiantes que se encuentren realizando las prácticas en la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño.

#### **3.4.2 Criterios de exclusión:**

- Estudiantes que no quieran participar de manera voluntaria en la presente investigación.

### **3.5 Variables**

Las variables incluidas en la presente investigación se encuentran clasificadas de acuerdo con las características sociodemográficas de los estudiantes y al nivel de conocimiento del cáncer oral, el cual a su vez se categoriza en conocimiento sobre la etiología, factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y prevención. A continuación, se encuentra la operacionalización de las variables.

### **3.6 Procedimiento**

La presente investigación de tipo descriptivo está basada en el nivel de conocimiento de los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sobre el cáncer oral, por lo que tiene

como población a los estudiantes que cursan desde quinto a décimo semestre y se encuentran realizando su práctica clínica odontológica. Inicialmente, es necesario obtener la aprobación del anteproyecto por parte del comité de investigación de la universidad, posteriormente con el propósito de avalar la encuesta que se aplica a los estudiantes, se realizó la revisión de la misma por parte de tres expertos en el área (docentes de la facultad de odontología de la Universidad Antonio Nariño), de los cuales se reciben correcciones, recomendaciones y sugerencias para mejorar la encuesta y finalmente, obtener un instrumento de recolección de datos (Apéndice A) completo, claro y pertinente de acuerdo al objetivo de la presente investigación.

Una vez aprobada la encuesta se recurre a la Decana de la Facultad de Odontología y Coordinador de las Clínicas Odontológicas con el fin de obtener el permiso para asistir a cada una de las prácticas clínicas de los estudiantes de quinto a decimo semestre. En este punto el investigador reúne a los estudiantes, se presenta y explica el objetivo principal de la investigación, criterios de selección, fases del estudio, y la importancia y beneficios sobre su participación en el proyecto. Una vez culminada la presentación, se entrega el consentimiento informado (apéndice B) a todos los estudiantes para que sea firmado por aquellos que quieran participar. Las personas que firmaron el consentimiento recibieron la encuesta que evalúa el nivel de conocimiento sobre el Cáncer oral y se da un tiempo aproximado de 10 minutos para contestarla en su totalidad.

Finalmente, se recogen las encuestas y la información obtenida de manera física se digitaliza en el programa Microsoft Excel para su posterior revisión, tabulación, análisis y obtención de resultados.



### **3.6.1 Prueba Piloto**

Para la realización de la prueba piloto, se llevó a cabo el día 22 de febrero del año 2023 en la Universidad Antonio Nariño, en los estudiantes pertenecientes de 5 a 10 semestre, la cual se aplicó al 10% de la población muestra (N= 65).

Al momento de entregarse las encuestas se les indico las instrucciones para diligenciar el cuestionario y el objetivo del trabajo de grado, también se indicó que cualquier duda o inquietud podría ser resuelta por los investigadores. Después de entregarse el instrumento, se contabilizó cuanto tiempo se demoraba cada estudiante en completar cada uno de estos, dando como resultado que la persona que menos tiempo duro desarrollando el instrumento fue de 8 minutos y la que más tiempo duro fue de 12 minutos, dando como resultado un tiempo promedio de 10 minutos.

Al finalizar se revisaron los instrumentos y se preguntó si existía alguna duda o inquietud al respecto de alguna pregunta, se dio a conocer por los encuestados que el término “bidigital” en la pregunta 6 no era clara para los encuestados creando confusión, por lo tanto, entre paréntesis se le agrega explicación del significado. Además, los encuestados también dieron a conocer algunas preguntas que presentaban las respuestas divididas por paginas diferentes, se corrigió el orden de las respuestas para una mejor comprensión a la hora de contestar la encuesta.

## **3.7 Análisis de datos:**

### **3.7.1 Análisis univariado**

La totalidad de las variables son de naturaleza cualitativa, por ende, se analizaron por medio de porcentaje y frecuencias absolutas (Apéndice C).

### **3.7.2 Análisis bivariado**

De acuerdo a la clasificación de las variables de naturaleza cualitativa, es posible categorizarlas como variables independientes, para el caso de las variables propias de las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento sobre la etiología, factores de riesgo, tratamiento y prevención del cáncer oral y por otro lado, la variable dependiente es el nivel de conocimiento total sobre el cáncer oral, las cuales pueden ser relacionadas entre sí mediante la prueba estadística de Chi-cuadrado o test de Fisher. Se tuvo en cuenta una significancia estadística con un valor de  $p < 0,05$  (Ver apéndice C).

### **4.8 Aspectos Éticos de la Investigación**

Conforme la Resolución 8430 de 1993, Artículo 11, el cual establece los lineamientos relacionados con las investigaciones en salud realizadas en Colombia, considera el presente trabajo como una “Investigación sin riesgo” (Min Salud, 1993). Por otro lado, la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, desarrollan el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, suprimir, actualizar y rectificar todo tipo de datos personales recolectados, almacenados o que hayan sido objeto de tratamiento en bases de datos en las entidades del públicas y privadas.

## 4. Resultados

### 4.1 Caracterización de la población a estudio de acuerdo con las variables sociodemográficas

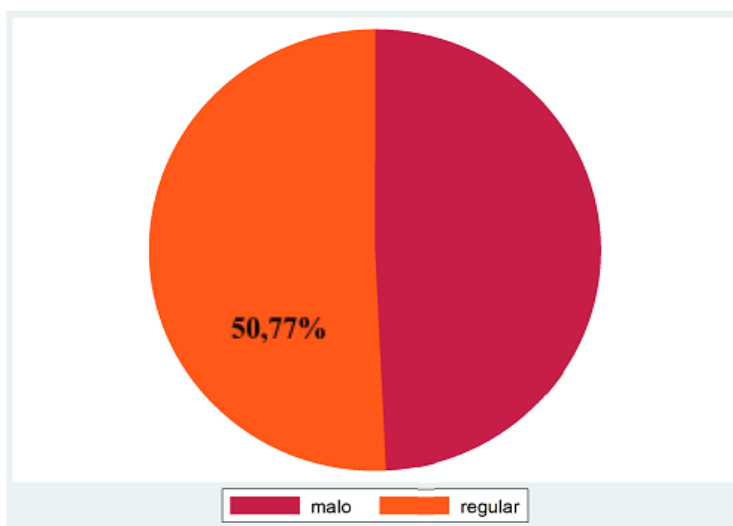
De acuerdo con la encuesta presencial realizada en las instalaciones de la Universidad Antonio Nariño en el presente estudio, se obtuvo un marco muestral de 65 personas entre quinto a decimo semestre de la facultad de odontología, en la que se determinó los conocimientos sobre cáncer oral, presentándose mayor frecuencia de participantes del sexo femenino en un 58,4% (38), con una mediana de edad de 23 años (RIQ 18-26), con estrato tres en un 36,92% (24), residentes en Bucaramanga en un 81,54% (53) y del semestre de octavo en un 29,2% (19) (Ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas de la población en odontología

<b>Variab</b> les	<b>Frecuencia (n)</b> <b>Mediana</b>	<b>Porcentaje (%)</b> <b>RIQ</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	38	58,4
Masculino	27	41,5
<b>Edad</b>	23	18-26
<b>Semestre académico</b>		
5° semestre	15	23,0
6° semestre	8	12,3
7° semestre	12	18,4
8° semestre	19	29,2
9° semestre	6	9,2
10° semestre	5	7,6
<b>Estrato socioeconómico</b>		
Estrato 1	7	10,77
Estrato 2	10	26,15
Estrato 3	24	63,08
Estrato 4	23	98,46
Estrato 5	1	100,00
<b>Residencia</b>		
Bucaramanga	53	81,54
Floridablanca	8	93,85
Girón	3	98,46
Piedecuesta	1	100,00

#### 4.2 Proporción de los niveles de conocimientos en cáncer oral en la población a estudio.

Debido a la gran incidencia de esta enfermedad es de mayor importancia la capacidad de aprendizaje para el manejo de los pacientes, al adquirir conocimientos acerca del cáncer oral se ayudará a tener un mayor cuidado y se detectará a tiempo para tener un mejor pronóstico de vida; sin embargo, de acuerdo con los resultados del estudio se observó que un 50,77% (33) de los participantes tenían un nivel de regular (Figura 1). Donde estos indican que la localización más común del cáncer oral se presenta en la lengua con un 63,08% (41), con respecto a los principales factores riesgo se encontró que el tabaco y el alcohol con una frecuencia de un 78,46% (51), indicando además que el sexo en el cual es más frecuente el cáncer oral es el masculino en un 75,38% (49), la lesión leucoplasica con más posibilidad de ser maligna sería la homogénea en un 60,00% (39) e indican que una de las maneras más efectivas para detectar esta patología a tiempo es con una biopsia con bisturí en un 67,69% (44) (Ver Tabla 2).



**Figura 1.** Distribución del nivel de conocimientos sobre el cáncer oral.

**Tabla 2.** Descripción de respuestas a las preguntas de conocimiento en cáncer oral.

Preguntas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>La localización más común del cáncer oral en cavidad oral propiamente dicha, además de los labios</b>		
Lengua	41	63,08
Piso de boca	18	27,69
Paladar	6	9,23
<b>Aparte de cavidad oral propiamente dicha, el cáncer más frecuente se localiza en</b>		
Orofaringe	42	64,62
Nasofaringe	21	32,31
Laringe	2	3,08
<b>La forma más común de cáncer en cabeza y cuello es</b>		
Adenocarcinoma de glándulas	20	30,77
Sarcoma	20	30,77
Carcinoma escamocelular	25	38,46
<b>El cáncer oral se presenta típicamente en</b>		
Mayores de 40 años	19	29,23
Personas de 30-40 años	33	50,77
Mayores de 60 años	13	20,00
<b>En el cáncer oral, los nódulos linfáticos metastásicos son</b>		
Fijos, duros y no sensibles	14	21,54
Móviles, blandos y sensibles	25	38,46
Fijos, sensibles y blandos	26	40,00
<b>El método bidigital (se sujeta el tejido entre el pulgar y uno o más dedos), es la forma correcta de examinar</b>		
Surco vestibular	28	43,08
Lengua	20	30,77
Piso de boca	17	26,15
<b>Los principales factores de riesgo relacionados con cáncer bucal son</b>		
Tabaco y alcohol	51	78,46
VPH	13	20,00
Químicos y metales pesados	1	1,54
<b>El cáncer de cabeza y cuello más frecuente en nuestra población es</b>		
Orofaringe	32	49,23
Labio	9	13,85
Lengua	24	36,92
<b>El sexo más frecuentemente afectado por el cáncer oral es</b>		
Hombre	49	75,38
Mujer	16	24,62
<b>El desorden potencial maligno más frecuente es</b>		
Leucoplasia	28	43,08

Eritroplasia	12	18,46
Liquen plano	15	23,08
Lesión palatina de fumador inverso	10	15,38
<b>La lesión leucoplasica con más posibilidad de ser maligna es</b>		
Leucoplasia homogénea	39	60,00
Leucoplasia no homogénea	26	40,00
<b>Acciones preventivas que debe realizar el odontólogo</b>		
Consejería de estilo de vida saludable en población riesgo	28	43,08
Consulta regular con el odontólogo	18	27,69
Enseñar autoexamen a sus pacientes	19	29,23
<b>¿Cuál es el factor de riesgo que tiene más relación para desarrollar carcinoma escamo celular?</b>		
Tabaco	26	40,00
Alcohol	2	3,08
HPV	13	20,00
Exposición al sol	9	13,85
Inmunosupresión	5	7,69
Bajo consumo de frutas y vegetales	-	-
Hábitos de masticar sustancias	2	3,08
Edad avanzada	0	00,00
Presencia de desórdenes potencialmente malignos	6	9,23
Historia previa de cáncer escamocelular	2	3,08
<b>¿Cuál de las siguientes lesiones puede transformarse en una lesión potencialmente maligna?</b>		
Leucoplasia	23	35,38
Eritropsia	2	3,08
Lesión de fumador inverso	10	15,38
Lupus eritematoso oral	9	13,85
Disqueratosis congénita	-	-
Reacción de injerto vs huésped	1	1,54
Lesiones liquenoides	3	4,62
Liquen plano	7	10,77
Candidiasis crónica	6	9,23
Queilitis actínica	3	4,62
Fibrosis submucosa oral	1	1,54
<b>¿Cómo piensa que el cáncer oral se presenta o se observa en la cavidad oral?</b>		
Ulcera persistente por más de dos semanas	6	9,23

Lesión roja	4	6,15
Lesión blanca	18	27,69
Bulto o masa	8	12,31
Úlcera que no cicatriza	18	27,69
Nódulos linfáticos agrandados	8	12,31
Dificultad o dolor para deglutir	3	4,62
Movilidad limitada de la lengua	-	-
<b>¿Cuál de las siguientes técnicas puede ayudar en el diagnóstico del cáncer oral?</b>		
Biopsia con bisturí	44	67,69
Azul toluidina	8	12,31
Biopsia con cepillo	7	10,77
Lámpara fluorescencia	2	3,08
Citología	4	6,15
<b>Las lesiones iniciales sospechosas de malignidad en cavidad oral pueden ser</b>		
Pequeñas manchas rojas y/o blancas indoloras	32	49,23
Pequeñas manchas blancas y/o rojas dolorosas	25	38,46
Grandes parches blancos removibles al frotis	8	12,31
<b>Las lesiones avanzadas pueden ser</b>		
Úlceras, dolorosas y duras	22	33,85
Úlceras, blandas, dolorosas	28	43,08
Abultadas, blandas y móviles	15	23,08

### 5.3 Relación de los niveles de conocimientos con las variables de sexo y semestre

De acuerdo con el análisis bivariado, no se reportaron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables dependientes de conocimientos en el cáncer oral con las variables sociodemográficas, donde se encontró un conocimiento regular en el sexo femenino en un 55,26% (21), debido a que presentaron valores  $P \geq 0,05$ . Sin embargo, se pudo observar, con respecto al nivel de conocimiento, que se presentó una mayor proporción del nivel malo en los estudiantes de octavo semestre en un 57,87% (11) sobre el cáncer oral, mismo que si reportó asociaciones estadísticamente significativas con un valor de  $p: 0,054$  (Ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Relación nivel de conocimientos y variables sociodemográficas.

<b>Variab</b> les	<b>Malo</b> n (%)	<b>Regular</b> n (%)	<b>Valor P</b>
<b>Sexo</b>			
Femenino	17 (44,74)	21 (55,26)	0,272*
Masculino	15 (55,56)	12 (44,44)	

<b>Semestre académico</b>			
5° semestre	8 (53,33)	7 (46,67)	0,054*
6° semestre	2 (25,00)	6 (75,00)	
7° semestre	7 (58,33)	5 (41,67)	
8° semestre	11 (57,89)	8 (42,11)	
9° semestre	-	6 (100,00)	
10° semestre	4 (80,00)	1 (20,00)	

Nota: \*Fisher's Exact

#### **4. Discusión**

Según la Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer, se aprecia que aproximadamente 20 millones de personas a nivel mundial están diagnosticadas con cáncer y más del 50% de estas patologías ocurren en los países en vías de desarrollo, por lo que se calculó que en los próximos 20 años se registrarán acerca de 15 millones de nuevos casos de cáncer anualmente (Stewart, 2003), cifras demasiado preocupantes.

El cáncer es el responsable de la quinta parte de la mortalidad por todas las enfermedades crónicas en a nivel de latino américa, generando 459.000 fallecimientos en el año 2002 (OPS, 2007). A nivel nacional el carcinoma escamocelular es la patología con mayor aparición en cavidad oral la cual se origina con una lesión premaligna que representa el 25,7% de todos los cánceres de piel según el Instituto Nacional de Cancerología en 1998 (Nagao, 2003).

Estas cifras alarmantes son de gran interés en salud pública, pues el diagnóstico temprano y la educación que se puede dirigir a diferentes poblaciones sobre temas relacionados con los factores etiológicos del cáncer oral pueden marcar la diferencia (Nagao, 2003).

Así las cosas y dado la importancia de identificar el cáncer oral de manera temprana, además de



su origen, es fundamental que los profesionales de la salud obtengan su título y ejerzan su profesión con un nivel de conocimiento adecuado.

En el presente estudio encuestó a una muestra constituida por 65 estudiantes de quinto a décimo semestre del pregrado de odontología de la Universidad Antonio Nariño de la ciudad de Bucaramanga, Santander sobre sus conocimientos relacionados con el cáncer oral, donde el 50,77% de la muestra arrojó un nivel de conocimiento regular y el 49,23% malo, lo cual puede ser justificado por el hecho de la información transmitida a los estudiantes no es suficiente o que al entrar en las prácticas clínicas, enfocan su interés en dichas actividad, dejando de lado los aprendizajes teóricos adquiridos en semestres anteriores.

Estos resultados pueden ser comparados con el estudio publicado por Izaguirre en el año 2012, titulado Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes de último año de la carrera profesional de odontología en tres universidades de Lima, Perú en la cual se logró identificar que el 45% de los estudiantes reportaron un nivel de conocimiento regular, cifra que se aproxima a la evidenciada en la presente investigación (Izaguirre, 2012). Izaguirre aplicó un cuestionario de 24 preguntas en una muestra de 150 estudiantes, dicho cuestionario evaluó el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral en cinco secciones: epidemiología, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer oral y los califico de bueno, regular y bajo (Izaguirre, 2012); lo cual presente similitud con la distribución del cuestionario y categorización de los resultados del presente estudio, pues permite ofrecerle al lector unos resultados más detallados sobre la sección en la cual se reporta mas bajo nivel de conocimiento.

En cuanto a la comparación de los resultados expresados por Izaguirre P (Izaguirre, 2012) y esta investigación, es posible explicar el alto porcentaje de desconocimiento dentro de los

estudiantes debido a que a lo largo de su periodo estudiantil, los alumnos han estado expuesto a la información y el desarrollo de diversas asignaturas propias de su plan de estudio dentro de las cuales se encuentra patología general y oral, asignatura que trata el tema relacionado con el cáncer oral y demás a fines que se cursa en el IV semestre y es de carácter teórico, por lo que para el momento de efectuar la práctica clínica, puede ser que el alumno no cuente con la capacidad de mantener la información aún presente y presente limitaciones para identificar una lesión temprana al realizar el examen clínico del paciente.

La habilidad del estudiante o del profesional de la salud para identificar una lesión temprana, la cual tiene alto riesgo de desarrollar una patología cancerígena, es uno de los principales retos que existen en la actualidad, donde tanto los profesionales en la salud oral como los de la medicina general tienen responsabilidad. De acuerdo a lo anterior, es preciso mencionar el estudio desarrollado por Fernández J en Angola en el año 2012 (Fernández, 2012), en el cual se quiso evaluar el nivel de conocimiento frente al cáncer oral en estudiantes de la facultad de medicina de una institución de educación superior, encontrando que en el 68,67% de la muestra evaluada, predominó un nivel de conocimiento malo. Lo cual, según el autor, se explica debido a lo que concluyeron los estudios mencionados con antelación en la presente discusión y es, el enfoque del interés del alumno a medida que cursa su plan de estudios, el cual es muy variado, por lo que quizás lo relacionado a la patología oral, para ellos representa un tema de menos interés y esto infiere en el nivel de conocimiento limitado al momento de efectuar la práctica clínica.

Ahora bien, a diferencia del estudio publicado por Rahman B. el at. en el año 2013, mediante el cual no se evidenciaron diferencias significativas entre el semestre de estudio cursado al momento de la aplicación de la encuesta sobre nivel de conocimiento del cáncer oral, en el

presente estudio se evidenció que el nivel de conocimiento de los estudiantes de noveno semestre fue regular en el 100%; por otro lado, el 80% de los estudiantes de decimo semestre arrojó un nivel de conocimiento malo y el 75% de los estudiantes de sexto semestre arrojaron un nivel de conocimiento regular, permitiendo concluir que los estudiantes de semestres más bajos presentan un mejor nivel de conocimiento relacionado con el cáncer oral a comparación de los estudiantes de últimos semestres, con un valor de  $p=0,054$ .

Fue posible coincidir con los resultados de Raham (Raham, 2013) al relacionar el sexo con el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre cáncer oral, pues tampoco se reportaron diferencias estadísticamente significativas debido a que ambos sexos reciben la misma información y/o educación, mediante los mismos métodos y con la misma intensidad dependiendo del ciclo de estudio o semestre que estén cursando, mediante el reporte de una relación estadística no significativa entre ( $p>0.05$ )

Analizando los resultados de manera más detallada, en la presente investigación el 63% de los estudiantes encuestados señaló correctamente la localización más frecuente de cáncer oral, el 38,5% reconoció el carcinoma escamo celular como la forma más común de cáncer oral y el 43% señaló a la leucoplasia como la lesión relacionada a cáncer oral, con más ocurrencia. Estos resultados son similares a los de Carter y Ogden (Carter, 2007), cuyos resultados mostraron que tanto médicos como odontólogos generales tenían la facultad de identificar con mayor frecuencia las lesiones o cambios clínicos y esto se debe a que los profesionales de la salud oral, puntualmente, son quienes realizan el examen de la cavidad oral en cada procedimiento clínico y por lo tanto el estudiante, mediante su formación se encuentra familiarizado con el examen de las estructuras biológicas propias de la cavidad oral y por lo tanto la identificación de anomalías será más fácil, no obstante, es preciso mencionar que los porcentajes de identificación siguen siendo

bajos para el nivel de conocimiento esperado en estudiantes de odontología y futuros profesionales de la salud.

Dentro de las fortalezas de la presente investigación, cabe resaltar que sus resultados, sirven como un diagnóstico del diseño del plan de estudio, mediante el cual se pueden mejorar los aspectos derivados del aprendizaje sobre el cáncer oral que recibe el estudiante durante su formación profesional. También concientiza tanto a los estudiantes como al docente, universidad y profesional de la salud sobre la importancia de tener claro los conocimientos básicos relacionados con la identificación de lesiones temprano que influyan en el establecimiento de una conducta oportuna y mejorar la calidad de vida del paciente.

Por otro lado, dentro de las limitaciones de la presente investigación es posible mencionar la muestra reducida, pues a pesar de incluir estudiantes de todos los semestres que realizan prácticas, la muestra sigue siendo muy pequeña y puede estar sujeta a sesgos. Por otro lado, en cuanto a la aplicación de cuestionario, se considera una limitación la falta de interés o de tiempo del estudiante al momento de responder, lo que puede generar sesgos en las repuestas.

## **5. Conclusiones**

La presente investigación permite concluir que el nivel de conocimiento sobre el cáncer oral de los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga en el primer periodo de 2023 fue regular. Al identificar las características sociodemográficas de los estudiantes de quinto a décimo semestre de la clínica odontológica de la Universidad Antonio Nariño, sede Bucaramanga fue posible concluir que en

su gran mayoría pertenecían al género femenino de los estratos 3 y 4 que residen en la ciudad de Bucaramanga.

De acuerdo al nivel de conocimiento sobre el cáncer oral fue posible evidenciar que el mismo osciló entre los niveles malo y regular, siendo este último el que predominó.

Finalmente, al comparar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral de los estudiantes de odontología entre los semestres, fue posible concluir que ningún estudiantes de noveno semestre reportó un nivel de conocimiento malo, el 80% de los estudiantes de decimo semestre arrojó un nivel de conocimiento malo, al igual que el 57,89% de los estudiantes de octavo semestre y, el 75% de los estudiantes de sexto semestre arrojaron un nivel de conocimiento regular, permitiendo concluir que los estudiantes de semestres más bajos presentan un mejor nivel de conocimiento a comparación de los estudiantes de últimos semestres, con un valor de  $p= 0,054$ .

## **5.1 Recomendaciones**

Implementar programas educativos y de concientización dirigidos a estos estudiantes, con el objetivo de mejorar su formación en este campo y promover una mayor conciencia sobre la importancia de la detección temprana y la adopción de medidas preventivas.

Realizar revisiones periódicas y exhaustivas a los pacientes, especialmente en aquellos que presenten factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol. Además, se debe prestar especial atención a las zonas de la boca más propensas al desarrollo de carcinoma, como el labio, suelo de la boca, bordes laterales de la lengua y mucosa yugal.

Fomentar la adopción de estilos de vida saludables como parte de la prevención del cáncer oral. Esto incluye la promoción de una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras y antioxidantes, así

como la eliminación del hábito de fumar y la reducción del consumo de alcohol, información que debe ser transmitida por los profesionales en la consulta.

Fortalecer la formación continua de los profesionales de la salud oral, dado que es fundamental que los profesionales se mantengan actualizados en cuanto a los avances en el diagnóstico y prevención del cáncer oral.

Promover la participación en cursos, talleres y conferencias relacionados con el cáncer oral, así como fomentar la investigación y la colaboración interdisciplinaria para mejorar la detección temprana y el manejo adecuado de los casos de cáncer oral.

### **Referencias**

Álvarez Me, Barbosa Ch, Gaviria N. (2005) Comportamiento Clínico Del Carcinoma Escamocelular Bucal En La Unidad De Cirugía Maxilofacial Y Estomatología Del Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP.), Medellín, entre enero de 1990 y diciembre de 1996. RevFacOdontUnivAnt,; 16 (1 y 2): 26-32

Bittar-Oliveira T, Paranhos LR, Fornazar DH, Pereira AC. (2010) Epidemiological features of oral cancer – a world public health matter. RFO,15:7

Buelvas, Anderson R, & Agudelo S, Andrés A. (2011). Gradiente social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 29 (3), 320-328. Recuperado el 10 de noviembre de 2022, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2011000300013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000300013&lng=en&tlng=es).

Cáncer oral y orofaríngeo: Estadísticas. (2022, marzo). Cancer.net. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y>

orofar%C3%ADngeo/estad%C3%ADsticas

Carter L, Ogden G. (2007) Oral cancer awareness of undergraduate medical and

Ceccotti E. (2007), El diagnóstico en clínica estomatológica. 1st ed. Buenos Aires - Argentina:  
Panamericana

De salud, U. (2022, January 25). Estos son algunos factores de riesgo asociados al cáncer de boca. Retrieved March 4, 2023, from El Tiempo website:  
<https://www.eltiempo.com/salud/cancer-oral-razones-para-explorarse-el-borde-de-la-lengua-647293>

Drake R, Vogl W, Mitchell A, Tibbitts R, Richardson P, Horn A. Gray's basic anatomy. 2nd ed. ELSEVIER; 2017.

Fernández M, Rodríguez I, Rubal N, Miranda J. (2012), Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en los estudiantes de medicina de la Facultad de Lubango, Huila. Angola. Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas. Huila. Angola

García-García V, Bascones Martínez A. (2009) Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontología.;25(5).

Gonzales A, Arredondo M, Vila L. (2006) Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer

Greenwood, M & Lowry, R. (2001) Primary Care Clinicians' Knowledge of Oral Cancer: A Study of Dentists and Doctors in the North East of England. British Dental Journal; 191: 510-512. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4801219>

Ha P, Califano J. (2004). The role of human papillomavirus in oral carcinogenesis. Crit Rev Oral

Biol Med. 15(4):188–196.

Hernández R, Fernández C, Baptista M, (2014), Metodología de la investigación, 6° edición, México, Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.

Infocancer (2022). Sistema de Información de Cáncer en Colombia. Recuperado el 10 de noviembre de 2022, del sitio web Infocancer.co: [https://www.infocancer.co/portal/#!/filtro\\_incidencia/](https://www.infocancer.co/portal/#!/filtro_incidencia/)

Izaguirre Pérez, P (2012). Nivel de conocimiento sobre cáncer oral de estudiantes del último año de la carrera profesional de odontología de tres universidades de Lima, en el año 2012, Tesis, Internet, Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2812?show=full>

Jané E, Chimenos E, López J, Roselló X. (2003). Importancia de la dieta en el cáncer oral. Med Oral; (8):260- 8.

Leão JC, Góes P, Sobrinho CB, Porter S. (2005) Knowledge and clinical expertise regarding oral cancer among Brazilian dentists. Int. J. Oral Maxillofac Surg; 34: 436- 439. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2004.10.004>

Lingen MW, Kalmarr JR, Karrison T, Serbit PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. Oral Oncol 2008;44(1):10-22.

Loncar Brzak, Bozana; Canjuga, Ivana; Baricevic, Marinka; Mravak-Stipetic. Dental Students' Awareness of Oral Cancer. Acta Estomatologica Croatica (0001-7019) 46 (2012);(1) 50-55

López Jornet P, Camacho Alonso F, Molina Miñano F. (2010), Knowledge and attitudes about



oral cancer among dentists in Spain. *J Eval Clin Pract*; 16(1): 129-133.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01132.x>

Mateo-Sidrón Antón, MC, & Somacarrera Pérez, ML. (2015). Cancer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Avances en Odontoestomatología* , 31 (4), 247-259. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852015000400002>

MinSal, Autoexamen cancer oral (2022), Ministerios de salud, [internet], disponible en :[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/DIPTICO\\_Autoexamen\\_bucal.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/DIPTICO_Autoexamen_bucal.pdf)

Moreno L, Esparza G, González A, Cerero-Lapiedra R, González M, Dominguez V. Risk of oral cancer associated with tobacco smoking, alcohol consumption and oral hygiene: a case-control study in Madrid, Spain. *Oral Oncology*. 2000;36(2):170-174.

Muñoz, M. (2020, May 14). Autoexamen para la detección de cáncer oral. Retrieved March 4, 2023, from [www.hospitalinfantildesanjose.org.co](https://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/mas-noticias/item/75-autoexamen-para-la-deteccion-de-cancer-oral) website: <https://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/mas-noticias/item/75-autoexamen-para-la-deteccion-de-cancer-oral>

Nagao T, Warnakulasuriya S. (2003). Annual screening for oral cancer detection. *Cancer Detect Prev*; 27: 333- 337.

Osterkamp R, Whitten J. (1973) The Etiology and Pathogenesis of Oral Cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*.;23(1):28-32.

Oliveira T, Renato L, Helena D, Carlos A. (2010) Epidemiological features of oral cancer – a world public health matter. *RFO*.;15(1):87-93.

OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2022 Oct] Available from:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.

Ordóñez Daza, DE, Chamorro Giraldo, AF, Cruz Muñoz, JA, & Pizarro Sarria, MA (2020). Evaluación del conocimiento del cáncer oral y manejo odontológico del paciente oncológico en Cali, Colombia. *Acta Odontológica Colombiana*, 10 (1). <https://doi.org/10.15446/aoc.v10n1.82933>

Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. (2007). En: Panorama de la salud en la región. Washington: OPS-OMS;. p. 684-685.

Petersen PE. (2009), Prevención y control del cáncer bucal: el enfoque de la Organización Mundial de la Salud. *Oncología bucal.*; 45(4-5): 454- 460.

Rahman B, Hawas N, Rahman M, Rabah A, Al Kawas S. (2013), Assessing dental students' knowledge of oral cancer in The United Arab Emirates. *International Dental Journal.* 63(2):80- 84

Ram H, Sarkar J, Kumar H, Konwar R, Bhatt M, Mohammad S. (2011) Oral Cancer: Risk Factors and Molecular Pathogenesis. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery.*;10(2):132-137.

Rocha A. (2009) Oral cancer: The role of the dentist in early diagnosis and control. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* (21):112-21

Spaulonci PG, Salgado de Souza R, Gallego Arias PV, Dib LL. (2018) Oral cancer knowledge assessment: newly graduated versus senior dental clinicians. *Int J Dent* . Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29666649>

Stewart B, Kleihues P. (2003). World Cancer Report. 2nd ed. Francia: Heidi Mattock

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

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2016000300021>

Súa D, Rincón A, (2021), Evaluación del nivel de conocimiento de carcinoma oral de células escamosas en la atención. Retrieved March 4, 2023, from Edu.co website:

[http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/5854/1/2021\\_ArianaValentinaRinc%C3%B3nP%C3%A1ez.pdf](http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/5854/1/2021_ArianaValentinaRinc%C3%B3nP%C3%A1ez.pdf)

Uti OG, Fashina AA. (2006) Oral cancer education in dental schools: knowledge and experience of Nigerian undergraduate students. J Dent Educ 70(6): 676-680.

## **Anexos**

### **Anexo A. Operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Valores que asume</b>
Grupo etario	etapa específica del ciclo vital humano determinada por la edad.	Edad del paciente con periodontitis que hace parte del estudio.	Cualitativa	Ordinal	18 a 26 años: Juventud (1) 27 a 59 años: Adulthood (2) igual o superior a 60 años: Adulto mayor (3).
<b>Género (M,F)</b>	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Conjunto de los individuos que comparten esta misma condición orgánica dentro del estudio.	cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino (1) Femenino (2)
<b>Estrato socioeconómico</b>	clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos.	estratificación social a la que pertenece el paciente que hace parte del estudio	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1 (1) Estrato 2 (2) Estrato 3 (3) Estrato 4 (4) Estrato 5 (5) Estrato 6 (6)
<b>Semestre</b>	tiempo durante el cual una institución educativa imparte clases a los estudiantes que cursan una o más asignaturas.	periodo académico que cursa actualmente	Cualitativa	Ordinal	Quinto (1) Sexto (2) Séptimo (3) Octavo (4) Noveno (5) Décimo (6)
<b>Lugar de residencia</b>	lugar donde se reside o vive.	área geográfica donde vive el estudiante que hace parte del estudio	Cualitativa	nominal politómica	Bucaramanga (1) Floridablanca (2) Girón (3) Rionegro (4) Otro (5)

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asume
Cáncer oral más frecuente	Lesión cancerosa en la cavidad oral	Lesión cancerosa que se presenta con mayor frecuencia	Cualitativa	Nominal politómica	Células basales (1) Epidermoide (2) Adenocarcinoma (3)
Edad de prevalencia de casos	Edad en la que una proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar el padecimiento en la población	Edad en la que se presentan con mayor prevalencia los casos de cáncer oral en Colombia	Cualitativa	Ordinal	De 50-55años (1) De 60-65años (2) De 80-85 (3)
Sexo con mayor prevalencia de cáncer oral	Roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se	Género en el que el cáncer oral se presenta con mayor	Cualitativa	Nominal dicotómica	Hombre (1) Mujer (2)

	consideran apropiados para los hombres, las mujeres con mayor presencia de cáncer oral.	prevalencia en Colombia			
<b>Factores de riesgo del cáncer oral</b>					
Mayor factor de riesgo	Característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que está asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido.	Circunstancia detectable que puede desarrollar cáncer oral más común en Colombia.	Cualitativa	Nominal politómica	Fumar (1) Trauma físico con agentes irritantes (2) Combinación de alcohol y tabaco (3)
Antecedentes familiares	Parientes biológicos con un determinado problema de salud	Los antecedentes familiares se pueden considerar	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)

		factores de riesgo para el cáncer oral			
Predisposición genética	Mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad particular basada en la composición genética de una persona.	Determinar si existe mayor probabilidad a desarrollar cáncer oral de acuerdo a la genética	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Virus asociado al cáncer oral	Agente infeccioso microscópico acelular que solo puede replicarse dentro de un organismo.	Escoger el virus que se relaciona con la presencia del cáncer oral.	Cualitativa	Nominal politómica	Epstein Barr (1) Herpes tipo 1 (2) Papiloma virus (3)
Exposición solar	Efecto que produce una exposición prolongada a la luz solar o calor extremo.	Reconocer la quemadura como factor de riesgo para el cáncer oral o no	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
<b>Nivel de conocimiento sobre diagnóstico del cáncer oral.</b>					

Lesión reversible	Lesión que puede volver a un estado o situación anterior	Establecer si la lesión precancerosa puede o no ser reversible.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Lesión mas frecuente	Alteración o daño que se produce en alguna parte del cuerpo	Lesión relacionada con el cáncer oral	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Leucoplasia (1) Eritroplasia (2)
Signo de advertencia	Aviso o información que se da alguien	Escoger la lesión que se considera un signo de advertencia para el padecimiento del cáncer oral.	Cualitativa	Nominal politómica	Granulo de Fordyce (1) Pigmentaciones melánicas en mucosa (2) Ulceras crónicas (3)
Lesión dolorosa	Excepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo.	Establecer si es posible que las lesiones cancerosas generen dolor	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)




Lesión proliferativa	Es el crecimiento o multiplicación de células de tejidos	Establecer si es posible que la lesión de cáncer oral sea proliferativa.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Lesión ulcerativa	Lesión epitelial con pérdida de sustancia.	Determinar si el cáncer oral genera lesión ulcerativa.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Lesión infiltrativa	Movimientos de las células cancerosas desde su ubicación normal hacia el tejido no canceroso circundante.	Determinar si el cáncer oral es o no una lesión infiltrativa.	Cualitativa	Nominal dicotómica.	Si (1) No (2)
Patologías preexistentes	Que existe de antemano, que tiene existencia o realidad anterior en cuanto a tiempo, naturaleza u origen	Importancia al indagar sobre las patologías preexistentes de pacientes en la consulta odontología.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)

Localización frecuente	Identificación de un punto sobre un área.	Punto sobre el área anatómica de la cavidad oral donde se ubica la lesión cancerosa.	Cualitativa	Nominal politómica	Piso de boca (1) Área retromolar (2) Lengua (3)
Tamaño	Magnitud o dimensión de un elemento	Dimensión de la lesión cancerosa representa algún tipo de importancia.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
<b>Nivel de conocimiento sobre tratamiento y prevención del cáncer oral</b>					
Tratamiento frecuente	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.	Tratamiento que con mayor frecuencia se usa ante el cáncer oral	Cualitativa	Nominal politómica	Quimioterapia (1) Cirugía (2) Cirugía y radioterapia (3) Cirugía y quimioterapia (4)
Complicación oral más frecuente	Resultado desfavorable de una enfermedad, condición de salud o tratamiento.	Conocimiento sobre las complicaciones del cáncer oral	Cualitativa	Nominal politómica	Mucositis (1) Infecciones (2) Hemorragia (3)

Higiene oral	Comprende los procesos que mantienen limpios y sanos a nuestras encías, dientes, lengua y boca en general	Relación entre la higiene oral y el cáncer	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Dieta	Patrón de alimentación que sigue a diario	Relación entre la dieta y el cáncer oral	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Insuficiencia vitamínica	Falta o escasez de la cantidad que se necesita de vitaminas	Relación entre la insuficiencia de vitaminas y el cáncer oral	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Fumar	Practica donde una sustancia es quemada e inhalada	Relación entre el habito de fumar y el cáncer oral.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (1) No (2)
Nivel de conocimiento	Conjunto de saberes	Conjunto de conocimientos que posee el estudiante con relación al cáncer oral.	Cualitativa	Ordinal	Malo 0-8 correctas (1) Regular 9-16 correctas (2) Bueno 17-23 correctas (3)

					Excelente 24 correctas(4)
--	--	--	--	--	------------------------------

### Anexo B. Instrumento de recolección de Datos

<b>Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes de odontología de la Universidad Antonio Nariño</b>		
<b>Fecha:</b>		<b>Encuesta N°:</b>
Instrumento que constó de 23 preguntas en total, que se dividió en dos apartados: La primera parte son las variables sociodemográficas del participante (5 preguntas) y una sección de los componentes a estudiar, los cuales corresponden a los conocimientos (18 preguntas), que nos permitieran establecer los conocimientos que tienen los estudiantes de quinto a decimo semestre de odontología sobre el cáncer oral.		
<b>Variables sociodemográficas</b>		
Edad cumplida: ____ Años		
Sexo	(0) Hombre <input type="checkbox"/>	(1) Mujer <input type="checkbox"/>
Nivel socioeconómico	(0) Estrato 0 <input type="checkbox"/> (1) Estrato 1 <input type="checkbox"/> (2) Estrato 2 <input type="checkbox"/> (3) Estrato 3 <input type="checkbox"/> (4) Estrato 4 <input type="checkbox"/> (5) Estrato 5 <input type="checkbox"/> (6) Estrato 6 <input type="checkbox"/>	
Semestre	(0) Semestre 5 <input type="checkbox"/> (1) Semestre 6 <input type="checkbox"/> (2) Semestre 7 <input type="checkbox"/> (3) Semestre 8 <input type="checkbox"/> (4) Semestre 9 <input type="checkbox"/> (5) Semestre 10 <input type="checkbox"/>	
Lugar de residencia	(1) Bucaramanga <input type="checkbox"/> (2) Floridablanca <input type="checkbox"/> (3) Girón <input type="checkbox"/> (4) Piedecuesta <input type="checkbox"/>	
<b>Apartado de conocimientos en cáncer bucal</b>		
1.La localización más común del cáncer en cavidad oral propiamente dicha, además de los labios es	(0) Lengua <input type="checkbox"/> (1) Piso de la boca <input type="checkbox"/> (2) Paladar <input type="checkbox"/>	

2. Aparte de cavidad oral propiamente dicha, el cáncer más frecuente se localiza en.	(0) Orofaringe <input type="checkbox"/> (1) Nasofaringe <input type="checkbox"/> (2) laringe <input type="checkbox"/>
3. La forma más común de cáncer en cabeza y cuello es.	(0) Adenocarcinoma de glándulas <input type="checkbox"/> (1) Sarcoma <input type="checkbox"/> (2) Carcinoma escamocelular <input type="checkbox"/>
4. El cáncer oral se presenta típicamente en.	(0) Mayores de 40 años <input type="checkbox"/> (1) Personas de 30-40 años <input type="checkbox"/> (2) Mayores de 60 años <input type="checkbox"/>
5. En cáncer oral, los nódulos linfáticos metastásicos son.	(0) Fijos, duros y no-sensibles <input type="checkbox"/> (1) Móviles, blandos y sensibles <input type="checkbox"/> (2) Fijos, sensibles y blandos <input type="checkbox"/>
6. El método bidigital, (se sujeta el tejido entre el pulgar y uno o más dedos), es la forma correcta de examinar.	(0) Surco vestibular <input type="checkbox"/> (1) Lengua <input type="checkbox"/> (2) Piso de boca <input type="checkbox"/>
7. Los principales factores de riesgo relacionados con cáncer bucal son.	(0) Tabaco y Alcohol <input type="checkbox"/> (1) Virus de papiloma humano <input type="checkbox"/> (2) Químicos y metales pesados <input type="checkbox"/>
8. El cáncer de cabeza y cuello más frecuente en nuestra población.	(0) Orofaringe <input type="checkbox"/> (1) Labio <input type="checkbox"/> (2) Lengua <input type="checkbox"/>
9. El sexo más frecuentemente afectado por el cáncer oral es.	(0) Hombre <input type="checkbox"/> (1) Mujer <input type="checkbox"/>
10. EL desorden potencialmente maligno más frecuente es.	(0) Leucoplasia <input type="checkbox"/> (1) Eritroplaquia <input type="checkbox"/> (2) liquen plano <input type="checkbox"/> (3) lesión palatina de fumador inverso <input type="checkbox"/>
11. La Lesión leucoplásica con más posibilidad de ser maligna es.	(0) Leucoplasia Homogénea <input type="checkbox"/> (1) Leucoplasia no homogénea <input type="checkbox"/>
12. Acciones preventivas que debe realizar el odontólogo.	(0) Consejería de estilos de vida saludable en población de riesgo <input type="checkbox"/> (1) Consulta regular con el odontólogo <input type="checkbox"/> (2) Enseñar autoexamen a sus pacientes <input type="checkbox"/>

<p>13. ¿Cuál es el factor de riesgo que tiene más relación para desarrollar carcinoma escamo celular? Seleccionar una respuesta</p>	<p>(0) Tabaco <input type="checkbox"/>  (1) Alcohol <input type="checkbox"/>  (2) HPV (Virus de Papiloma) <input type="checkbox"/>  (3) Exposición al sol <input type="checkbox"/>  (4) Inmunosupresión <input type="checkbox"/>  (5) Bajo consume de frutas y vegetales <input type="checkbox"/>  (6) Hábitos de masticar sustancias <input type="checkbox"/>  (7) Edad avanzada <input type="checkbox"/>  (8) Presencia de desórdenes potencialmente malignos <input type="checkbox"/>  (9) Historia previa de cáncer escamocelular <input type="checkbox"/></p>
<p>14. ¿Cuál de las siguientes lesiones puede transformarse en lesiones potencialmente malignas?</p>	<p>(0) Leucoplasia <input type="checkbox"/>  (1) Eritropsia <input type="checkbox"/>  (2) Lesiones de fumador inverso <input type="checkbox"/>  (3) Lupus eritematoso Oral <input type="checkbox"/>  (4) Disqueratosis congénita <input type="checkbox"/>  (5) Reacción de injerto vs huésped <input type="checkbox"/>  (6) Lesiones liquenoides <input type="checkbox"/>  (7) Liquen plano <input type="checkbox"/>  (8) Candidiasis crónica <input type="checkbox"/>  (9) Queilitis actínica <input type="checkbox"/>  (10) Fibrosis submucosa oral <input type="checkbox"/></p>
<p>15. ¿Cómo piensa que el cáncer oral se presenta o se observa en la cavidad oral?</p>	<p>(0) Úlcera persistente por más de dos semanas <input type="checkbox"/>  (1) Lesión Roja <input type="checkbox"/>  (2) Lesión blanca <input type="checkbox"/>  (3) Bulto o masa <input type="checkbox"/>  (4) Úlcera que no cicatriza <input type="checkbox"/>  (4) Nódulos linfáticos agrandados <input type="checkbox"/>  (5) Dificultad o dolor para deglutir <input type="checkbox"/>  (6) Movilidad limitada de la lengua <input type="checkbox"/></p>
<p>16. ¿Cuál de las siguientes técnicas puede ayudar en el diagnóstico del cáncer oral?</p>	<p>(0) Biopsia con bisturí <input type="checkbox"/>  (1) Azul de toluidina <input type="checkbox"/>  (2) Biopsia con cepillo <input type="checkbox"/>  (3) Lámpara de fluorescencia <input type="checkbox"/>  (4) Citología <input type="checkbox"/></p>
<p>17. Las lesiones iniciales sospechosas de malignidad en cavidad oral pueden ser</p>	<p>(0) Pequeñas Manchas rojas y/o blancas Indoloras <input type="checkbox"/>  (1) Pequeñas manchas blancas y/o rojas dolorosas <input type="checkbox"/>  (2) Grandes parches blancos removibles al frotis <input type="checkbox"/></p>

18. Las lesiones avanzadas pueden ser	(0) Ulceradas, dolorosas y duras <input type="checkbox"/> (1) Ulceradas, blandas, dolorosas <input type="checkbox"/> (2) Abultadas, blandas y móviles <input type="checkbox"/>
<b>Clasificación del conocimiento</b>	(0) Malo <input type="checkbox"/> (1) Regular <input type="checkbox"/> (2) Bueno <input type="checkbox"/>

### Apéndice C. Plan de Análisis estadístico

PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO UNIVARIADO		
Variable a tartar	Naturaleza	Reporte operaciones
Grupo etario	Cualitativa	Frecuencia absoluta o porcentaje
Género		
Estrato socioeconómico		
Lugar se residencia		
semestre		
Frecuencia Cáncer oral		
Edad Cáncer oral		
Género Cáncer oral		
Factor de riesgo		
Antecedentes familiares		
Predisposición genética		
Virus asociado		
Exposición solar		
Lesión reversible		
Lesión frecuente		
Signo de advertencia		
Lesión dolorosa		
Lesión proliferativa		
Lesión ulcerada		
Lesión Infiltrativa		
Patología preexistente		
Localización		
Tamaño		
Tratamiento		
Complicación		

Higiene oral			
Dieta			
Insuficiencia vitamínica			
Fumar			
Nivel de conocimiento			
PLAN DE ANALISIS ESTADÍSTICO BIVARIADO			
Variable dependiente	Variables independientes	Naturaleza	Prueba estadística
Nivel de conocimiento	Grupo etario	Cualitativa - Cualitativa	Chi-cuadrado o test de Fisher
	Género		
	Estrato socioeconómico		
	Lugar se residencia		
	Semestre		

#### Anexo D. Consentimiento informado



### CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO

Yo,----- Identificado con C.C ( ) CE ( ) No.----- con residencia en \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad manifiesto que he sido informado del estudio que la Facultad de Odontología., del grupo de investigación del proyecto titulado “ **Nivel de conocimiento sobre cáncer oral en estudiantes de odontología de la Universidad Antonio Nariño**” va a realizar y que tengo conocimiento de los objetivos y fases del estudio, así como de los beneficios de participar en el Proyecto.

Fui informado verbalmente y leído los objetivos, propósito de la investigación. Así mismo, manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Estoy informado que mi participación en el proyecto es libre y voluntaria y puedo desistir de ella en cualquier momento, al igual que solicitar información adicional de los avances de la Investigación.

Conozco los objetivos generales y propósitos del Proyecto descritos a continuación:

- ✓ Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes



- ✓ Establecer el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre los factores de riesgo del cáncer oral y lesiones precancerosas
- ✓ Comparar el nivel de conocimiento sobre cáncer oral de los estudiantes de quinto a décimo.

### **Procedimiento:**

La presente investigación de tipo descriptivo está basada en el nivel de conocimiento de los estudiantes de la Universidad Antonio Nariño sobre el cáncer oral, por lo que tuvo como población a los estudiantes que cursan desde quinto a décimo semestre y se encuentran realizando su práctica clínica odontológica. Inicialmente, es necesario obtener la aprobación del anteproyecto por parte del comité de investigación de la universidad, posteriormente con el propósito de avalar la encuesta (Anexo B) que será aplicada a los estudiantes se usará la metodología Delphi mediante la cual se revisará y evaluará la encuesta por parte de tres expertos en el área, de los cuales se reciben correcciones, recomendaciones y sugerencias para mejorar la encuesta y dejar un instrumento de recolección de datos (Anexo C) completo, claro y pertinente de acuerdo al objetivo de la presente investigación.

Una vez aprobada la encuesta se recurre a la Decana de la Facultad de Odontología y Coordinador de las Clínicas Odontológicas con el fin de obtener el permiso para asistir a cada una de las prácticas clínicas de los estudiantes de quinto a decimo semestre. En este punto el investigador reúne a los estudiantes, se identifica y explica el objetivo principal de la investigación, criterios de selección, fases del estudio, y la importancia y beneficios sobre su participación en el proyecto. Una vez culminada la presentación, se entrega el consentimiento informado (Anexo D) a todos los estudiantes para que sea firmado por aquellos que quieran participar.

Las personas que firmaron el consentimiento reciben la encuesta que evalúa el nivel de conocimiento sobre el Cáncer oral y se da un tiempo aproximado de 10 minutos para contestarla en su totalidad. Finalmente, se recogen las encuestas y la información obtenida de manera física se digitaliza en el programa Microsoft Excel para su posterior revisión, tabulación, análisis y obtención de resultados.

Es importante mencionar que no existen riesgos en la realización del presente estudio de acuerdo a lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 y la identidad del estudiante no será revelada.

Acepto participar libre y voluntariamente en el estudio mencionado.

Firma \_\_\_\_\_

Nombre(s), Apellido(s) del Participante

C.C o CE

Huella

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre (s), Apellido(s) Testigo  
CC

