



“CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA “GUAMÁ”

PINAR DEL RÍO

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER BUCAL EN PACIENTES
DE ESTOMATOLOGÍA: “CLÍNICA GUAMÁ”, PINAR DEL RÍO**

KNOWLEDGE LEVEL OF ORAL CANCER IN DENTISTRY PATIENTS: “GUAMA” CLINIC,
PINAR DEL RIO

Laritzta Hernández Linares¹, MSc. Lic. Elisa Maritza Linares Guerra²

¹Alumna de cuarto año de Estomatología. Clínica Guamá. Pinar del Río.

²Profesora Auxiliar de Bioquímica. Máster en Bioquímica. UCM. Pinar del Río.

RESUMEN

Con el objetivo de analizar el nivel de conocimientos sobre signos clínicos, factores de riesgo y detección precoz del cáncer bucal se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal a 50 pacientes (29 hombres y 21 mujeres), con una edad promedio de 39.7, que acudieron a la consulta de operatoria de la Clínica Estomatológica "Guamá" del municipio Pinar del Río en el período de enero - marzo del 2011. A los mismos se les aplicó una encuesta anónima de preguntas directas y cerradas. Los resultados se redujeron mediante estadígrafos de agregación (porcentajes). Se encontró que el 50% de los encuestados conocían el programa de detección precoz del cáncer bucal, siendo este conocimiento ligeramente superior en las mujeres (57.1%), los encuestados cuya edad era ≥ 30 y < 40 años (76.9%) y en universitarios (69.5%). El autoexamen bucal resultó ser muy poco practicado en la muestra estudiada (28%) independientemente del sexo, edad y nivel de escolaridad. El tabaquismo y el alcoholismo fueron los factores de riesgo más identificados por los encuestados con 88% y 96 % respectivamente. El 64% de los encuestados identificaron al estomatólogo como el facultativo a quien acudir en caso de lesión bucal. Se concluye que en los encuestados existen escasos conocimientos sobre signos clínicos y factores de riesgo relacionados con el cáncer bucal, además se comprobó una práctica ineficiente del autoexamen bucal como método de detección precoz de la enfermedad.

DeCS: Neoplasias de la boca, Autoexamen, Factores de riesgo.

ABSTRACT

Aimed at analyzing knowledge level of clinical signs, risk factors and early detection of oral cancer an observational, descriptive and cross-sectional study was carried out, which included 50 patients (29 men and 21 women), average age 39.7 attending to "Guama" Dentistry Clinic in Pinar del Rio municipality from January to March 2011. An anonymous survey that comprised direct and close questions was applied. Results were reduced using percentages; where the 50% of those poled knew the program of early detection of oral cancer, this knowledge was slightly higher in women (57.1%), ages ≥ 30 and < 40 years old (76.9%) and 69.5% of them had university degree. Oral self-examination was scarcely performed in the sample included in the study (28%) regardless sex, age and educational level. Smoking and alcoholism were the major and most identified risk factors in the patients poled with 88% and 96% respectively. Patients identified the dentist as the physician to go to in case of oral lesion. Those poled had scarcely knowledge of clinical signs and risk factors related to oral cancer, oral self-examination was a deficient practice as a method of early detection.

DeCS: Mouth neoplasms, Self-examination, Risk factors.

INTRODUCCIÓN

El cáncer bucal u oral es un término general en [medicina](#) para designar cualquier crecimiento [maligno](#) localizado en la [boca](#). Puede aparecer como una [lesión](#) primaria del mismo tejido de la cavidad oral, o por [metástasis](#) de un sitio de origen distante, o bien por extensión de estructuras [anatómicas](#) vecinas, tales como la [cavidad nasal](#) o el [seno maxilar](#). Su forma más común es el [carcinoma de células escamosas](#), originado en los tejidos que delimitan la boca y los [labios](#)^{1, 2}. Aunque el cáncer oral representa a nivel mundial solo el 3% aproximadamente de los demás cánceres, su supervivencia es bastante baja, constituyendo la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres a nivel mundial³. En Cuba, este tipo de cáncer se encuentra entre los 10 cánceres más comunes, constituyendo el 4% de todos los cánceres anualmente.⁴ La detención clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada¹. Las informaciones más recientes demuestran que la medida más eficaz para aumentar la curación del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de las lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso⁴. Esto se ha comprobado en los ensayos de programas desarrollados en servicios estomatológicos cubanos donde se ha demostrado la posibilidad de ejecutar dicho examen sin entorpecer las atenciones estomatológicas planificadas. En Cuba desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB), único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acuden a consulta estomatológica.

El cáncer oral y su mortalidad están relacionados con un conjunto de factores de riesgo, siendo el más importante el uso del tabaco, factor asociado con un 70-80% de los casos de cáncer oral⁵ y en menor medida el uso de alcohol⁶. Otros factores asociados al cáncer bucal son: la [higiene oral](#) y dental deficiente y la irritación crónica a causa, por ejemplo, de dientes ásperos, dentaduras postizas u obturaciones, iniciándose algunos casos de cáncer oral como [úlceras bucales](#). El conocimiento por parte de la población sobre los signos clínicos y factores de riesgo, así como la necesidad de la realización sistemática del autoexamen bucal, representa un pilar importante en la prevención y detección temprana de este tipo de lesión maligna, es por lo anterior que con el presente trabajo se pretende analizar el nivel de conocimientos sobre el cáncer bucal que presentan los pacientes que acuden a los servicios estomatológicos de la Clínica Guamá, a fin de poder establecer una estrategia de intervención educativa desde el área de salud que garantice la prevención y detección clínica temprana del este tipo de cáncer.

MATERIAL Y MÉTODO

Universo y Muestra.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes que acudieron a consulta estomatológica en la Clínica Guamá del municipio Pinar del Río en el período de enero - marzo del 2011 y la muestra por 50 pacientes (29 hombres y 21 mujeres).

Criterios de inclusión.

- Adultos con nivel escolar suficiente para comprender y contestar el cuestionario.
- Que hayan aceptado participar en le estudio.

Tipo de estudio.

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal.

Técnicas y procedimientos empleados:

Instrumento de recogida de la información: Encuesta anónima de preguntas directas, de contenido, objetivas y cerradas (Anexo1).

Método para el análisis de los resultados:

Los resultados se almacenaron en una hoja de cálculo creada *ad hoc* en EXCEL 7.0 de OFFICE (WINDOWS de Microsoft, Virginia, Estados Unidos) y se redujeron posteriormente mediante estadígrafos de agregación, en este caso determinando el porcentaje de encuestados que contestaron correcta e incorrectamente cada pregunta del cuestionario.

RESULTADOS

La tabla I muestra la distribución de los encuestados según sexo, rango de edad y nivel escolar con relación al conocimiento o no del programa para la detección temprana del cáncer bucal. Obsérvese que aproximadamente 50% de los encuestados conocían el programa de detección precoz del cáncer bucal, siendo este conocimiento ligeramente superior en las mujeres (57.1%), los encuestados cuya edad era ≥ 30 - < 40 años (76.9%) y en universitarios (69.5%).

Tabla I. Conocimiento del programa para la detección temprana del cáncer bucal en la muestra encuestada.

Aspectos demográficos	Conocimiento					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	13	44.8	16	55.2	29	100
Femenino	12	57.1	9	42.9	21	100
Rango de edad						
< 20 años	2	33.3	4	66.7	6	100
≥ 20 y < 30 años	3	27.3	8	72.7	11	100
≥ 30 y < 40 años	10	76.9	3	23.1	13	100
≥ 40 y < 50 años	3	50	3	50	6	100
≥ 50	7	50	7	50	14	100
Nivel escolar						
Primario	1	25	3	75	4	100
Secundario	2	40	3	60	5	100
Preuniversitario	5	45.5	6	54.5	11	100
Técnico Medio	1	14.3	6	85.7	7	100
Universitario	16	69.5	7	30.5	23	100

Fuente: Encuesta

La tabla II muestra la práctica por parte de los encuestados del autoexamen bucal según sexo, edad y escolaridad, para la detección temprana del cáncer bucal. Obsérvese que el autoexamen bucal resultó ser muy poco practicado en la muestra estudiada (28%) aunque hubo un predominio de su realización en las mujeres (42.9%), los pacientes de las edades ≥ 30 y < 40 años (61.5%) y los preuniversitarios (36.4%) y universitarios (34.8%).

Tabla II. Realización del autoexamen para la detección temprana del cáncer bucal en la muestra encuestada.

Aspectos demográficos	Autoexamen					
	Sí		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	5	17.2	24	82.8	29	100
Femenino	9	42.9	12	57.1	21	100
Total	14	28	36	72	50	100
Rango de edad						
< 20 años	1	16.7	5	83.3	6	100
≥ 20 y < 30 años	2	18.2	9	81.8	11	100
≥ 30 y < 40 años	8	61.5	5	38.5	13	100
≥ 40 y < 50 años	2	33.3	4	66.7	6	100
≥ 50	1	7.1	13	92.9	14	100
Total	14	28	36	72	50	100
Nivel escolar						
Primario	0	0	4	100	4	100
Secundario	1	20	4	80	5	100
Preuniversitario	4	36.4	7	63.6	11	100
Técnico Medio	1	14.3	6	85.7	7	100
Universitario	8	34.8	15	65.2	23	100
Total	14	28	36	72	50	100

Fuente: Encuesta

La identificación según sexo, rango de edades y nivel escolar por parte de los encuestados, de los signos clínicos típicos de un posible cáncer bucal se representan en la tabla III, IV y V respectivamente. Es importante destacar que de las seis lesiones asociadas a un posible cáncer bucal, los encuestados reconocieron solo de forma importante a las manchas blancas (95.5% en masculinos vs 90.5% en femeninos), las

lesiones hundidas (93.1% en masculinos vs 85.7% en femeninos) y úlceras orales (72, 4% en masculinos vs 61, 9 % en femeninos) según aparece reflejado en la tabla III. Obsérvese además en la tabla IV que el 100 % de la muestra con edad mayor o igual a 30 años reconoció las manchas blancas y las lesiones hundidas como signo clínico de cáncer bucal. Estas mismas lesiones fueron las más reconocidas por los encuestados con un nivel escolar preuniversitario, universitario, así como los técnicos medios (Tabla V).

Tabla III. Identificación de los signos clínicos típicos de un posible cáncer bucal según sexo en la muestra encuestada.

Signo Clínico	Sexo n [%]					
	Masculino n=29		Femenino n =21		Total	
	Sí lo reconoce	No lo reconoce	Sí lo reconoce	No lo reconoce	Sí lo reconoce	No lo reconoce
Úlceras	21[72.4]	8[27.6]	13[61.9]	8[38.1]	34[68]	16[32]
Manchas Blancas	28[95.5]	1[3.4]	19[90.5]	2[9.5]	47[94]	3[6]
Manchas Rojas	6[20.7]	23[79.3]	4[19]	17[81]	10[20]	40[80]
Nódulos	18[62.1]	11[37.9]	11[52.4]	10[47.6]	29[58]	21[42]
Lesiones exofíticas	8[27.6]	21[72.4]	10[47.6]	11[52.4]	18[36]	32[64]
Lesiones hundidas	27[93.1]	2[6.9]	18[85.7]	3[14.3]	45[90]	5[10]

Fuente: Encuesta

Tabla IV. Identificación positiva de los signos clínicos típicos de un posible cáncer bucal según rango de edad en la muestra encuestada.

Signo Clínico	Rango de edad n [%]					
	< 20 años n=6	≥20 y < 30 años n=11	≥30 y < 40 años n=13	≥40 y < 50 años n=6	≥50 n=14	Total n=50
Úlceras	5[83.3]	7[63.6]	9[69.2]	4[66.7]	9[64.3]	34[68]
Manchas Blancas	4[66.7]	10[91]	13[100]	6[100]	14[100]	47[94]
Manchas Rojas	1[16.7]	1[9.1]	4[31.8]	2[33.3]	2[14.3]	10[20]
Nódulos	1[16.7]	7[63.6]	9[69.2]	5[83.3]	7[50]	29[58]
Lesiones exofíticas	1[16.7]	4[36.4]	7[53.8]	2[33.3]	4[28.6]	18[36]

Lesiones hundidas	4[66.7]	10[91]	13[100]	6[100]	12[85.7]	45[90]
-------------------	-----------	--------	----------	---------	----------	----------

Fuente: Encuesta

Tabla V. Identificación positiva de los signos clínicos típicos de un posible cáncer bucal según nivel escolar en la muestra encuestada.

Signo Clínico	Nivel Escolar					n [%]
	Primario n=4	Secundario n=5	Preuniversitario n=11	Técnico medio n=7	Universitario n=23	
Úlceras	0 [0]	3 [60]	9[81.8]	3[42.9]	19 [82.6]	34[68]
Manchas Blancas	4[100]	4[80]	10[91]	7[100]	22[95.7]	47[94]
Manchas Rojas	0 [0]	1[20]	3[27.2]	0[0]	6[26]	10[20]
Nódulos	2[50]	3[60]	4[36.4]	3[42.9]	17[73.9]	29[58]
Lesiones exofíticas	0[0]	3[60]	5[45.5]	2[28.6]	8[34.8]	18[36]
Lesiones hundidas	3[75]	3[60]	10[91]	7[100]	22[95.7]	45[90]

Fuente: Encuesta

La identificación según sexo, rango de edades y nivel escolar por parte de los encuestados, de los factores de riesgo del cáncer bucal se representan en las tablas VI, VII y VIII respectivamente.

El tabaquismo y el alcoholismo fueron los factores de riesgo más identificados por los encuestados de ambos sexos. El hábito de fumar fue reconocido por el 89, 7 % de los hombres y el 85 % de las mujeres, mientras que el alcoholismo fue reconocido por el 100 % de los hombres y el 90, 5 % de las mujeres (Tabla VI). El 100% de los encuestados en los rangos de edades ≥ 20 - < 30 años y ≥ 40 - < 50 años identificaron ambos hábitos tóxicos como factores de riesgo predisponentes del cáncer bucal (Tabla VII). Estos mismos factores de riesgo fueron los más reconocidos por los encuestados con un nivel escolar preuniversitario (100% para tabaquismo y 91 % para el alcoholismo), universitario (91% para el tabaquismo y 100% para el alcoholismo), así como los técnicos medios (85.7% para el tabaquismo y 100% para el alcoholismo). (Tabla VIII).

Tabla VI. Identificación de los factores de riesgo para el cáncer bucal según sexo en la muestra encuestada.

Factores de riesgo	Sexo n [%]					
	Masculino n =29		Femenino n =21		Total	
	Sí lo reconoce	No lo reconoce	Sí lo reconoce	No lo reconoce	Sí lo reconoce	No lo reconoce
Tabaquismo	26 [89.7]	3 [10.3]	18 [85]	3 [14.3]	44 [88]	6 [12]
Alcoholismo	29 [100]	0 [0]	19[90.5]	2[9.5]	48 [96]	2[4]
Morderse los labios	13 [44.8]	16 [55.2]	7 [33.3]	14[66.7]	20 [40]	30 [60]
Prótesis desajustada	17 [58.6]	12 [41.4]	12[57.1]	9 [42.9]	29 [58]	21 [42]
Alimentos calientes y condimentos	9 [31]	20 [69]	8[38.1]	13[61.9]	17[34]	33 [66]

Fuente: Encuesta

Tabla VII. Identificación positiva de los factores de riesgo para el cáncer bucal según rango de edad en la muestra encuestada.

Factores de Riesgo	Rango de edad n [%]					
	< 20 años	≥20 y < 30 años	≥30 y < 40 años	≥40 y < 50 años	≥50	Total
	n= 6	n=11	n=13	n=6	n=14	n=50
Tabaquismo	4[66.7]	11[100]	12[92.3]	6[100]	11[48.6]	44 [88]
Alcoholismo	5[83.3]	11[100]	12[92.3]	6[100]	14[100]	48 [96]
Morderse los labios	0[0]	5[45.5]	8[61.5]	1[16.7]	6[42.9]	20 [40]
Prótesis desajustada	1[16.7]	6[54.5]	11[84.6]	3[50]	8[57.1]	29 [58]
Alimentos calientes y condimentos	0[0]	4[36.4]	5[38.5]	5[83.3]	3[21.4]	17[34]

Fuente: Encuesta

Tabla VIII. Identificación positiva de los factores de riesgo para el cáncer bucal según nivel escolar en la muestra encuestada.

Factores de Riesgo	Nivel Escolar					Total
	Primario n=4	Secundario n=5	Preuniversitario n=11	Técnico medio n=7	Universitario n=23	
Tabaquismo	3[75]	3[60]	11[100]	6[85.7]	21[91.3]	44 [88]
Alcoholismo	4[100]	4[40]	10[91]	7[100]	23[100]	48 [96]
Morderse los labios	0[0]	1[20]	6[54.5]	0[0]	13[56.5]	20 [40]
Prótesis desajustada	2[50]	3[60]	3[27.3]	4[57.1]	17[73.9]	29 [58]
Alimentos calientes y condimentos	0[0]	2[40]	6[54.5]	1[14.3]	8[34.8]	17[34]

La figura 1 muestra la identificación por parte de los encuestados del personal de salud a quien acudir ante una lesión. El 64% de los encuestados identificaron al estomatólogo como el facultativo a quien acudir en caso de lesión bucal.

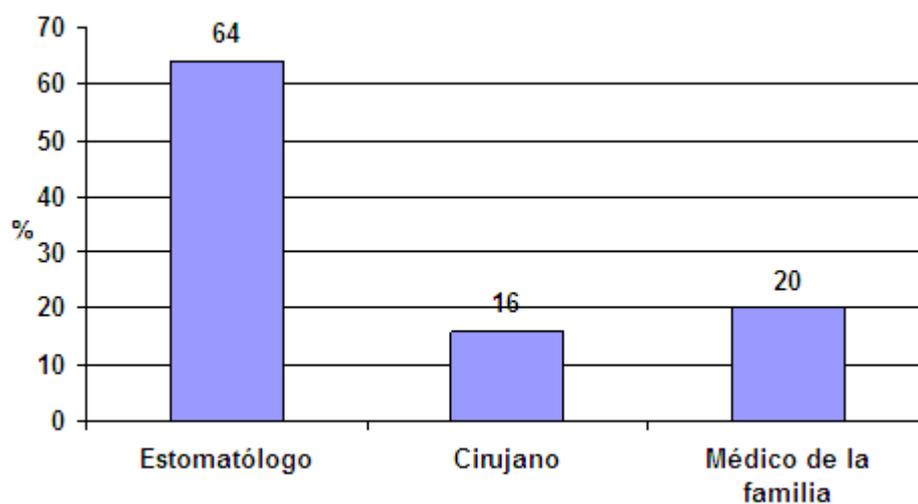


Fig 1. Identificación por parte de los encuestados del personal de salud a quién acudir ante una lesión oral.

DISCUSIÓN

Uno de las principales causas de mortalidad relacionada con afecciones de la cavidad bucal lo constituye el cáncer bucal^{7, 8}, es por ello que en Cuba, con el objetivo de detectar tempranamente la aparición del mismo, se ha conformado un Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal⁵. En la tabla I se muestra la distribución de los encuestados según sexo, rango de edad y nivel escolar con relación al conocimiento o no del programa para la detección temprana del cáncer bucal, obsérvese que aproximadamente el 50% de los encuestados conocían de la existencia del programa, siendo este conocimiento ligeramente superior en las mujeres, coincidiendo nuestros resultados con los obtenidos por García Heredia GL en estudios realizados en La Habana en el 2009⁹. Consideramos que estos resultados se deben a la mayor preocupación por parte de las mujeres a la hora de la salud bucal y general, influyendo además el aspecto estético en gran medida. Los encuestados cuya edad era ≥ 30 - < 40 años resultaron ser los de mayor conocimientos acerca de la existencia del programa, lo cual puede justificarse porque son personas adultas, las cuales ya han concluido sus estudios y poseen un nivel cultural que les permite asumir conductas responsables respecto a la salud bucal y general, siendo similares los resultados con el grado de escolaridad, donde el mayor número de respuestas aceptadas se encontraron en aquellos pacientes con nivel universitario. No sólo el conocimiento del programa y del autoexamen nos exonera de la presencia de la enfermedad, es por ello la gran importancia de la realización de dicho autoexamen de forma diaria, pues en fases iniciales dicha enfermedad tiene mejor pronóstico y por ende mejor calidad de vida para el paciente, mostrándose en la tabla II la práctica por parte de los encuestados del autoexamen bucal según sexo, edad y escolaridad, para la detección temprana del cáncer bucal. El autoexamen bucal resultó ser muy poco practicado en la muestra estudiada a pesar del conocimiento del mismo por parte de los encuestados, demostrado en la tabla anterior, aunque hubo un predominio de su realización en las mujeres, los pacientes de las edades ≥ 30 y < 40 años y los preuniversitarios y universitarios, coincidiendo nuestros resultados con los obtenidos por Downer MC¹⁰, lo cual está justificado por el hecho de que los individuos con mayor nivel cultural poseen conocimientos y actitudes consecuentes que les permiten asumir estilos de vida saludable. Es importante destacar que de las seis lesiones asociadas a un posible cáncer bucal (tabla III, IV y V) los encuestados reconocieron solo de forma importante a las manchas blancas en mayor cuantía, siendo las más comunes presentes en los pacientes fumadores y por ende las más difundidas entre la población, seguidamente, las lesiones hundidas y úlceras orales, teniendo mayor poder de identificación en este aspecto el sexo masculino según aparece reflejado en la tabla III. Obsérvese además en la tabla IV que el 100 % de la muestra con edad mayor o igual a 30 años reconoció las manchas blancas y las lesiones hundidas como signo clínico de cáncer bucal. Estas mismas lesiones fueron las más reconocidas por los encuestados con un nivel escolar preuniversitario, universitario, así como los técnicos medios (Tabla V). coincidiendo nuestros resultados con los obtenidos por Bayarde H.¹¹ en el 2003 en un grupo de ancianos estudiados donde los de sexo masculino y aquellos de un nivel educacional a partir del preuniversitario resultaron los de mayor conocimiento acerca de las lesiones iniciales o estadios precancerosos del cáncer bucal. Uno de los principales aspectos a considerar para evitar la aparición de los carcinomas de la cavidad bucal son los factores de riesgo asociados a su aparición. El tabaquismo y el alcoholismo fueron los factores de riesgo más identificados por los encuestados de ambos sexos. El hábito de fumar fue reconocido mayormente por los hombres, y el alcoholismo fue reconocido por el 100 % de los mismos, aunque los resultados de las mujeres no fueron significativamente inferiores; atribuimos dichos resultados a la presencia de dicho hábito en gran parte de la población cubana y mundial, además de la amplia propaganda publicitaria llevada a cabo por nuestro Sistema Nacional de Salud acerca de los efectos perjudiciales de dichos hábitos, así como el efecto sinérgico dado por la asociación de los mismos. En el caso específico del tabaquismo, estudios recientes en países desarrollados han demostrado una menor incidencia de cáncer oral y de pulmón en aquellas áreas geográficas donde el estado se

ocupa de realizar programas sociales en contra de dicho hábito tóxico¹², lo cual justifica la importancia de los esfuerzos estatales en el control del hábito de fumar para mejorar la salud de la población. Resulta de interés que el 100% de los encuestados en los rangos de edades ≥ 20 - < 30 años y ≥ 40 - < 50 años identificaron ambos hábitos tóxicos como factores de riesgo predisponentes del cáncer bucal, siendo estas edades comprendidas a nivel mundial como las más afectadas con la presencia de dichos hábitos (Tabla VII). Estos mismos factores de riesgo fueron los más reconocidos por los encuestados con un nivel escolar preuniversitario, universitario, así como los técnicos medios. (Tabla VIII). Coincidiendo nuestros resultados con los obtenidos por García Heredia GI⁹, donde los factores de riesgo más identificados en la población estudiada resultaron ser el tabaquismo y el alcoholismo, siendo además los factores de riesgo más frecuentes en las poblaciones geriátricas. Es importante conocer qué hacer una vez detectada alguna alteración en la cavidad bucal, es por ello que la figura 1 muestra la identificación por parte de los encuestados del personal de salud a quien recurrir ante una lesión, siendo identificado en primer lugar el estomatólogo como el facultativo a quien acudir en caso de lesión bucal en el mayor número de los encuestados. Tanto el estomatólogo como el asistente dental deben poseer conocimientos profundos sobre los signos clínicos y factores de riesgo del cáncer bucal para poder realizar una labor asistencial con base en la prevención, es por ello que Gajendra S y colaboradores en el año 2006 realizaron un estudio similar al nuestro, pero aplicando la encuesta a estomatólogos e higienistas dentales en el Estado de Nueva York¹³. Los investigadores concluyeron que tanto los estomatólogos como los higienistas dentales poseían conocimientos sobre el cáncer oral, pero con brechas en lo referente a ciertos factores de riesgo y en la técnica del examen físico para su detección. La preparación adecuada del personal de la asistencia estomatológica con relación al cáncer oral permitirá que los mismos puedan realizar de forma eficiente la labor preventiva y educativa necesaria para garantizar el control de los factores de riesgo, la detección precoz y por ende lograr una menor mortalidad por cáncer bucal en la población que atienden.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Brook I 2010. Oral Cancer. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Oral_cancer
- 2-Carter LM, Harris AT, Kavi V, Johnson S, Kanatas A. Oral cancer awareness amongst hospital nursing staff: A pilot study. BMC Oral Health. [Internet]. 2009 [Citado 20 de mayo de 2011]; 9(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640385/>
- 3- Messadi DV, Smith P, Lawrence W. Improving Oral Cancer Survival: The Role of Dental Providers. *J Calif Dent Assoc*. [Internet]. 2009 [Citado 20 de mayo de 2011]; 37(11): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2866626/>
- 4-Sosa Rosales MC, Mojaiger de la Peña A, González Ramos RM, Gil Ojeada E. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION ESTOMATOLOGICA INTEGRAL A LA POBLACION. Cuba, Ciudad de la Habana; 2002.
- 5- González G, Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A. Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. *Rev. Cub de Estomatología*. [Internet]. 2001 [Citado 20 de mayo de 2011]; 39(2): [Aprox. 20p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol38_2_01/est03201.htm
- 6- Bunnell A, Pettit N, Reddout N, Sharma K, O'Malley S, Chino M, et al. Analysis of primary risk factors for oral cancer from select US states with increasing rates. *Tob Induc Dis*. [Internet]. 2010 [Citado 20 de mayo de 2011]; 8(5): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20178620>
- 7- **Polednak AP**. Revisiting the 1973 report, "Alarming increase of the cancer mortality in the US Black population (1950-1967)". *Ethn Dis*. [Internet]. 2005 [Citado 20 de

mayo de 2011]; 15(4): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16259508>

8. Morse DE, Kerr AR. Disparities in oral and pharyngeal cancer incidence, mortality and survival among black and white Americans. *J Am Dent Assoc.* [Internet]. 2006 [Citado 20 de mayo de 2011]; 137(2): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16521387>

9. García Heredia GL, Miranda Tarrago JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol.* [Internet]. 2009 [Citado 2011-04-22]; 46(4): [Aprox. 11p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000400009&script=sci_arttext

10-. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol.* [Internet]. 2006 [Citado 2011-04-22]; 42(6): [Aprox. 9p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16815505>

11. Bayarde H. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos. Ciudad de La Habana y Las Tunas. 2000. [Tesis] Trabajo para optar por el Grado de Doctor en Ciencias de la Salud. Ciudad de La Habana; 2003.

12. Polednak AP. Trends in incidence rates of tobacco-related cancer, selected areas, SEER Program, United States, 1992-2004. *Prev Chronic Dis.* [Internet]. 2009 [Citado 2011-04-22]; 6(1): [Aprox. 1p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19080022>

13. Gajendra S, Cruz G D, Kumar J V. Oral Cancer Prevention and Early Detection: Knowledge, Practices, and Opinions of Oral Health Care Providers in New York State. *J Cancer Educ.* [Internet]. 2006 [Citado 2011-04-22]; 21(3): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17371181>

Recibido: 12 de septiembre de 2012.

Aprobado: 22 de octubre de 2012.