



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**Nivel de Conocimiento sobre Cáncer Bucal en Cirujanos
Dentistas que Laboran en la Región de Tumbes, 2022.**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Cirujano Dentista

AUTORAS:

Noblecilla Vega, Ursula Michel (orcid.org/0000-0001-8377-1561)

Salazar Jimbo, Dagmar Karely (orcid.org/0000-0003-4441-3045)

ASESOR:

Mg. Carrion Molina, Frank Julio (orcid.org/0000-0001-5139-0019)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

Dedicatoria

A Dios, por haberme bendecido con una familia maravillosa.

A mi familia que siempre me ha dado ejemplo de superación, humildad y sacrificio. Familia que, por el deseo de ver realizado un sueño y el inmenso amor que tienen hacia mí, me condujo en el camino hacia el triunfo.

Úrsula Michel Noblecilla Vega

Con todo mi corazón a mis padres Anita y Xavier, pilares fundamentales en mi vida; muchos de mis logros se los debo a ustedes, entre los que se incluye este.

A José, quién ha sido una figura paterna, siempre estuvo en cada momento en el que necesité su apoyo, este logro también es tuyo.

A los demás miembros de mi familia, quienes me impulsaron a seguir adelante en los momentos difíciles que se me presentaron a lo largo del trayecto recorrido.

Dagmar Karely Salazar Jimbo

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a Dios, por la vida, por ser nuestra guía y brindarnos fortaleza en los malos momentos.

A nuestros padres, por ser pilares impulsores de nuestros sueños, por el esfuerzo, amor, confianza y apoyo incondicional en cada momento.

A nuestro asesor Frank Carrión Molina, por sus acertadas observaciones y sugerencias para lograr este producto académico.

A nuestros docentes, que de gran manera contribuyeron al logro de nuestro objetivo.

Úrsula Michel Noblecilla Vega

Dagmar Karely Salazar Jimbo

Índice de contenidos

| | |
|--|------|
| Carátula..... | i |
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Índice de contenidos..... | iv |
| Índice de tablas..... | v |
| Índice de abreviaturas..... | vi |
| Resumen..... | vii |
| Abstract..... | viii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| III. METODOLOGÍA..... | 17 |
| 3.1 Tipo y diseño de investigación..... | 17 |
| 3.2 Variables y operacionalización..... | 17 |
| 3.3 Población, muestra y muestreo..... | 18 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 19 |
| 3.5 Procedimientos..... | 20 |
| 3.6 Método de análisis de datos..... | 21 |
| 3.7 Aspectos éticos..... | 21 |
| IV. RESULTADOS..... | 23 |
| V. DISCUSIÓN..... | 27 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 31 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 32 |
| REFERENCIAS..... | 33 |
| ANEXOS..... | 39 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022 | 23 |
| Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas de Tumbes, 2022; según sexo | 24 |
| Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas de Tumbes, 2022; según años de experiencia profesional | 25 |
| Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas de Tumbes, 2022; según sector de desempeño | 26 |

Índice de abreviaturas

| | |
|----------|--|
| ADN | Ácido desoxirribonucleico |
| CB | Cáncer bucal |
| CCE | Cáncer de células escamosas |
| COP | Colegio odontológico del Perú |
| EPP | Equipo de protección personal |
| COVID-19 | Coronavirus disease |
| FNA | Aspiración con aguja fina |
| IARC | Agencia internacional para la investigación del cáncer |
| INEN | Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas |
| KR-20 | Kuder Richardson 20 |
| M | Metástasis |
| N | Nódulo |
| OMS | Organización Mundial de la salud |
| T | Tumor |
| TC | Tomografía computarizada |
| TNM | Tumor, Nódulo, Metástasis |
| UICC | Unión internacional contra el cáncer |
| VPH | Virus del papiloma humano |

Resumen

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022. El estudio fue de tipo básico, diseño no experimental, transversal, prospectivo, descriptivo y contó con la participación de 112 cirujanos dentistas, se utilizó un cuestionario validado de 20 preguntas, el cual fue aplicado a los odontólogos de Tumbes. Los resultados indican que el nivel de conocimiento de los profesionales fue regular en el 84,8 %, asimismo el 9,8 % presentó un conocimiento bajo y sólo el 5,4 % presentó un nivel alto, no hubo diferencias en cuanto al conocimiento según el sexo o los años de experiencia de los profesionales, los cirujanos dentistas del sector público obtuvieron mejores resultados que los que se desempeñan en el sector privado. El estudio concluyó que el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes en el año 2022 es regular.

Palabras clave: Conocimiento, cáncer oral, neoplasia bucal.

Abstract

The objective of the investigation was to determine the level of knowledge on oral cancer in dentist surgeons working in the Tumbes region, 2022. The study was of basic type, non-experimental design, descriptive, prospective, transverse and was attended by 112 dentist surgeons, a validated questionnaire of 20 questions was applied to Tumbes dentists. The results indicate that the level of knowledge of professionals was regular in 84,8 %, likewise 9,8 % presented low knowledge and only 5,4 % presented a high level, there were no differences in knowledge according to the knowledge according to the knowledge according to the sex or years of experience of professionals, the public sector dentist surgeons obtained better results than those who work in the private sector. The study concluded that the level of knowledge on oral cancer in dentist surgeons who work in the Tumbes region in 2022 it is regular.

Keywords: Knowledge, Oral cancer, Mouth Neoplasms.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer bucal (CB) engloba varias neoplasias que afectan estructuras orales, como las encías, mucosa oral, labios, vientre lingual, piso de la boca y estructuras que se considera que forman la orofaringe, como los pilares de las amígdalas, base de la boca, lengua y paladar blando, aunque en su mayoría se refiere al carcinoma de células escamosas, puesto que el 90 % de neoplasias malignas diagnosticadas en boca son de este tipo, la etiología del cáncer bucal es multifactorial, integrando factores endógenos, como la predisposición genética y factores ambientales y conductuales exógenos, cuya integración puede resultar en la manifestación de la enfermedad. La enfermedad afecta principalmente a personas mayores de 45 años y, a nivel internacional, hay mucha variación inter e intrarregional en la incidencia ^{1, 2}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),³ el cáncer de boca y orofaringe se encuentran entre las neoplasias más frecuentes de cabeza y cuello, con una incidencia mundial de 4 casos nuevos por 100 000 habitantes, aunque esta cifra es variable en todo el planeta, yendo desde cero casos registrados hasta 22 casos por cien mil personas,⁴ así también la OMS y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC)⁵ estima que hubo 378 000 nuevos casos de cáncer de labio y cavidad oral y 98 400 cáncer de orofaringe en 2020, en todo el mundo, además, las muertes registradas fueron de 178 000 por cáncer de labio y cavidad oral y 48 100 por cáncer de orofaringe, según el estudio topográfico del cáncer bucal, la lengua es la región de mayor frecuencia, seguido de la mucosa bucal y labial⁶.

Se estima que para el 2025 habrá un aumento promedio de 11,6 %, de acuerdo al estudio de Ghantous Y, Elnaaj I,⁷ en Israel en el año 2017, la incidencia y mortalidad por cáncer oral en el mundo fue mayor entre los hombres que entre las mujeres; asimismo los autores reportan que a nivel mundial, las incidencias más altas se han reportado en el sur y sudeste de Asia, Miranda A, Bray F,⁸ señalan a los países del sur de Asia Central, Melanesia, Australia y Nueva Zelanda con las tasas de incidencia más altas. En Latinoamérica, el cáncer bucal tiene una incidencia significativa asociada a diferentes pronósticos y factores de riesgo, solo en Brasil, Abreu P, et al.⁹ en el año 2018 reportan 15 290 nuevos casos de cáncer de células

escamosas de la cavidad oral, siendo este el carcinoma de cabeza y cuello más incidente, Abadeh A, et al.¹⁰ en Canadá en el 2019 encontraron que, de 63 483 muestras enviadas por odontólogos para biopsias, 828 (1,3 %) fueron positivas para cáncer oral, esto demuestra cuán importante es el papel del cirujano dentista en la detección del cáncer.

El reporte de la (IARC)⁵ en Perú, indica que en el año 2020 se produjeron 667 casos de cáncer labial y bucal, y 195 de orofaringe, alcanzando una mortalidad del 38,5 %, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)¹¹ de Lima, en su Guía práctica clínica de carcinoma de cabeza y cuello establece que la incidencia de cáncer de labio, cavidad oral, faringe e hipofaringe en hombres es de 0,85 por 100 000 habitantes y en mujeres de 0,84 por 100 000 habitantes, asimismo la tasa de mortalidad es de 0,48 y 0,27 por 100 000 habitantes, para hombres y mujeres respectivamente, siendo los factores de riesgo comunes para el cáncer bucal el tabaco, el alcohol, la nuez de betel, el virus de Epstein-Barr y la infección por el virus del papiloma humano¹².

El cáncer bucal es detectable de manera temprana a través del examen clínico, biopsia y examen de imágenes, esto asegura una tasa de supervivencia de 5 años, el cirujano dentista al ser parte de su campo es quien puede realizar un diagnóstico inicial al respecto, independientemente de la inserción en la red pública o privada, por lo que todo cirujano dentista debe tener información sobre los factores de riesgo y el diagnóstico precoz del cáncer bucal, teniendo comportamientos que puedan articular tales conocimientos en su rutina profesional. El hecho de que el cáncer oral continúe siendo un problema relevante de salud pública es un indicativo que la prevención de esta enfermedad no se está realizando con el ímpetu que debiera, ello probablemente por déficit de conocimiento de los cirujanos dentistas, es claro que la detección temprana del cáncer es uno de los factores más importantes que afectan la supervivencia general y el pronóstico, de allí la importancia de la presente investigación, puesto que la evaluación de los conocimientos académicos es un medio para medir la preparación de los profesionales.

Por lo antes expuesto, el presente estudio se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022?

La investigación se justifica debido a que en la actualidad no existen investigaciones locales publicadas, a su vez tendrá relevancia cognitiva, ya que los resultados permitirán conocer el grado de preparación de los cirujanos dentistas de Tumbes, también tiene importancia académica, ya que conduce a resultados compartidos con investigadores académicos y profesionales odontológicos que manifiesten interés en esta temática, asimismo, esta investigación busca concientizar a los cirujanos dentistas de la importancia de la capacitación continua, sobre todo en esta enfermedad que trae consigo gran daño a quienes la padecen, y, por último, se justifica a nivel metodológico, ya que los instrumentos utilizados poseen validez y confiabilidad, de tal forma que podrán ser utilizados en futuras investigaciones.

En función de todo esto, se estableció como objetivo general de investigación determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022. Asimismo, como objetivos específicos: Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022, según sexo. Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022, según años de experiencia profesional. Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas, que laboran en la región de Tumbes, 2022, según sector de desempeño (público o privado).

II. MARCO TEÓRICO

Arias C, Condori Y,¹³ en el año 2021, en Perú, presentaron su investigación que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en odontólogos de la ciudad de Arequipa, este estudio fue descriptivo transversal, y contó con la participación de 115 odontólogos, el instrumento utilizado fue un cuestionario estructurado que contó con validación por juicio de expertos. Los resultados indicaron que el 53,9 % de los odontólogos poseen un conocimiento regular, seguido del conocimiento óptimo en el 36,5 % de los profesionales, solo el 9,6 % de odontólogos presentó un conocimiento de nivel bajo. El sexo, la especialidad profesional y el ámbito de desenvolvimiento no se relacionaron con el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas. Por el contrario, los odontólogos con más años de experiencia obtuvieron mejores resultados en el test. El estudio concluyó que el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en los odontólogos de Arequipa es regular.

Ahmed N, Naidoo S,¹⁴ en el año 2019, en Sudán, el objetivo de este estudio tuvo como fin evaluar el conocimiento sobre prevención y detección temprana de cáncer oral que poseen los cirujanos dentistas, participaron de este estudio descriptivo, 130 cirujanos dentistas de establecimientos públicos. Los resultados indican que el 90 % de los profesionales identificó correctamente el carcinoma de células escamosas como el tipo histológico más frecuente de cáncer oral. El 30,1 % identificó la mucosa bucal y el 22,1 % identificó los labios como la localización más frecuente. Sólo el 35,4 % identificaron correctamente el grupo de edad de 60 años como la cohorte en la que se diagnostican la mayoría de los cánceres orales. El 38,9 % señaló el consumo de tabaco y alcohol como los factores de riesgo más importantes. El 83,2 % y el 80,5 % identificaron correctamente las úlceras que no cicatrizan y las manchas blancas o rojas, como lesiones tempranas de cáncer oral, respectivamente. El estudio concluyó que el nivel de conocimiento fue alto en el 86,92 % de cirujanos dentistas de Sudán. Existe una relación significativa entre el tiempo transcurrido desde la graduación y los conocimientos sobre el cáncer oral.

Jboor D, et al.¹⁵ en el año 2019, en Qatar, el propósito del estudio fue evaluar los conocimientos existentes sobre el cáncer oral (CO), en odontólogos de establecimientos públicos, de un total de 271 odontólogos, 177 completaron un

cuestionario autoadministrado. Las puntuaciones fueron, de 14 preguntas, $7,59 \pm 2,4$ para conocimientos y de 16 preguntas, $8,96 \pm 2,31$ para factores de riesgo. Los profesionales con menos de 10 años obtuvieron mejores resultados en comparación a los que poseían más de 15 años. El estudio concluyó que el conocimiento de los cirujanos dentistas fue insatisfactorio, tanto para el conocimiento de las características del cáncer oral como para los factores de riesgo. Es necesaria la capacitación para los cirujanos dentistas que trabajan en el sector público.

Khattab N, et al.¹⁶ en el año 2019, en Egipto, tuvieron como objetivo evaluar los conocimientos, la actitud y la práctica acerca del cáncer oral en odontólogos, de manera aleatoria fueron escogidos 424 odontólogos. Se entrevistó a los profesionales para aplicar un cuestionario. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento general fue de 31,8 %, el conocimiento de los factores de riesgo del cáncer oral es alto, principalmente en relación al consumo de tabaco y alcohol, también fueron identificados como factores de riesgo los antecedentes familiares y el virus de papiloma humano por el 80 % de los cirujanos dentistas, el examen bucal era practicado por el 37,5 % de los profesionales, y solo el 26,5 % realiza el examen de cuello en busca de adenopatías. El estudio concluyó que hubo una correlación bastante positiva ($r = 0,47$) entre las puntuaciones de la práctica y los conocimientos.

Leonel A, et al.¹⁷ en el año 2019, en Brasil. El objetivo de este estudio fue determinar el conocimiento sobre cáncer bucal en odontólogos brasileños. El estudio fue descriptivo y contó con la participación de 71 profesionales quienes respondieron un cuestionario acerca de las características clínicas, rasgos y factores de riesgo. El estudio indicó que el 66,2 % manifiestan que el carcinoma de células escamosas es el tipo de cáncer oral más común, el 71,9 % señalaron la lengua y el piso de la boca como los sitios de mayor frecuencia, por otro lado, el 93 % indicaron que el cáncer bucal afecta principalmente a pacientes mayores de 40 años, y el 76,1 % reportan que el cáncer bucal se diagnostica con mayor frecuencia en un estadio clínico avanzado, la totalidad de los encuestados indicó que el consumo de tabaco es el mayor factor de riesgo, seguido del alcohol (98,6 %), exposición a la luz solar (97,2 %) y antecedentes familiares (95,8 %). El estudio concluyó que el 66,2 %

consideró satisfactorio su nivel de conocimiento sobre el cáncer bucal, sin embargo, solo el 26,8 % de ellos sintieron que estaban preparados para desarrollar procedimientos de diagnóstico para el cáncer oral.

Nazar H, et al.¹⁸ en el año 2019, en Kuwait, el objetivo del trabajo fue evaluar el nivel de conocimientos sobre el cáncer oral en odontólogos. El estudio tuvo un diseño descriptivo y contó con un cuestionario autoadministrado a 289 profesionales. Los resultados mostraron que la media de puntaje fue de $6,58 \pm 1,55$ de un máximo de 10, el 73,4 % acertó a las preguntas de conocimiento, el 99,7 % asocia el consumo de tabaco y alcohol como los principales factores de riesgo, el 83,7 % de los odontólogos conocen los síntomas tardíos y sólo el 31,3 % los síntomas tempranos. La edad de aparición frecuente, la forma más común y las lesiones más probables fueron conocidas por el 37,3 %, 80,6 % y 80,3 % de los profesionales, respectivamente, no hubo diferencias significativas por sexo ($p = 0,07$), ni por especialidad, hubo correlación entre el conocimiento y la edad o años de experiencia ($r = 0,271$, $p < 0,001$, $r = 0,302$, $p < 0,001$, respectivamente). El estudio concluyó que la mayoría de los participantes presentaban buenos conocimientos sobre diversos aspectos del cáncer oral.

Kebabciouglu O, Pekiner F,¹⁹ en el año 2018, en Turquía, el objetivo de la investigación fue evaluar el conocimiento sobre cáncer oral en cirujanos dentistas que asistieron al 101 Congreso mundial de la FDI, participaron del estudio 170 odontólogos, y de acuerdo a los resultados, gran proporción respondió correctamente sobre los factores de riesgo para cáncer oral, el 98,8 % identificó el consumo de tabaco y el 91,2 % al alcohol (91,2 %), asimismo el 95,3 % a las lesiones pre cancerosas, además el 90 % a las infecciones víricas y el 86,5 % a la radiación actínica, además los especialistas en medicina oral obtuvieron una puntuación ligeramente superior en indicar que la eritroplasia y la leucoplasia tienen más probabilidades de ser precancerosas y el carcinoma de células escamosas como la forma más común de cáncer oral ($p < 0,01$). El estudio concluyó que se comprobó que existe un desconocimiento sobre el bajo consumo de frutas y verduras como factores de riesgo, asimismo hubo equivocación al señalar las leucoplasias con mayor poder cancerígeno que las eritroplasias. Existe falta de

capacidad para derivar a los pacientes sospechosos y poca educación en este aspecto a los pacientes.

Spaunlonci G, et al.²⁰ en el año 2018, en Brasil, su investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de los odontólogos sobre el cáncer oral. El estudio también se propuso comparar el conocimiento entre odontólogos jóvenes y los de experiencia (más de 30 años). El 2,36 % (477) de odontólogos respondió el correo enviado, dentro de los cuales figuraban 84 recién graduados y 105 odontólogos mayores. Los resultados indican que el 19 % de los jóvenes obtuvieron un resultado excelente, 46,4 % bueno, 23,8 regular y 10,7 pobre; en el grupo de los seniors, sólo el 6,7 % obtuvo puntaje excelente, el 41,9 % bueno, el 38,1 % regular y el 13,3 % pobre. El estudio concluyó que los odontólogos jóvenes poseen 2,1 veces más conocimiento sobre cáncer oral que los odontólogos con experiencia, por ello resaltó que existe déficit de conocimiento y que esto demuestra que la capacitación continua es de suma importancia.

Taheri J, et al.²¹ en el año 2018, en Irán, el estudio evaluó los conocimientos y las percepciones de los odontólogos sobre las lesiones precancerosas orales y los factores de riesgo del cáncer oral. Participaron del estudio 200 cirujanos dentistas generales, quienes respondieron un cuestionario de 15 preguntas. Los resultados indicaron un promedio de 7,96, con un mínimo de 3 y un máximo de 13 puntos. El tiempo de experiencia menor a 10 años obtuvo un mínimo de 4 y un máximo de 13, con una puntuación promedio de 8,53 y mediana de 9. En el grupo de entre 10 y 20 años de experiencia, la puntuación mínima fue de 3, y la máxima de 13, el promedio de 7,28 y la mediana de 7. En el grupo de 20 a más años de experiencia, el mínimo fue de 3, y el máximo de 10, con un promedio de 6,22 y mediana de 6. La diferencia entre los grupos por años de experiencia fue significativa. El estudio concluyó que los cirujanos dentistas poseen un conocimiento medio sobre cuestiones más generales como cánceres orales más comunes, factores predisponentes, las lesiones precancerosas y los métodos de diagnóstico, la edad del potencial maligno, el tipo de lesión precancerosa más común y la sintomatología de una úlcera cancerosa.

El conocimiento es la capacidad humana de comprender, aprehender y comprender las cosas, además se puede aplicar, creando y experimentando lo nuevo.

Conocimiento es el sustantivo del verbo conocer. Conocer es el acto de entender, comprender, aprehender algo a través de la experiencia o el razonamiento. El conocimiento ha fascinado a la humanidad desde la antigüedad, cuando la filosofía comenzó a pensar en las formas en que los seres humanos pueden conocer la verdad. La palabra conocimiento se origina en latín, de la palabra cognoscere, que significa "acto de saber". Saber, en latín, también proviene del mismo radical "Gno", presente en el idioma latino y el antiguo griego, de la palabra "gnosis", que significa conocimiento o "gnóstico", que es el que sabe ²².

Conocer es el acto de aprehender, de ser capaz de abstraer leyes del entendimiento y comprender algo. El conocimiento es el atributo de quien conoce, es decir, es lo que resulta del acto de conocer, comprender, etc. El conocimiento es posible solo para el ser humano. Los animales, por otro lado, desarrollan mecanismos de aprendizaje a través de la experiencia práctica y la repetición de experiencias, pero el conocimiento complejo, efectivo y racional es exclusivo del hombre. Esto se debe a que el conocimiento bien estructurado solo puede ser elaborado, organizado, codificado y decodificado por el lenguaje y por los mecanismos racionales ²².

Desde que se desarrolló el lenguaje, el ser humano ha buscado mecanismos para conocer y establecer relaciones entre el mundo y sus experiencias con él, tratando de desmitificar y comprender la complejidad de la existencia. Así pues, se desarrollaron, a lo largo de más o menos diez milenios, diversas formas de entender el mundo, lo que da fe de la existencia de varios tipos de conocimiento. Uno de ellos es el conocimiento del sentido común, se trata de uno de los tipos de conocimiento humano más completos, ya que se basa en experiencias privadas y sociales, compartidas a través de intercambios de experiencias y relaciones hereditarias. El conocimiento de sentido común procede de la sabiduría popular y de la expresión de opiniones, y puede tener valor e importancia porque está estrechamente ligado a la formación cultural. El conocimiento de sentido común también puede manifestar creencias y opiniones verdaderas, pero hay que tener cuidado con este tipo de conocimiento cuando se quiere fundamentar y afirmar algo con certeza, ya que el conocimiento de sentido común no requiere ningún tipo de validación o método que atestigüe su sentido lógico racional o su veracidad ²².

Por otro lado, existe el conocimiento teológico, este tipo de conocimiento habita también en la sociedad y en los modos particulares de la vida humana, ya que el ser humano busca desde el principio en la religión la explicación de lo que es, hasta ahora, inexplicable. Podemos establecer dos marcas dentro del registro sobre el conocimiento teológico. Una es la propia religión, que el ser humano busca como forma de consuelo y explicación "sobrenatural", y la otra es el registro de la teología, como rama del conocimiento científico que trata de crear una estructura de hechos y elementos que conforman las religiones. El conocimiento teológico, como la propia religión, se basa en la fe personal que manifiestan las personas y en elementos de la propia religión, con escrituras, prácticas, rituales, dogmas y creencias ²².

La filosofía surgió como un conjunto de conocimientos necesarios para cuestionar y, en ocasiones, complementar los conocimientos proporcionados por el sentido común y la religión. La filosofía es una forma de establecer normas para obtener un tipo de conocimiento más seguro, al igual que la ciencia, pero no se puede afirmar que el conocimiento científico se produzca del mismo modo que el filosófico. La filosofía, en este sentido, es la madre de todas las ciencias, porque fue la primera en buscar una forma de conocer las cosas con mayor seguridad ²³.

Otro tipo de conocimiento es el científico, el cual a diferencia de los otros debe ser rigurosamente probado y verificado, lo que le garantiza una mayor veracidad. Esto significa que se busca en la ciencia formas de pensar válidas y correctas para no caer fácilmente en el error. La tarea de los científicos, especialmente los de ciencias naturales, consiste en observar fenómenos, identificar problemas, formular hipótesis, realizar pruebas para verificar las hipótesis formuladas, formular deducciones y concluir su tarea formulando teorías ²³.

El cáncer bucal (CB) es una enfermedad poco conocida en relación con otros tipos de neoplasias, teniendo generalmente un diagnóstico tardío. Los estudios realizados en diferentes países coinciden en la epidemiología del cáncer oral. La enfermedad es más frecuente en los hombres mayores de 40 años. Los lugares anatómicos más frecuentes son el labio inferior, el borde de la lengua y el piso de boca. Sin embargo, las pruebas recientes muestran un aumento del número de casos en individuos más jóvenes en el grupo de edad inferior a los 45 años ²⁴.

Según la literatura, entre el 90 % y el 95 % de los casos de cáncer oral corresponden a carcinomas también llamado carcinoma de células escamosas, las lesiones se clasifican como ulceradas, nodulares o vegetantes. Puede presentarse en forma de una úlcera asintomática que no se cura y puede observarse en el labio, la lengua, glándulas salivales, encías, suelo de la boca, mucosa de la mejilla, vestíbulo de la boca, paladar y la úvula. En la etapa inicial, puede presentarse como manchas blanquecinas o rojizas y las ulceraciones superficiales asintomáticas. En su fase avanzada, las úlceras son más grandes, dolorosas y con un olor desagradable. La neoplasia puede infiltrar las estructuras subyacentes y los pacientes suelen presentar una pérdida de peso acentuada, dificultad para hablar, masticar y tragar ^{25, 26}.

Es importante realizar un diagnóstico precoz de las neoplasias de la cavidad oral y orofaringe. Por lo tanto, las lesiones que no remiten en 2 o 3 semanas requieren una investigación intensa con biopsia. Hay que prestar atención a las lesiones leucoplásicas y eritroplásicas, especialmente si están situadas en las zonas mencionadas. El azul de toluidina puede utilizarse como trazador en pacientes de alto riesgo en los que el examen macroscópico no evidencia lesiones o en aquellos con lesiones sospechosas para guiar la biopsia. El azul de toluidina tiñe las lesiones malignas y no la mucosa normal (reacciona en el núcleo de las células neoplásicas con alta tasa de mitosis). Si se identifica una neoplasia de la cavidad oral y/o de la orofaringe, debe realizarse una evaluación de la laringe, esófago, hipofaringe y pulmones en la búsqueda de otros tumores primarios ²⁷.

Aunque la etiología del cáncer oral está relacionada con múltiples factores, los estudios revelan que el alcohol y el tabaco son factores etiológicos potenciales de la aparición del cáncer oral incluso en individuos menores de 45 años. Existe una relación directa entre las neoplasias de la cavidad oral y la ingesta excesiva de alcohol y fumando. El riesgo depende de la dosis y la asociación entre el tabaco y el alcohol tiene un efecto sinérgico y no sólo la suma. El paciente que deja de fumar sólo presentará un riesgo similar a un no fumador después de 16 años. Otros factores predisponentes son: la mala higiene bucal, la contaminación atmosférica, inmunodeficiencias, presencia de una primera neoplasia en el tracto aerodigestivo

superior, uso de prótesis, gingivitis crónica, dieta, exposición al sol, Herpes tipo I, papiloma y la sífilis ^{28, 29}.

El alcohol y el tabaco fueron identificados como los dos principales factores específicos para la aparición del carcinoma oral de células escamosas, la asociación entre el tabaco y el alcohol en la etiología del cáncer de boca está relacionada con el aumento de la permeabilidad causada por el alcohol que puede provocar un aumento de la penetración de los carcinógenos presentes en el tabaco. Se han estudiado los efectos del alcohol y el tabaco en la mucosa oral utilizando células epiteliales orales obtenidas de la mucosa oral. El alcoholismo aislado o asociado al tabaquismo afecta a la incidencia del CCE oral, proporcionando un aumento de la incidencia en grupos de edad más tempranos, tanto en mujeres como en hombres ³⁰.

Un total de aproximadamente 150 clases de virus conforman el virus del papiloma humano (VPH), la característica principal de estos microorganismos es que producen lesiones tipo verruga. Se ha determinado que algunos de estos virus al infectar el organismo humano son capaces de desencadenar cáncer, en sitios anatómicos, tales como el pene, cuello uterino, vulva, vagina, ano, boca y garganta. El VPH tipo 16 (VPH16) es el tipo que se asocia más a menudo con el cáncer de orofaringe, especialmente los de amígdalas y vientre de la lengua. En el 67 % de los casos se logró aislar ADN del VPH en cánceres de orofaringe, aunque en el cáncer oral la frecuencia es inferior, también se encuentra involucrado en estos casos. Estos cánceres son cada vez más frecuentes en personas jóvenes que tienen antecedente de múltiples parejas sexuales (incluido el sexo oral) y sin antecedentes de abuso de alcohol o el consumo de tabaco ³¹.

Los cánceres de cavidad oral y orofaringe son dos veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Esto puede deberse a que los hombres tenían más probabilidades de haber consumido tabaco y alcohol en el pasado. Los cánceres orofaríngeos relacionados con el VPH también se observan con mayor frecuencia en los hombres. Asimismo, tener demasiado peso corporal parece aumentar el riesgo de cáncer de orofaringe y cáncer de laringe, comer más alimentos vegetales, como las verduras sin almidón y las frutas enteras, puede ayudar a las personas a

perder peso, así como a reducir el riesgo de cáncer de orofaringe y laringe debido a la mala alimentación ³¹.

La salud bucal ha demostrado ser un componente importante en el desarrollo de cáncer oral, esto es posible dado que los microorganismos presentes en las enfermedades de dientes y tejidos peridentarios producen un cambio en la composición de la flora bacteriana comensal. De acuerdo a Gupta A, et al.³² el seguimiento de las recomendaciones de los cirujanos dentistas (higiene con dentífrico, hilo dental y colutorio), así como las visitas preventivas al consultorio dental con una periodicidad de por lo menos 6 meses podría disminuir el riesgo de cáncer bucal.

Pese a que el examen bucal para la detección del cáncer bucal es fácil, generalmente estas lesiones son bastante extensas cuando se diagnostican. La lengua es el sitio más común para el CCE oral, que corresponde al 44 % de los casos, seguido por el piso de boca con el 16,5 %. En otros estudios, hay una mayor prevalencia de esta lesión en el piso de boca (27,9 %), seguido de la lengua (22,1 %) y el trígono retromolar (15,6 %). La localización anatómica se consideró un factor que influye en el pronóstico, teniendo en cuenta que los tumores tienen un comportamiento clínico diferente según su ubicación. La mucosa yugal fue el lugar de mayor incidencia en los pacientes mayores de 60 años. En los pacientes más jóvenes, había una mayor afectación de la lengua, aislada o asociada al suelo oral ^{33, 34}.

En una biopsia, el médico extrae un pequeño trozo de tejido o una muestra de células para poder examinarla detenidamente en el laboratorio en busca de células cancerosas. Una biopsia es la única forma de saber con seguridad si tiene cáncer de cavidad oral u orofaringe. Se pueden utilizar varios tipos de biopsias, dependiendo de cada caso. Para la citología exfoliativa, el médico raspa la zona alterada y frota el tejido recogido en un portaobjetos de vidrio. A continuación, la muestra se tiñe con un colorante para que las células se puedan ver claramente. Si alguna de las células parece anormal, se puede realizar una biopsia de la zona. La ventaja de esta prueba es que es fácil de hacer y causa muy poco dolor. Esto puede llevar a un diagnóstico precoz y una mayor posibilidad de éxito en el tratamiento si el cáncer es encontrado. Pero este método no muestra todos los cánceres. Y a

veces no es posible detectar la diferencia entre las células cancerosas y las células anormales que no son cancerosas (como la displasia), por lo que seguiría siendo necesario otro tipo de biopsia ³⁵.

Para una biopsia incisional, se corta un pequeño trozo de tejido de la zona que parece anormal. Este es el tipo de biopsia más común que se utiliza para comprobar si hay cambios en la boca o garganta ³⁵. La biopsia con aguja guiada por tomografía computarizada (TC) se realiza en caso de necesitar una biopsia de pulmón para comprobar la propagación del cáncer, esta prueba también puede utilizarse para guiar una aguja de biopsia en el tumor para obtener una muestra de tejido y comprobar si hay cáncer. Para una biopsia por aspiración con aguja fina (FNA), una aguja muy fina y hueca conectada a una jeringa extrae (aspira) algunas células de un tumor o nódulo ³⁵.

Las pruebas de imagen no se utilizan para diagnosticar el cáncer de la cavidad oral o cáncer de orofaringe, pero puede hacerse por una serie de razones antes y después de un diagnóstico de cáncer, incluyendo: Para observar una zona sospechosa que puede ser un cáncer; para saber hasta dónde puede haberse extendido el cáncer; para ayudar a averiguar si el tratamiento está funcionando; y para buscar signos de que el cáncer ha regresado (reaparecido) después del tratamiento ³¹. La radiografía de tórax de un paciente puede realizarse después de que se haya diagnosticado un cáncer en la cavidad oral u orofaringe para ver si el cáncer se ha extendido a los pulmones. Sin embargo, una tomografía computarizada o una PET/CT de los pulmones es preferible, ya que suelen proporcionar imágenes más detalladas ³⁶. También las ecografías se pueden utilizar para buscar ganglios linfáticos, para ver si están hinchados o tienen un aspecto anormal en su interior, lo que puede ser un signo de cáncer ³⁶.

Si la radioterapia forma parte del tratamiento, el paciente debe acudir a un dentista antes de empezar. El dentista le ayudará con los cuidados dentales rutinarios y puede eliminar cualquier diente en mal estado, si es necesario, antes de comenzar el tratamiento de radiación. La radiación puede dañar las glándulas salivales y provocar xerostomía. Esto puede aumentar la posibilidad de que se produzcan caries, infecciones y rotura del hueso de la mandíbula ³⁷.

El cisplatino, principal fármaco quimioterapéutico utilizado en el tratamiento del cáncer del bucal y orofaringe puede causar pérdida de audición. El personal sanitario es el más propenso a someterse a una prueba de audición (con un audiograma) antes de comenzar el tratamiento para comparar con posterioridad si el paciente tendrá problemas de audición debido a la quimioterapia ³⁸.

La normalización de la información es fundamental para permitir el intercambio de información y establecer protocolos aplicables a determinados grupos de pacientes. Con este objetivo, en 1954, la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC), tras una primera y exitosa experiencia en 1938 en la elaboración de un atlas sobre el cáncer de útero, propuso la creación de una publicación que incluyera otros tipos de tumores. El Atlas TNM se encuentra actualmente en su sexta edición. El acrónimo TNM significa T (tumor), N (nódulo regional) y M (metástasis a distancia). Por lo tanto, la clasificación UICC se refiere básicamente al tamaño y la relación del tumor y las metástasis con tejidos adyacentes ³⁹.

La clasificación propuesta es muy coherente por considerar, además de las dimensiones, la invasión de las estructuras cercanas. El grado T4 se establece cuando el tumor primario, de cualquier dimensión, no respeta las estructuras adyacentes. Por tanto, una lesión trigonoretromolar que invade el periostio es ya un tumor avanzado y se incluirá entre los objetos de terapias agresivas como requiere un tumor T4. Por otro lado, los tumores de hasta 2 cm, y por lo tanto T1, independientemente de otros factores, tienen un comportamiento biológico más favorable. Alrededor del 90 % de estos casos tienen una supervivencia libre de enfermedad de más de cinco años ³⁹.

La afectación de los ganglios linfáticos regionales (N) es un importante factor de impacto pronóstico. Los servicios de cirugía de cabeza y cuello señalan una incidencia de metástasis en el cuello que oscila entre el 25 y el 65 %. Los estudios revelan que alrededor del 60 % de los pacientes son N₀. La supervivencia global de los pacientes N+ cae del 60-70 % al 30-50 % en relación con los pacientes N₀. Sin embargo, la presencia o ausencia de un ganglio linfático afectado no es el único factor que debe observarse. La invasión extracapsular, por ejemplo, ha sido identificada como un importante factor pronóstico ³⁹.

Los cánceres de la cavidad oral orofaríngea pueden causar uno o más de estos signos o síntomas: Úlcera en el labio o en la boca que no se cura, dolor en la boca que no desaparece, un bulto o engrosamiento en los labios, la boca o la mejilla, una mancha blanca o roja en las encías, la lengua, las amígdalas o el revestimiento de la boca, dificultad para masticar o tragar, problemas para mover la mandíbula o la lengua, adormecimiento de la lengua, el labio u otra zona de la boca, hinchazón o dolor en la mandíbula, las prótesis dentales que empiezan a encajar mal o se vuelven incómodas, movilidad de las piezas dentales o dolor alrededor de las mismas, cambios de voz, un bulto o masa en el cuello o en la parte posterior de la garganta, pérdida de peso, dolor en el oído ³³.

La mayoría de los pacientes con cáncer oral y orofaríngeo en estadio I o II pueden ser tratados con éxito con radioterapia y/o cirugía. La quimioterapia puede administrarse junto con radioterapia (quimio-irradiación), especialmente en el tratamiento de cualquier célula cancerosa restante de la cirugía. Tanto la cirugía como la radioterapia responden bien en estas etapas del cáncer. La elección del tratamiento depende de los efectos secundarios esperados, incluyendo la apariencia del paciente y su capacidad para fonación y deglución ^{40, 41}.

Las tasas de supervivencia a 5 años de los carcinomas orales y orofaríngeos son aproximadamente del 50 %, y la mayoría de estos pacientes sobreviven poco tiempo después del diagnóstico. Esto se debe a que la mayoría de los tumores se identifican tarde, lo que compromete el tratamiento, el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. En cuanto a la localización anatómica del tumor, los pacientes con cáncer en la región del labio obtienen mejores tasas de supervivencia, y aquellos con mejores tasas de supervivencia, y las localizadas en la orofaríngea tienen peores tasas ⁶.

Se habla de recidiva cuando la enfermedad vuelve a aparecer después del tratamiento. La recidiva puede ser local, en el lugar donde se produjo o cerca de él, regional, en los ganglios linfáticos vecinos, o a distancia, si se ha extendido al hueso u órgano, como los pulmones). Las opciones de tratamiento para la recidiva dependerán de la localización y el tamaño del tumor, qué tratamiento se ha realizado ya, y del estado de salud general del paciente. Si la enfermedad ha recaído en la misma zona y se ha realizado previamente radioterapia, la cirugía es

una opción, si todo el cáncer puede ser eliminado totalmente y el paciente tiene condiciones clínicas para la cirugía. Sin embargo, se puede realizar una braquiterapia para controlar la enfermedad, si la recurrencia es local. Si la cirugía se realizó inicialmente, una nueva cirugía, radioterapia quimioterapia, cetuximab, inmunoterapia o una combinación de estos pueden ser consideradas ⁴².

Cuando existe recidiva de cáncer en la cadena ganglionar cervical, éstos deben extirparse, además, deberá incluirse radioterapia. Por otro lado, si la reaparición se da en un lugar alejado, se deberá aplicar quimioterapia más cetuximab. Estudios recientes incluyen a la inmunoterapia como parte del tratamiento, se ha demostrado que este tipo de terapias disminuyen el potencial de reproducción y crecimiento del cáncer, además tienen capacidad de disminuir la sintomatología por un determinado tiempo; sin embargo, no son tratamientos curativos definitivos. Es muy importante, en todos los casos una adecuada comunicación entre el facultativo y el paciente, de tal forma de informar y lograr que éste comprenda el objetivo del tratamiento, que en algunos casos puede ser controlar la enfermedad por el mayor tiempo posible, aliviando los síntomas, o en el mejor de los casos, una terapia definitiva y/o curativa; esto va a depender del estadio de la enfermedad. No debe escatimarse la información que se brinde al paciente, puesto que esto permitirá que se realice un juicio concienzudo de los pros y los contras de cada alternativa de tratamiento y que, de manera libre, personal o familiar, opten por la opción que consideren la mejor. Otra alternativa es la participación en nuevos ensayos clínicos ⁴².

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación fue de tipo básica, puesto que buscó ampliar el campo de conocimiento o mejorar la comprensión respecto del nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas sobre cáncer bucal. Este tipo de investigación es un medio importante para desentrañar lo desconocido y generar nuevas ideas, principios y teorías.⁴³

El diseño de investigación propuesto fue no experimental, dado que no hubo manipulación de variables de investigación, tampoco se buscó establecer causa-efecto, limitándose a la observación del fenómeno (nivel de conocimiento sobre cáncer bucal) en un determinado tiempo y espacio. La investigación fue transversal, en vista que las unidades muestrales fueron evaluadas en momento único, además fue prospectiva, puesto que fue el investigador quien obtuvo la información primaria de los sujetos evaluados, sin necesidad de recurrir a fuentes de datos (información secundaria). Por otro lado, el trabajo fue descriptivo, de variable única, no se pretendió establecer relación del nivel de conocimiento con alguna otra variable de interés.

3.2 Variables y operacionalización

Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal.

Definición conceptual: Conocimiento sobre información teórica relacionada al cáncer bucal adquirida por una persona a través de la práctica y formación académica¹³.

Definición operacional: El nivel de conocimiento fue medido a través de un cuestionario autoadministrado, donde se tomó en cuenta el conocimiento del cirujano dentista sobre cáncer bucal.

Indicadores: Alto (15 a 20 puntos), Regular (8 a 14 puntos), Bajo (0 a 7 puntos)

Escala de medida: Ordinal.

Naturaleza: Cualitativa, politómica.

Sexo

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.¹³

Definición operacional: Dato obtenido del cuestionario autoadministrado.

Indicadores: Masculino, Femenino.

Escala de medida: Nominal.

Naturaleza: Cualitativa, dicotómica.

Años de experiencia

Definición conceptual: Conjunto de aptitudes y conocimientos adquiridos por una persona o grupo en un determinado puesto laboral, o durante un periodo de tiempo específico.¹³

Definición operacional: Dato obtenido del cuestionario autoadministrado.

Indicadores: Menos de 10 años, más de 10 años.

Escala de medida: Ordinal

Naturaleza: Cualitativa, dicotómica.

Sector de desempeño

Definición conceptual: Distinción sobre si se presta servicios para una oficina o agencia gubernamental que pertenece al estado o si los servicios son prestados de manera particular o hacia una empresa.¹³

Definición operacional: Dato obtenido del cuestionario autoadministrado.

Indicadores: Público, privado.

Escala de medida: Nominal.

Naturaleza: Cualitativa, dicotómica.

Operacionalización de variables (Anexo 1)

3.3 Población, muestra y muestreo

Población: La población de estudio fue finita y estuvo conformada por la totalidad de cirujanos dentistas de la Región de Tumbes con inscripción vigente a la fecha

de estudio (habilitados) en el Colegio odontológico del Perú (COP) en el año 2022, de acuerdo a cifras oficiales del COP-región Tumbes hubo 112 odontólogos en la orden (Anexo 2)

Criterios de inclusión: Se consideró a todos los cirujanos dentistas habilitados que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se estableció a cirujanos dentistas que no se encontraran en la región de Tumbes al momento de la recolección de datos, cirujanos dentistas que se estuvieren haciendo uso de descanso médico por cualquier enfermedad infectocontagiosa o con aislamiento por COVID-19. También se excluyeron a los cirujanos dentistas que participaron de la prueba piloto.

Muestra: Se trabajó con la totalidad de la misma, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Fueron 112 los cirujanos dentistas que participaron del estudio.

Muestreo: No aplica, puesto que se trabajó con toda la población.

Unidad de análisis: Cirujano dentista.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para la investigación fue la encuesta y el instrumento un cuestionario presentado por Arias C, Condori Y,¹³ en su trabajo titulado “Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal, en cirujanos dentistas que laboran en un distrito de Arequipa. 2021” (Anexo 3), dicho instrumento fue validado por juicio de expertos, siendo el 100 % de los jurados validadores docentes de la Universidad César Vallejo. Los expertos certificaron cualidades del instrumento, tales como, claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia y metodología, siendo calificadas estas características como muy buenas y excelentes. Posterior a ello, el cuestionario pasó por un proceso de validación interna, el cual fue realizado por docentes con años de experiencia, en el cual aprobaron el contenido del instrumento, firmando la ficha de expertos. (Anexo 4)

El instrumento constó de 20 ítems que incluyeron 6 preguntas sobre etiología (1-6), 6 cuestiones sobre manifestaciones clínicas (7-12), 2 sobre diagnóstico (13-14),

tres sobre complicaciones (16-18), y una pregunta respectivamente para tratamiento (15), contraindicaciones (19) y prevención de cáncer bucal (20). El cuestionario casi en su totalidad es politómico de respuesta única, sólo la pregunta número 3 es dicotómica. La calificación se desarrolla de la siguiente manera, 1 punto por respuesta correcta y 0 puntos por respuesta errada.

Pese a que se encuentra certificada la validez del instrumento, es necesario saber si es confiable para ser aplicado en la población de Tumbes. Por ello se escogió una muestra del 15 % de la población total a fin de ser sometida a una prueba piloto. Se realizó el análisis de confiabilidad de Kuder-Richarson (KR20), que obtuvo un valor de 0,813 superior al mínimo de 0,70, por ende, se certifica una adecuada confiabilidad del instrumento. También fue sometido al coeficiente V de Aiken, obteniendo un valor de 1, por lo tanto, existe total acuerdo con todos los ítems. (Anexo 5).

3.5 Procedimientos

Se solicitó a dirección de escuela de la Universidad César Vallejo una carta de presentación dirigida al Decano del Colegio odontológico del Perú Región Tumbes (Anexo 6), a fin que proporcione los datos de los cirujanos dentistas colegiados y habilitados en la región, para esto se envió una solicitud dirigida al Decano de dicha orden (Anexo 7), el mismo que nos facilitó un archivo de Microsoft Excel con los datos requeridos. Luego de ello, se contactó con cada uno de los profesionales mediante llamada telefónica, se explicó los objetivos de la investigación, se concretó una cita en su lugar de trabajo, los cuales fueron en varios distritos de la región. Al llegar a dicho lugar, se volvió a explicar los objetivos, se solicitó el consentimiento informado (Anexo 8) y se procedió con la aplicación del cuestionario que no tardó más de 20 minutos. Las provincias que se abarcaron fueron Contralmirante Villar, Tumbes y Zarumilla.

El proceso de recolección de datos tomó un tiempo de seis semanas, entrevistando aproximadamente a 20 cirujanos dentistas por día, cabe resaltar que la presentación de los bachilleres a realizar la entrevista fue con todas las medidas de bioseguridad impuestas por el gobierno central como por el colegio odontológico, en salvaguarda del contagio contra la COVID-19, lo que incluye uso de EPP (equipo de protección personal), uso de mascarilla N95 y protector facial, en todo momento

se utilizó alcohol gel para la desinfección de manos. Se proporcionó al cirujano dentista el consentimiento informado y el cuestionario en un sobre plástico con un lapicero en su interior, asimismo se indicó que solo debe devolver las hojas dentro del folder plástico, pudiendo quedarse con el bolígrafo. Al recepcionar el sobre, fue desinfectado con alcohol; al despedirse se agradeció la participación del profesional.

3.6 Método de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el software Microsoft Excel 2019 e IBM SPSS v 22. Se realizaron tablas de distribución de frecuencias del nivel de conocimiento sobre cáncer bucal general, y del nivel de conocimiento por sexo, por años de experiencia y por sector de desempeño. Para establecer diferencias en torno a las covariables se utilizó la prueba de chi cuadrado (Anexo 9), toda vez que la variable principal y todas las covariables son de naturaleza categóricas. El nivel de significancia utilizado es del 0,05 %.

3.7 Aspectos éticos

Los criterios éticos asumidos se basaron en la declaración de Helsinki ⁴⁴. El principio de autonomía debe ser considerado en el desarrollo de investigaciones con seres humanos a través de la obtención del consentimiento libre e informado del sujeto objeto de la investigación. Representa uno de los pilares éticos en la ejecución de este tipo de investigación. El consentimiento es el libre ejercicio de la autonomía voluntaria. El presente estudio solicitó el consentimiento a cada una de las unidades muestrales.

El principio de beneficencia está ligado al análisis cuidadoso de riesgos y beneficios, siendo la maximización de beneficios el camino ideal para el desarrollo de investigaciones con seres humanos. El presente estudio no contempló riesgo alguno para los participantes, puesto que los investigadores cumplieron con todos los principios de bioseguridad al momento del examen. Y, así, se cumplió el principio de no maleficencia, que se representa en la investigación con seres humanos por la garantía de que se evitarán los daños previsibles.

En todo momento se respetó el principio de confiabilidad, ningún cuestionario fue exhibido total, ni parcialmente, sólo se utilizó para los fines del estudio y se

publicaron resultados de forma general sin atribuir resultados individuales de ninguna unidad muestral. De acuerdo al principio de equidad y justicia, todos los participantes fueron tratados con amabilidad sin hacer distinción con ninguno de ellos.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022.

| Conocimiento | N | % |
|--------------|-----|------|
| Bajo | 11 | 9,8 |
| Regular | 95 | 84,8 |
| Alto | 6 | 5,4 |
| Total | 112 | 100 |

Fuente: Matriz de datos

En la tabla 1 se puede apreciar que el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en los cirujanos dentistas de Tumbes en el año 2022 fue regular en el 84,8 %, asimismo el 9,8 % presentó un conocimiento bajo y sólo el 5,4 % presentó un nivel alto.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022, según sexo.

| Nivel de conocimiento | | Sexo | | Total | P* |
|-----------------------|---|----------|-----------|-------|-----------------------------|
| | | Femenino | Masculino | | |
| Bajo | N | 8 | 3 | 11 | chi 2 = 2,489 Sig. 0,288 |
| | % | 12,1 | 6,5 | 9,8 | |
| Regular | N | 56 | 39 | 95 | |
| | % | 84,8 | 84,8 | 84,8 | |
| Alto | N | 2 | 4 | 6 | |
| | % | 3,0 | 8,7 | 5,4 | |
| Total | N | 66 | 46 | 112 | |
| | % | 100 | 100 | 100 | |

Fuente: Matriz de datos

En la tabla 2 se puede apreciar que el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal fue regular en el 84,8 % de cirujanos dentistas varones y en el mismo porcentaje de mujeres. Por otro lado, el 12,1 % de cirujanos dentistas varones tuvo bajo conocimiento, al igual que el 6,5 % de odontólogas. Por último, tanto el 3 % como el 8,7 % de cirujanos dentistas hombres y mujeres respectivamente, tuvieron un nivel de conocimiento alto.

En el análisis inferencial se pudo evidenciar que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) en el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal según sexo.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022, según años de experiencia profesional.

| Nivel de conocimiento | | Experiencia | | Total | P* |
|-----------------------|---|---------------|---------------------|-------|------------------------------------|
| | | Menor 10 Años | Mayor Igual 10 Años | | |
| Bajo | N | 7 | 4 | 11 | chi 2 = 0,575 Sig. 0,750 |
| | % | 9,7 | 10,0 | 9,8 | |
| Regular | N | 62 | 33 | 95 | |
| | % | 86,1 | 82,5 | 84,8 | |
| Alto | N | 3 | 3 | 6 | |
| | % | 4,2 | 7,5 | 5,4 | |
| Total | N | 72 | 40 | 112 | |
| | % | 100 | 100 | 100 | |

Fuente: Matriz de datos

En la tabla 3 se puede apreciar que el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal fue regular en el 86,1 % de cirujanos dentistas con experiencia laboral menor a 10 años y en el 82,5 % de cirujanos dentistas con experiencia mayor o igual a 10 años. Por otro lado, el 9,7 % de cirujanos dentistas con menos de 10 años de experiencia tuvo bajo conocimiento, al igual que el 10 % de los que poseen 10 o más años de experiencia. Por último, tanto el 4,2 % como el 7,5 % de cirujanos dentistas con menos y más de 10 años de experiencia respectivamente, tuvieron un nivel de conocimiento alto.

En el análisis inferencial se pudo evidenciar que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) en el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal según años de experiencia profesional.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022, según sector de desempeño.

| Nivel de conocimiento | | Desempeño | | | P* |
|-----------------------|---|-----------|---------|-------|------------------------------------|
| | | Público | Privado | Total | |
| Bajo | N | 4 | 7 | 11 | Chi 2 = 8,886 Sig. 0,012 |
| | % | 11,8 | 9,0 | 9,8 | |
| Regular | N | 25 | 70 | 95 | |
| | % | 73,5 | 89,7 | 84,8 | |
| Alto | N | 5 | 1 | 6 | |
| | % | 14,7 | 1,3 | 5,4 | |
| Total | N | 34 | 78 | 112 | |
| | % | 100 | 100 | 100 | |

Fuente. Matriz De Datos

En la tabla 4 se puede apreciar que el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal fue regular en el 73,5 % de cirujanos dentistas con desempeño en el sector público y en el 89,7 % de cirujanos dentistas con desempeño en el sector privado. Por otro lado, el 11,8 % de cirujanos dentistas que trabajan para el estado tuvieron bajo conocimiento, al igual que el 9 % de los que laboran en práctica privada. Por último, tanto el 14,7 % como el 1,3 % de cirujanos dentistas de desempeño laboral público y privado respectivamente, tuvieron un nivel de conocimiento alto.

En el análisis inferencial se pudo evidenciar que si existe diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal según sector de desempeño.

V. DISCUSIÓN

El presente estudio se propuso determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes en el año 2022. La edad promedio de los participantes se encontró alrededor de los 30 años, esto manifiesta una población joven. Falcão M,⁴⁵ manifiesta que los profesionales jóvenes son más flexibles a los cambios de comportamiento y, teóricamente, son más susceptibles de adoptar comportamientos más adecuados en relación con el cáncer bucal. En el presente estudio, más del 64 % de los participantes poseían menos de 10 años de ejercicio profesional, lo que implica que es una población en la cual se puede trabajar capacitaciones que busquen fomentar hábitos y actitudes en pro de la reducción de esta enfermedad.

La gran mayoría de los cirujanos dentistas de Tumbes presentaron un nivel de conocimiento regular, al igual que en el presente estudio, Taheri J, et al.²¹ en Irán, Jboor D, et al.¹⁵ en Qatar y Arias C, Condori Y,¹⁸ en Arequipa – Perú mostraron niveles de conocimiento regular en los profesionales evaluados, cabe resaltar que las condiciones y la modalidad de la toma de datos fue similar en los tres estudios. Si bien es cierto el manejo de la variable por Jboor D, et al.¹⁵ fue numérica, el valor promedio de conocimiento fue de 7,59 de 14 preguntas; en la presente investigación, a fin de comparar resultados, el valor promedio obtenido fue de 10,72 de 20 preguntas, la fracción de respuestas correctas es cercana al 50 % en ambos estudios.

Por otro lado, los estudios de Ahmed N, Naidoo S,¹⁴ en Sudán; así como los estudios en Brasil de Leonel A, et al.¹⁷, y Spaulonci G, et al.²⁰ reportan que el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas entrevistados fue bueno. Al respecto de la incongruencia de éstos resultados con los obtenidos en esta investigación, se puede mencionar que la estrategia presentada fue el de coordinar una cita con el profesional y apersonarse a su consulta privada, sin previa mención del tema del cual serían evaluados, ello implica que los profesionales no tuvieron oportunidad de prepararse, tampoco se dispuso dejar el cuestionario, sino que se solicitó sea resuelto durante la visita, probablemente este sea el factor por el cual sólo el 5,4 % de profesionales pudo obtener un calificativo bueno (igual o superior a 15). Otro aspecto a destacar es la falta de capacitaciones presenciales y virtuales que hubo

en la ciudad de Tumbes a efectos de la pandemia por COVID-19. Por tal motivo, se hace necesario la reanudación de eventos científicos que permitan mejorar el conocimiento sobre esta enfermedad y sobre todo que el profesional de la odontología tenga la capacidad de intervenir en el proceso de prevención, diagnóstico y rehabilitación del paciente afectado por esta morbilidad.

Siguiendo los objetivos de la investigación, también se comparó el nivel de conocimiento por el sexo de los profesionales, pese a que el 8,7 % de hombres y sólo el 3 % de las mujeres obtuvieron un nivel de conocimiento alto, los resultados indican que no hubo diferencia entre hombres y mujeres, este hallazgo es corroborado en absolutamente todos los estudios consultados ^{13,18,20,21}. Un aspecto a destacar es la mayor proporción de mujeres que ejercen la profesión odontoestomatológica, tendencia que se ha venido dando a lo largo de las últimas décadas, tanto a nivel mundial^{46,47} y en el país⁴⁸, en la región de Tumbes la proporción actual de odontólogos mujeres y hombres, según el presente estudio, es de 1,43 a 1.

Por otro lado, también se comparó el nivel de conocimiento por los años de experiencia de los profesionales. Como se mencionó anteriormente la población de cirujanos dentistas en la región de Tumbes es predominantemente joven, dicha población aumentó de manera sostenida a partir del año 2014 a raíz del funcionamiento de una universidad local, que permitió la graduación de jóvenes locales que anhelaban ejercer la profesión, previo a ello la población de odontólogos era básicamente foráneos, es decir profesionales que llegaron a la ciudad para ejercer el servicio rural urbano marginal y que vieron la oportunidad de desarrollarse en ella.

El estudio presentado manifiesta que el 7,5 % de los profesionales con más de 10 años de experiencia y sólo el 4,2 % de los que poseen menos de 10 años de experiencia obtuvieron un nivel de conocimiento alto, pero dichas diferencias aritméticas no pudieron corroborarse a nivel estadístico ($p > 0,05$). De acuerdo a los antecedentes, son discrepantes los hallazgos respecto a la asociación entre el nivel de conocimiento y al tiempo de ejercicio de la profesión, para Nazar H, et al.¹⁸ en Kuwait y para Arias C, Condori Y,¹³ en Arequipa-Perú, los años de experiencia jugarían a favor de un mayor nivel de conocimiento, de igual manera para Khattab

N, et al.¹⁶ en Egipto quien encontró una asociación ($r = 0,47$) entre práctica y conocimiento. Por otro lado, para Ahmed N, Naidoo S,¹⁴ en Sudán, Jboor D, et al.¹⁵ en Qatar, Spaulonci G, et al.²⁰ en Brasil y Taheri J, et al.²¹ en Irán, los profesionales recién egresados son los que tendrían mayor nivel de conocimiento en comparación a los de mayor experiencia.

Existen dos explicaciones para los hallazgos discrepantes, por un lado, aquellos que manifiestan que los profesionales jóvenes al haber abandonado recientemente las aulas universitarias aún conservan el recuerdo de los contenidos teóricos, los cuales estarían frescos aún en sus memorias. Por otro lado, aquellos que refieren que la profesión estomatológica, si bien es cierto tiene dos componentes el teórico y el práctico, sería el segundo el que marca un mejor desarrollo profesional y una mayor comprensión de la teoría, por ende, los más experimentados son los que deben tener mayor conocimiento. Incluso en la preferencia de los pacientes, juega un importante rol estas dos apreciaciones, están aquellos quienes se deciden por el profesional joven que está a la vanguardia con los últimos conocimientos de la profesión, sin embargo, también está el otro grupo que se decide por la tradición familiar y por los años de experiencia del profesional, que le garantice idoneidad en el tratamiento⁴⁹.

Los datos disímiles encontrados en los diversos estudios ya mencionados, manifiesta que el conocimiento de una materia o un tópico en particular, depende principalmente de las particularidades de cada profesional y no principalmente de los años de experiencia que se puede tener. La situación particular de los odontólogos de la región Tumbes marca que los de mayor experiencia, son en alguna proporción aquellos que ejercen o ejercieron la docencia de los profesionales jóvenes, por ende, continuamente están sometidos a evaluaciones que exige una preparación constante, son estos profesionales quienes alcanzaron los más altos puntajes.

En la población de cirujanos dentistas jóvenes se destaca que una fracción mínima ha logrado obtener una segunda especialización, lo cual es relevante puesto que, para lograr ese objetivo, los profesionales tienen que trasladarse a otra ciudad donde las universidades ofertan estas especializaciones, llámese Piura, Chiclayo, Trujillo, o la propia capital Lima. También existen profesionales recién titulados que

aún no han podido consolidarse en el ejercicio profesional; por diversos motivos, entre ellos la pandemia, y que por lo tanto no cuentan con la solvencia económica para realizar estudios de especialización. En líneas generales, esta confluencia de factores y de personas hizo que en el total general de los cirujanos dentistas de Tumbes el nivel de conocimiento sea de nivel regular.

Respecto del sector de desempeño, es el único factor que demostró poseer significancia estadística ($p < 0,05$), los profesionales del sector público obtuvieron mayores calificativos en comparación de los profesionales del sector privado. Esto se deduce por la exigencia de los concursos para acceder a las plazas ofertadas por las instituciones públicas, dicho proceso de selección busca que los profesionales mejor capacitados se encuentren al servicio de la población, además, de manera interna en cada institución los profesionales tienen acceso a capacitaciones gratuitas que buscan desarrollar aún más las competencias de los profesionales.

Como limitaciones del presente estudio se puede mencionar la dificultad para el acceso a las unidades muestrales, reprogramación de citas y suspensión de ellas, sumado a ello, la pandemia obligó a extremar las medidas de bioseguridad lo que representó una inversión económica importante en adquisición de los equipos de protección personal y demás barreras. También se menciona la validez interna del estudio, lo que no permite la extrapolación de resultados a otras realidades del Perú y del mundo.

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes en el año 2022 fue regular.
2. El nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región Tumbes en el año 2022 fue regular tanto en hombres como en mujeres.
3. El nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región Tumbes en el año 2022 fue regular, tanto en los que cuentan con experiencia menor de 10 años, como en los de 10 a más años de experiencia.
4. El nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región Tumbes en el año 2022 fue regular tanto en los que laboran en el sector público como en el sector privado, sin embargo, existe mayor proporción de cirujanos dentistas del sector público con nivel de conocimiento alto.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al colegio odontológico región Tumbes, se recomienda organizar capacitaciones referentes a identificación de lesiones bucales malignas aún en las primeras etapas y derivación de pacientes. Es válido actuar sobre las deficiencias de las profesionales encontradas en el presente estudio, para brindar seguridad a estos profesionales en el diagnóstico y derivación del paciente en estas circunstancias.
2. A las Universidades en general, se recomienda reforzar las asignaturas de Medicina oral y Patología bucal haciendo énfasis en la detección temprana de lesiones malignas, etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, contraindicaciones y prevención del cáncer bucal.
3. A los profesionales cirujanos dentistas de la región Tumbes, se recomienda reflejar el reconocimiento de su papel profesional en el contexto del cáncer bucal, a través de la preocupación por la búsqueda de actualizaciones y cursos de educación continua, para mejorar sus conocimientos y prácticas en el campo de esta enfermedad.
4. A los investigadores, se recomienda replicar la presente investigación, con un número de población más extensa, haciendo uso del instrumento validado, de tal forma que se tenga una noción general del nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas a nivel nacional.

REFERENCIAS

1. Tandon P, Dadhich A, Saluja H, Bawane S, Sachdeva S. The prevalence of squamous cell carcinoma in different sites of oral cavity at our Rural Health Care Centre in Loni, Maharashtra – a retrospective 10-year study. *Contemp Oncol (Pozn)* [Internet]. 2017 [Citado 20 de Mayo del 2022]; 21(2):178-83. Disponible en: <https://doi.org/10.5114/wo.2017.68628>.
2. Tagliabue M, Belloni P, Berardinis R, Gandini S, Chu F, Zorzi S, et al. A systematic review and meta-analysis of the prognostic role of age in oral tongue cancer. *Cancer Med* [Internet]. 2021 [Citado 20 de Mayo del 2022]; 10(8):2566-78. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cam4.3795>.
3. OMS. Salud bucodental: Organización Mundial de la Salud; 2022. Disponible en: <https://bit.ly/2BG6Sfv>.
4. Mehrtash H, Duncan K, Parascandola M, David A, Gritz E, Gupta P, et al. Defining a global research and policy agenda for betel quid and areca nut. *Lancet Oncol*. [Internet] 2017 [Citado 23 de Mayo del 2022]; 18(12):e767-e75. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(17\)30460-6](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(17)30460-6).
5. WHO-IARC. Cancer Tomorrow. Graph rod Glob Cancer Obs International Agency Res Cancer; 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3H5sEdJ>.
6. Dhanuthai K, Rojanawatsirivej S, Thosaporn W, Kintarak S, Subarnbhesaj A, Darling M, et al. Oral cancer: A multicenter study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [Internet]. 2018 [Citado 22 de mayo 2022]; 23(1):e23-e9. Disponible en: <https://doi.org/10.4317/medoral.21999>.
7. Ghantous Y, Elnaaj I. Global incidence and risk factors of oral cancer. *Harefuah* [Internet]. 2017 [Citado 20 de mayo 2022]; 156(10):645-9. Disponible en: <https://bit.ly/3wQf0WX>.
8. Miranda-Filho A, Bray F. Global patterns and trends in cancers of the lip, tongue and mouth. *Oral Oncol* [Internet]. 2020 [Citado 26 de mayo 2022]; 102. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.104551>.

9. Abreu P, C3 A, Azevedo P, Valle I, Oliveira K, Gouvea S, et al. Frequency of HPV in oral cavity squamous cell carcinoma. *MBC Cancer* [Internet]. 2018 [Citado 22 de mayo 2022]; 18(1):324. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4247-3>.
10. Abadeh A, Ali A, Bradley G, Magalhaes M. Increase in detection of oral cancer and precursor lesions by dentists: Evidence from an oral and maxillofacial pathology service. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2019 [Citado 20 de mayo 2022]; 150(6):531-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2019.01.026>.
11. INEN. Gu3a pr3ctica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima: Instituto Nacional de Enfermedades Neopl3sticas; 2013. Disponible en: <https://bit.ly/3HsfPvw>.
12. LeHew C, Weatherspoon D, Peterson C, Goben A, Reitmajer K, Sroussi H, et al. The Health System and Policy Implications of Changing Epidemiology for Oral Cavity and Oropharyngeal Cancers in the United States From 1995 to 2016. *Epidemiol Rev* [Internet]. 2017 [Citado 10 de mayo 2022]; 39(1):132-47. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw001>.
13. Arias C, Condori Y. Nivel de conocimiento sobre c3ncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en un distrito de Arequipa, 2021. Huancayo - Per3: Universidad Roosevelt; 2021.
14. Ahmed N, Naidoo S. Oral Cancer Knowledge, Attitudes, and Practices among Dentists in Khartoum State, Sudan. *J Canc Educ* [Internet]. 2019 [Citado 31 de Mayo del 2022]; 34:291-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1300-x>.
15. Jboor D, Al-Darwish M, Nur U. Oral Cancer Knowledge, Attitude, and Practice of Dentists in the State of Qatar. *Dent J (Basel)* [Internet]. 2019 [Citado 30 de Mayo del 2022]; 7(2):43. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/dj7020043>.
16. Khattab N, Elheeny A, Tony G. Oral-cancer knowledge, practice, and attitude assessment of dentists in Upper Egypt: A cross-sectional study. *Clinical and Experimental Dental Research* [Internet]. 2019 [Citado 20 de Mayo del 2022]; 5(2):121-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cre2.160>.
17. Leonel A, Soares C, Castro J, Bonan P, Ramos-Perez F, Perez D. Knowledge and Attitudes of Primary Health Care Dentists Regarding Oral Cancer in Brazil. *Acta*

Stomatol Croat [Internet]. 2019 [Citado 29 de Mayo del 2022]; 53(1):55-63. Disponible en: <https://doi.org/10.15644/asc53/1/6>.

18. Nazar H, Shyama M, Ariga J, El-Salhy M, Soparkar P, Alsumait A. Oral Cancer Knowledge, Attitudes and Practices among Primary Oral Health Care Dentists in Kuwait. Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2019 [Citado 28 de mayo 2022]; 20(5):1531-6. Disponible en: <https://doi.org/10.31557/apjcp.2019.20.5.1531>.

19. Kebabcioglu O, Pekiner F. Assessing Oral Cancer Awareness Among Dentists. J Canc Educ [Internet]. 2018 [Citado 30 de mayo del 2022]; 33:1020-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1199-2>.

20. Spaulonci G, Souza R, Pecorari V, Dib L. Oral Cancer Knowledge Assessment: Newly Graduated versus Senior Dental Clinicians. International Journal of dentistry [Internet]. 2018 [Citado 20 de Mayo del 2022]; 9368918. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/9368918>.

21. Taheri J, Namazi Z, Azimi S, Mehdipour M, Behrovan R, Far K. Knowledge of Oral Precancerous Lesions Considering Years Since Graduation Among Dentists in the Capital City of Iran: a Pathway to Early Oral Cancer Diagnosis and Referral? Asian Pac J Cancer Prev [Internet]. 2018 [Citado 23 de Mayo del 2022]; 19(8):2103-8. Disponible en: <https://doi.org/10.22034%2FAPJCP.2018.19.8.2103>.

22. Fernández-Sánchez H, King K, Enríquez-Hernández C. Revisiones sistemáticas exploratorias como metodología para la síntesis del conocimiento científico. Enferm Univ [Internet]. 2020 [Citado 15 de octubre 2022]; 17(1):87-94. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.697>.

23. Hoyos S. El método científico y la filosofía como herramientas para generar conocimiento. Filosofía UIS [Internet]. 2019 15 octubre 2022; 19(1):[229-45 pp.]. Disponible en: <https://bit.ly/3XpeECt>.

24. Farhat M, Dyalram D, Ord R, Lubek J. Oral squamous cell carcinoma in patients aged 45 and younger: Prognosis, survival, and quality of life. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology [Internet]. 2022 26 mayo 2022; 133(5):[518-25 pp.]. Disponible en: <https://bit.ly/3ZZWIWj>.

25. Kumar K. Ulcerative lesions a primary aspect. *International Journal of Homoeopathic Sciences* [Internet]. 2021 [Citado 31 de mayo 2022]; 5(1):537-61. Disponible en: <https://doi.org/10.33545/26164485.2021.v5.i1f.339>.
26. Kerr R, Trocheset D. Benign Lesions of the Oral Cavity and the Jaws. 2021. In: *Burket's Oral Medicine* [Internet]. John Wiley & Sons, Inc. 13. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781119597797.ch6>.
27. Chaurasia A, Alam S, Singh N. Oral cancer diagnostics: An overview. *National Journal of Maxillofacial Surgery* [Internet]. 2021 31 mayo 2022; 12(3):324-32. Disponible en: <https://bit.ly/3H5B8RQ>.
28. Malkani N, Kazmi S, Rashid M. Epidemiological Assessment of Oral Cancer Burden in Pakistan. *Cancer Investigation* [Internet]. 2021 [Citado 23 mayo de 2022]; 39(10). Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07357907.2021.1982962>.
29. Kadam S, Vandana M, Patwardhan S, Kaushik K. Looking beyond the smokescreen: can the oral microbiome be a tool or target in the management of tobacco-associated oral cancer? *Ecancermedicalscience* [Internet]. 2021 [Citado 31 de mayo 2022]; 15:1179. Disponible en: <https://doi.org/10.3332%2Fecancer.2021.1179>.
30. Leite R, Marinho A, Costa B, Laranjeira M, Araújo K, Cavalcanti A. A influência da associação de tabaco e álcool no câncer bucal: revisão de literatura. *J Bras Patol Med Lab* [Internet]. 2021 [Citado 26 de mayo 2022]; 57. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20210001>.
31. Girdali L, Collatuzzo G, Hashim D, Franceschi S, Herrero R, Chen C, et al. Infection with Human Papilloma Virus (HPV) and risk of subsites within the oral cancer. *Cancer Epidemiology* [Internet]. 2021 [Citado 31 de mayo 2022]; 75(102020). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2021.102020>.
32. Gupta A, Kheur S, Varadarajan S, Parveen S, Dewan H, Alhazmi Y, et al. Chronic mechanical irritation and oral squamous cell carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *Bosn J Basic Med Sci* [Internet]. 2021 [Citado 23 de mayo 2022]; 21(6):647-58. Disponible en: <https://doi.org/10.17305%2Fbjbms.2021.5577>.

33. Almeida K. Carcinoma de células escamosas de cabeça e pescoço e sua progressiva ocorrência: Revisão de literatura. Barreiras Brasil: Centro Universitario UNIRB Odotologia; 2021.
34. Leeman J, Katabi N, Wong R, Lee N, Romesser P. Cancer of the Head and Neck. In: Niederhuber J, Armitage J, Doroshow J, Kastan M, Tepper J, editors. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6 ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
35. Lingen M, Agrawal E, Cohen A, D'Souza G, Gurenlian J, Kalmar J, et al. Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity: A report of the American Dental Association. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2017 [Citado 15 de mayo 2022]; 148(10):712-27.e10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.07.032>.
36. Brener S, Jeunon F, Barbosa A, Grandinetti H. Carcinoma de células escamosas bucal: uma revisão de literatura entre o perfil do paciente, estadiamento clínico e tratamento proposto. *RBC Revista Brasileira de Cancerología* [Internet]. 2007 [Citado 31 de mayo 2022]; 53(1). Disponible en: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2007v53n1.1831>.
37. Rathee M, Jain P, Shetye A, Alam M. Prosthodontic rehabilitation using balancing ramp-guided flexible prosthesis in a squamous cell carcinoma patient treated with hemimandibulectomy. *Indian Journal of Dental Sciences* [Internet]. 2022 [Citado 31 de mayo 2022]; 14(1):28-31. Disponible en: <https://bit.ly/3j1ecv6>.
38. Moke D, Luo C, Millstein J, Knight K, Rassekh S, Brooks B, et al. Prevalence and risk factors for cisplatin-induced hearing loss in children, adolescents, and young adults: a multi-institutional North American cohort study. *The Lancet Child & Adolescent Health* [Internet]. 2021 [Citado 31 de mayo 2022]; 5(4):274-83. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00020-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00020-1).
39. Chiu K, Hosni A, Huang D, Tong L, Xu W, Lu L, et al. The Potential Impact and Usability of the Eighth Edition TNM Staging Classification in Oral Cavity Cancer. *Clinical Oncology* [Internet]. 2021 [Citado 01 de junio 2022]; 33(10):e442-e9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clon.2021.05.007>.
40. Membreno P, Luttrell J, Mamidala M, Schwartz D, hayes N, Gleysteen J, et al. Outcomes of primary radiotherapy with or without chemotherapy for advanced oral

cavity squamous cell carcinoma: Systematic review. Journal of the Sciences and Specialties of the Head and Neck [Internet]. 2021 [Citado 01 de junio 2022]; 43(10):3165-76. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/hed.26779>.

41. Bakshi J, Goyal A, Saini J. Quality of Life in Oral Cancer Patients Following Surgical Excision and Flap Reconstruction. J Maxillofac Oral Surg [Internet]. 2021 [Citado 1 de junio 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12663-020-01499-5>.

42. Ferreira A, Carvalho S, Granville-Garcia A, Sarmiento D, Agripino G, Abreu M, et al. Survival and prognostic factors in patients with oral squamous cell carcinoma. Med Oral patol cir Bucal [Internet]. 2020 [Citado 01 de junio 2022]; 26(3):e387-e92. Disponible en: <https://doi.org/10.4317%2Fmedoral.24242>.

43. Valderrama S. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica. Lima: Editorial San Marcos; 2017.

44. Abajo F. La Declaración de Helsinki VI: Una revisión necesaria, pero ¿suficiente? Rev Esp Salud publica [Internet]. 2001 [Citado 2 de mayo 2022]; 75(5). Disponible en: <https://bit.ly/3wmkR6n>.

45. Falcao M. Conhecimento dos cirurgioes-dentistas em relacao ao câncer bucal. Feira de Santana - Brasil: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2006.

46. Murrieta J, Juárez M, Adriano M, Caudillo T, Álvarez M, Caudillo P. Feminización de la carrera de Cirujano Dentista. Imbiomed [Internet]. 2019 [Citado 15 de octubre 2022]; 16(193). Disponible en: <https://bit.ly/3ZQJLbP>.

47. Vásquez P, López-Ibor R, Cabrillo F, Chorén P, Dolado J, Felgueroso F, et al. La feminización de las profesiones sanitarias: Fundación BBVA; 2010. Disponible en: <https://bit.ly/3Xlul7A>.

48. Rodríguez A. Feminización de la carrera profesional de estomatología en la Universidad Cayetano heredia, Lima-Perú, 1975 a 2017. Lima-Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.

49. Henríquez-Tejo R, Cartes-Velásquez R. Percepciones de la población respecto al cirujano dentista. Odontoestomatología [Internet]. 2016 [Citado 15 de octubre 2022]; 56(2):195-205. Disponible en: <https://bit.ly/40nZLST>.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES DE ESTUDIO | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|--|---|---|---|--------------------|
| Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal | Conocimiento sobre información teórica relacionada al cáncer bucal adquirida por una persona a través de la práctica y formación académica. ¹³ | El nivel de conocimiento fue medido a través de un cuestionario autoadministrado, donde se tomó en cuenta el conocimiento del cirujano dentista sobre cáncer bucal. | Alto (15 a 20 puntos) Regular (8 a 14 puntos) Bajo (0 a 7 puntos) | Ordinal |
| Sexo | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras. ¹³ | Dato obtenido del cuestionario autoadministrado | Masculino Femenino | Nominal |
| Años de experiencia | Conjunto de aptitudes y conocimientos adquiridos por una persona o grupo en un determinado puesto laboral, o durante un periodo de tiempo específico. ¹³ | Dato obtenido del cuestionario autoadministrado | < 10 años ≥ 10 años | Ordinal |
| Sector de desempeño | Distinción sobre si se presta servicios para una oficina o agencia gubernamental que pertenece al estado o si los servicios son prestados de manera particular o hacia una empresa. ¹³ | Dato obtenido del cuestionario autoadministrado | Público Privado | Nominal |

ANEXO 2

RESPUESTA DECANO COP TUMBES



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Srtas.

ÚRSULA MICHEL NOBLECILLA VEGA

DAGMAR KARELY SALAZAR JIMBO

Habiendo recibido y leído su solicitud, adjunto los datos de los cirujanos dentistas que pertenecen a la Región de Tumbes, para el uso que ustedes crean pertinente.

Sin otro particular me despido de ustedes.

Atentamente



Esp. CD. César De La Matta Dávila

Decano COP TUMBES

Tumbes, 22 de julio de 2022

← Envío Respuesta y la relacion de colegiados



Cesar De La Matta Davila <cesardelamatta@hotmail.com>

Para: Usted



COLEGIADOS TUMBES (Auto...
28 KB



COP TUMBES RESPUESTA.docx
108 KB

2 archivos adjuntos (137 KB) Guardar todo en OneDrive Descargar todo

Iniciar respuesta con:

Gracias.

Muchas gracias.

¡Mil gracias!

Comentarios

Es grato saludarlas colegas, trabajen duro para su tesis

Atentamente .

Dr. Cesar Augusto De la Matta Dávila
Decano del Colegio ODONTOLÓGICO Región Tumbes.

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Escuela Profesional de Estomatología

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGIÓN DE TUMBES, 2022.”

| | |
|--|---|
| Sexo: Masculino () Femenino () | |
| Años de experiencia profesional: < 10 años () ≥ 10 años () | |
| Sector de desempeño: Público () Privado () | |
| INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INSTRUMENTO | |
| A continuación, encontrará una lista de preguntas de conocimientos, por favor conteste con absoluta sinceridad. Marque la respuesta correcta con una (X) | |
| PREGUNTA | RESPUESTA |
| ETIOLOGIA | |
| 1. ¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente? | a) Basocelular (células basales) b) Carcinoma de Células Escamosas c) Melanoma |
| 2. ¿En qué rango de edad se presenta la mayor incidencia de cáncer bucal? | a) 80 – 85 b) 60 – 65 c) 50 - 70 |
| 3. ¿En qué genero se presenta con mayor frecuencia el cáncer bucal? | a) Hombres b) Mujeres |

| | |
|---|---|
| <p>4. ¿Cuál es el factor de riesgo más frecuente del cáncer bucal?</p> | <p>a) Hábitos nocivos (cigarros, alcohol) b) Irritación local por trauma crónico (prótesis mal adaptadas) c) Factor genético</p> |
| <p>5. ¿Cuál es el virus que se asocia al cáncer bucal?</p> | <p>a) Virus coxsackie b) Papiloma virus c) Virus del Herpes</p> |
| <p>6. ¿Cuál de siguientes alternativas se considera una causa de cáncer bucal?</p> | <p>a) Radiación solar b) Consumo de bebidas carbonatadas c) Contaminación ambiental</p> |
| <p>MANIFESTACIONES CLÍNICAS</p> | |
| <p>7. ¿Cuál es el signo de advertencia de una lesión cancerosa en la cavidad bucal?</p> | <p>a) Gránulos de Fordyce b) Pigmentaciones melánicas en mucosa c) Úlceras crónicas</p> |
| <p>8. ¿Cuál es la localización de mayor frecuencia del cáncer bucal?</p> | <p>a) Piso de boca b) Lengua c) Trígono retromolar</p> |
| <p>9. ¿Qué parte de la lengua tiene mayor probabilidad en desarrollar cáncer bucal?</p> | <p>a) Borde lateral b) Superficie dorsal c) Superficie ventral</p> |
| <p>10. La gran mayoría de tumores malignos en la cavidad bucal surgen bajo la forma de:</p> | <p>a) Nódulos b) Úlceras a) Áreas negras</p> |
| <p>11. La irritación crónica en la mucosa oral se considera como:</p> | <p>a) Iniciador del cáncer</p> |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> b) Modificador del cáncer c) Estadio avanzado |
| 12. ¿Qué lesión precancerosa tiene mayor grado de displasia y por consiguiente está relacionada con el desarrollo de cáncer bucal? | <ul style="list-style-type: none"> a) Candidiasis b) Leucoplasia c) Eritroplasia |
| DIAGNÓSTICO | |
| 13. ¿En qué estadio se diagnostica con mayor frecuencia la lesión de cáncer bucal? | <ul style="list-style-type: none"> a) Pre maligna b) Incipiente c) Avanzada |
| 14. ¿En qué forma el diagnóstico precoz, el conocimiento de factores cancerígenos y las lesiones premalignas ayudan en el cáncer bucal? | <ul style="list-style-type: none"> a) Aumentar la tasa de mortalidad b) Reducir la morbilidad y mortalidad c) Acudir al odontólogo en estadios avanzados |

| | |
|---|---|
| TRATAMIENTO | |
| 15. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente en etapa tardía del cáncer bucal? | <ul style="list-style-type: none"> a) Quimioterapia , radioterapia y cirugía b) Radioterapia interna y externa c) Crioterapia e hipertermia |
| COMPLICACIONES | |
| 16. ¿Qué clasificación se emplea para dar un tratamiento adecuado en cáncer bucal? | <ul style="list-style-type: none"> a) Clasificación de TNM b) Método paliativo c) CIE10 |
| 17. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia es: | <ul style="list-style-type: none"> a) Mucositis b) Infecciones orales c) Hemorragia |

| | |
|--|--|
| | oral |
| 18. Entre los efectos colaterales permanentes de la radioterapia en la cavidad bucal se considera: | <ul style="list-style-type: none"> a) Eritema b) Dolor c) Xerostomía |
| CONTRAINDICACIONES | |
| 19. En un paciente con melanoma en la cavidad bucal está contraindicado hacer una biopsia de tipo: | <ul style="list-style-type: none"> a) Incisional b) Raspado c) Directa |
| PREVENCIÓN | |
| 20. ¿Qué debe hacer el cirujano dentista ante la presencia de una lesión cancerosa? | <ul style="list-style-type: none"> a) Pedir exámenes auxiliares b) Realizar biopsia c) Derivar al especialista |

ANEXO 4

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

| | | | | |
|---|---|-------------------------------|------------|---|
| 1. | NOMBRE DEL EXPERTO | PLASENCIA CASTILLO JAIME UXON | | |
| 2. | PROFESIÓN | CIRUJANO DENTISTA | | |
| 3. | GRADO ACADÉMICO | DOCTOR | | |
| 4. | ESPECIALIDAD | ODONTOLOGÍA FORENSE | | |
| 5. | EXPERIENCIA PROFESIONAL | 17 AÑOS | | |
| 6. | INSTITUCIÓN DONDE LABORA | UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO | | |
| 7. | CARGO QUE OCUPA | DOCENTE TIEMPO PARCIAL | | |
| 8. | TITULO DE LA INVESTIGACIÓN | | | |
| NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGIÓN DE TUMBES, 2022. | | | | |
| 9. | APELLIDOS Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR(A) | | | |
| NOBLECILLA VEGA, ÚRSULA MICHEL SALAZAR JIMBO, DAGMAR KARELY | | | | |
| 10. | INSTRUMENTO EVALUADO (marcar con un X al que corresponde) | | | |
| CUESTIONARIO | | x | MODIFICADO | x |
| ENTREVISTA | | | CREADO | |
| 11. | OBJETIVO DEL INSTRUMENTO | | | |
| GENERAL: <ul style="list-style-type: none">Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022 | | | | |
| ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none">Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022; según sexo.Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas, que laboran en la región de Tumbes, 2022; según años de experiencia profesional. | | | | |

- Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas, que laboran en la región de Tumbes, 2022; según sector de desempeño (público o privado)

ESTIMADO EXPERTO, LE PIDO SU COLABORACIÓN PARA QUE LUEGO DE UN RIGUROSO ANÁLISIS DE LOS ITEMS DEL PRESENTE INSTRUMENTO MARQUE CON UN ASPA EL CASILLERO QUE CREE CONVENIENTE DE ACUERDO A SUS CRITERIO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL, DEMOSTRANDO SI CUENTA CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE FORMULACIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN. MARQUE CON UN ASPA EN (A) SI ESTÁ DE ACUERDO O EL ITEM (D) SI ESTÁ EN DESACUERDO. SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR REALICE SUGERENCIAS.

| | | | | | | |
|---|---|----------|--------------------|----------|----------------------|----------|
| 12. | DETALLE DEL INSTRUMENTO | | | | | |
| El instrumento que se presenta ya ha sido validado en la tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN UN DISTRITO DE AREQUIPA, 2021", de los autores Arias y Condori, por lo que se busca la revalidación del mismo mediante juicio de expertos que determinará la validez del contenido. Será sometido a prueba piloto para el cálculo de la confiabilidad (consistencia interna) a través del coeficiente Kuder-Richarson. Finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación. Requiere sólo una administración. | | | | | | |
| 13. | DETALLE DEL INSTRUMENTO | | | | | |
| 14. | DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | | | |
| | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| | | | SUGERENCIAS | | | |
| SEXO: | | F | M | | | |
| AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • PÚBLICO • PRIVADO | | | | | | |
| 15. | INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INSTRUMENTO | | | | | |
| A continuación, encontrará una lista de preguntas de conocimientos, por favor conteste con absoluta sinceridad. Marque la respuesta correcta con una (X) | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| | | | SUGERENCIAS | | | |

| | | | |
|---|---|----------|--|
| | | | |
| 16. | ASPECTOS (DIMENSIONES) A EVALUAR CON EL INSTRUMENTO | | |
| MODELO CUESTIONARIO | | | |
| PREGUNTA | RESPUESTA | | |
| ETIOLOGÍA | | | DE ACUERDO A EN DESACUERDO D |
| 1. ¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente? REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf | a) Basocelular (células basales) b) Carcinoma de Células Escamosas c) Melanoma | A | D |
| SUGERENCIAS | | | |
| | | | DE ACUERDO A EN DESACUERDO D |
| 2. ¿En qué rango de edad se presenta la mayor incidencia de cáncer bucal? REFERENCIA: 17. García Caballero, Lucía; Francisco Javier Caneiro; Gallego Rosalía. Cáncer Oral para Dentistas Capítulo I: Cáncer oral. Concepto y generalidades. Aspectos histopatológicos. 1ra Edición. España: Fundación Dental Española; 2019. [Citado 05 de diciembre]. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/LibroCancerOralLO-comprimido%20(2).pdf | a) 80 – 85 años b) 60 – 65 años c) 50 - 70 años | A | D |
| SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|------------------|---|
| <p>3. ¿En qué genero se presenta con mayor frecuencia el cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> | <p>a) Hombres</p> <p>b) Mujeres</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>4. ¿Cuáles son los factores más frecuentes del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf</p> | <p>a) Hábitos nocivos (cigarros, alcohol)</p> <p>b) Irritación local por trauma crónico (prótesis mal adaptadas)</p> <p>c) Factor genético</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|---|---|---|--------------------|--------------|---------------|---|
| 5. ¿Cuál es el virus que se asocia al cáncer bucal? REDERENCIA: 12. Nagwa Mohmmad Ali Khattab; Ahmad Abdel Hamid Elheeny ; Ghada Aslman Tony. Oral-Cancer Knowledge, Practice, And Attitude Assessment Of Dentists In Upper Egypt: A Cross-Sectional Study. Ahmad Abdel Hamid Elheeny, Paediatric and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Minia University, Ard Shalaby, El Minia, 61519 Minya, Egypt. 2018[Internet]. [citado 15 de noviembre]; Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cre2.160 | a) Virus coxsackie b) Papiloma virus c) Virus del Herpes | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| 6. ¿Cuál de siguientes alternativas se considera una causa de cáncer bucal? REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral:puesta al día. Av Odontostomatol[Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odont/v25n5/original1.pdf 20. Ihsane Ben Yahya; Fani Anagnostou. Cáncer Oral Prevención y gestión de pacientes. FDI [Internet].2018 [07 de diciembre 2020];13(2):1-12. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral_cancer-prevention_and_patient_management-a4-es.pdf 21. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007. [07 de diciembre 2020]. Disponible en: https://4tousac.files.wordpress.com/2012/01/regezzi-patologia-bucal-clinicopatolc3b3gicasevolucionodontologica1.pdf | a) Radiación solar b) Consumo de bebidas carbonatadas c) Contaminación ambiental | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| MANIFESTACIONES CLÍNICAS | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|--|---|---|--------------------|--------------|---------------|---|
| <p>7. ¿Cuál es el signo de advertencia de una lesión cancerosa en la cavidad bucal?</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARCINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>f</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%A1ntomas-y-signos</p> | <p>a) Gránulos de Fordyce</p> <p>b) Pigmentaciones melánicas en mucosa</p> <p>c) Úlceras crónicas</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>8. ¿Cuál es la localización de mayor frecuencia del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 11. Huda Nazar1, Maddi Shyama, Jitendra Ariga, Mohamed El-Salhy, Pramod Soparkar, Aishah Alsumait. Oral Cancer Knowledge, Attitudes And Practices Among Primary Oral Health Care Dentists In Kuwait. Research and Survey Division, DentalAdministration, 2 National Oral Health Program, Ministry of Health, 3 School Oral Health Program, Kuwait- Forsyth, Kuwait, 4 College of Dental Medicine, University of New England, Portland, Maine, 5 Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA. 2019 [Internet]. [citado 12 de noviembre]; Disponible en:</p> <p>http://journal.waocp.org/article/87874_80d87579fb4bb229549c43e113d827d8.pdf</p> | <p>a) Piso de boca</p> <p>b) Lengua</p> <p>c) Trígono retromolar</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>9. ¿Qué parte de la lengua tiene mayor probabilidad en desarrollar cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 26.</p> <p>Vanessa E. Mendez-Mathey. Carcinoma Epidermoide de Lengua. Rev. cuerpo méd. HNAAA [Internet]. 2019 [10 de diciembre 2020]. 12(1). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/03/1051793/485-otro-870-2-10-20190719.pdf</p> | <p>a) Borde lateral</p> <p>b) Superficie dorsal</p> <p>c) Superficie ventral</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>10. La gran mayoría de tumores malignos en la cavidad bucal surgen bajo la forma de:</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma decabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020].</p> <p>Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-orofar-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%ADntomas-y-signos</p> | <p>a) Nódulos</p> <p>b) Úlceras</p> <p>c) Áreas negras</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|---|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>11. La irritación crónica en la mucosa oral se considera como:</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol [Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odontos/v25n5/original1.pdf</p> <p>20. Ihsane Ben Yahya; Fani Anagnostou. Cáncer Oral Prevención y gestión de pacientes. FDI [Internet].2018 [07 de diciembre 2020];13(2):1-12.</p> <p>Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral-cancer-prevention-and-patient-management-a4-es.pdf</p> <p>21. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007. [07 de diciembre 2020]. Disponible en: https://4tousac.files.wordpress.com/2012/01/regezi-patologia-bucal-clinicopatologicasevolucionodontologica1.pdf</p> | <p>a) Iniciador del cáncer</p> <p>b) Modificador del cáncer</p> <p>c) Estadio avanzado</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>12. ¿Qué lesión precancerosa tiene mayor grado de displasia y por consiguiente está relacionada con el desarrollo de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf</p> | <p>a) Candidiasis</p> <p>b) Leucoplasia</p> <p>c) Eritroplasia</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| DIAGNÓSTICO | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|--|---|---|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>13. ¿Teniendo en cuenta el diagnóstico clínico en que estadio se presenta con mayor frecuencia la lesión de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma decabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07 dediciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%ADntomas-y-signos</p> | <p>a) Pre maligna</p> <p>b) Incipiente</p> <p>c) Avanzada</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|---|---|---|--------------------|--------------|------------------|---|
| <p>14. ¿En qué forma el diagnóstico precoz, el conocimiento de factores cancerígenos y las lesiones premalignas ayudan en el cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 40. Cristóbal Araya. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet] 2018[12 de diciembre 2020]; 29(4) 411-418. Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/wpcontent/uploads/2018/09/Diagn%C3%B3stico-precoz-y-prevenci%C3%B3n-en-c%C3%A1ncer-de-cavidad-oral.pdf</p> <p>41. Luciana Lima Da Silva, Ana Carla Rocha Barreto, Julliana Oliveira Da Fonseca, Marine de Oliveira, Milena Bortolotto Felipe Silva, Ney Soares de Araujo. PP-Oral Cancer Prevention and Early Diagnosis in Primary Attention. Oral Surgery Oral Medicine Oral pathology Oral Radiology.[Internet].2017 [12 de diciembre 2020] volumen123,issue2,E43. Disponible en: https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(16)30442-4/fulltext#articleInformation</p> | <p>a) Aumentar la tasa de mortalidad</p> <p>b) Reducir la morbilidad y mortalidad</p> <p>c) Acudir al odontólogo en estadios avanzados</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| TRATAMIENTO | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|---|---|---|--------------------|--------------|------------------|---|
| <p>15. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente en etapa tardía del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1ndose%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000</p> | <p>a) Quimioterapia, radioterapia y cirugía</p> <p>b) Radioterapia interna y externa</p> <p>c) Crioterapia e hipertermia</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| COMPLICACIONES | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|---|---|---|--------------------|--------------|------------------|---|
| <p>16. ¿Qué clasificación se emplea para dar un tratamiento adecuado en cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 37. Beatriz Seoane González. TNM. Escala de estadiaje del cáncer.[Internet].[12 de diciembre2020]. Disponible en: https://meiga.info/escalas/TNM.pdf</p> <p>38. Instituto Nacional del Cáncer. Estadificación del cáncer.[Internet].2015 [12 de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion</p> | <p>a) Clasificación de tamaños, nódulos y metástasis (TNM)</p> <p>b) Método paliativo</p> <p>c) CIE 10</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|--|----------|----------|--------------------|--------------|------------------|---|
| 17. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia es: REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1n%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000 | a) Mucositis b) Infecciones orales c) Hemorragia oral | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| 18. Entre los efectos colaterales permanentes de la radioterapia en la cavidad bucal se considera: REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1n%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000 | a) Eritema b) Dolor c) Xerostomía | A | D | SUGERENCIAS | | | |

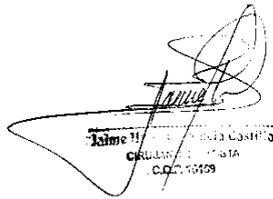
| CONTRAINDICACIONES | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D | |
|---|-----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------|------------------|-------------|--|
| <p>19. En un paciente con melanoma en la cavidad bucal está contraindicado hacer una biopsia de tipo:</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol [Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original1.pdf</p> | | a) Incisional | b) Raspado | c) Directa | A | D | SUGERENCIAS | |
| PREVENCIÓN | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D | |
| <p>20. ¿Qué debe hacer el cirujano dentista ante la presencia de una lesión cancerosa?</p> <p>REFERENCIA: 8. Huda Nazar1, Maddi Shyama, Jitendra Ariga, Mohamed El-Salhy, Pramod Soparkar, Aishah Alsumait. Oral Cancer Knowledge, Attitudes And Practices Among Primary Oral Health Care Dentists In Kuwait. Research and Survey Division, DentalAdministration, 2 National Oral Health Program, Ministry of Health, 3 School Oral Health Program, Kuwait- Forsyth, Kuwait, 4 College of Dental Medicine, University of New England, Portland, Maine, 5 Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA. 2019 [Internet]. [citado 12 de noviembre]; Disponible en: http://journal.waocp.org/article_87874_80d87579fb4bb229549c43e113d827d8.pdf</p> | | a) Pedir exámenes auxiliares | b) Realizar biopsia | c) Derivar al especialista | A | D | SUGERENCIAS | |
| 17. | RESULTADOS DE ITEMS | ÓPTIMOS | X | REFORMULAR | | ANULAR O CAMBIAR | | |
| 18. | COMENTARIOS GENERALES | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

19.

OBSERVACIONES FINALES

PLASENCIA CASTILLO JAIME UXON
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO

40181636
DNI



.....
FIRMA Y SELLO

Piura, 20 de Julio del 2022

**FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS**

| | | | | |
|---|---|------------------------------------|------------|---|
| 1. | NOMBRE DEL EXPERTO | WEYDER PORTOCARRERO REYES | | |
| 2. | PROFESIÓN | CIRUJANO DENTISTA | | |
| 3. | GRADO ACADÉMICO | DOCTOR EN ESTOMATOLOGÍA | | |
| 4. | ESPECIALIDAD | ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR | | |
| 5. | EXPERIENCIA PROFESIONAL | 18 AÑOS | | |
| 6. | INSTITUCIÓN DONDE LABORA | UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO | | |
| 7. | CARGO QUE OCUPA | DOCENTE | | |
| 8. | TITULO DE LA INVESTIGACIÓN | | | |
| NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGIÓN DE TUMBES, 2022. | | | | |
| 9. | APELLIDOS Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR(A) | | | |
| NOBLECILLA VEGA, ÚRSULA MICHEL SALAZAR JIMBO, DAGMAR KARELY | | | | |
| 10. | INSTRUMENTO EVALUADO (marcar con un X al que corresponde) | | | |
| CUESTIONARIO | | x | MODIFICADO | x |
| ENTREVISTA | | | CREADO | |
| 11. | OBJETIVO DEL INSTRUMENTO | | | |
| <p>GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022 <p>ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022; según sexo. Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas, que laboran en la región de Tumbes, 2022; según años de experiencia profesional. | | | | |

- Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas, que laboran en la región de Tumbes, 2022; según sector de desempeño (público o privado)

ESTIMADO EXPERTO, LE PIDO SU COLABORACIÓN PARA QUE LUEGO DE UN RIGUROSO ANÁLISIS DE LOS ITEMS DEL PRESENTE INSTRUMENTO MARQUE CON UN ASPA EL CASILLERO QUE CREE CONVENIENTE DE ACUERDO A SUS CRITERIO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL, DEMOSTRANDO SI CUENTA CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE FORMULACIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN. MARQUE CON UN ASPA EN (A) SI ESTÁ DE ACUERDO O EL ITEM (D) SI ESTÁ EN DESACUERDO. SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR REALICE SUGERENCIAS.

| | | | | | | |
|---|---|----------|--------------------|----------|----------------------|----------|
| 12. | DETALLE DEL INSTRUMENTO | | | | | |
| El instrumento que se presenta ya ha sido validado en la tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN UN DISTRITO DE AREQUIPA, 2021", de los autores Arias y Condori, por lo que se busca la revalidación del mismo mediante juicio de expertos que determinará la validez del contenido. Será sometido a prueba piloto para el cálculo de la confiabilidad (consistencia interna) a través del coeficiente Kuder-Richarson. Finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación. Requiere sólo una administración. | | | | | | |
| 13. | DETALLE DEL INSTRUMENTO | | | | | |
| 14. | DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | | | |
| | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| | | | SUGERENCIAS | | | |
| SEXO: | | F | M | | | |
| AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • PÚBLICO • PRIVADO | | | | | | |
| 15. | INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INSTRUMENTO | | | | | |
| A continuación, encontrará una lista de preguntas de conocimientos, por favor conteste con absoluta sinceridad. Marque la respuesta correcta con una (X) | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| | | | SUGERENCIAS | | | |

| | | | |
|---|---|-------------------|----------------------|
| | | | |
| 16. | ASPECTOS (DIMENSIONES) A EVALUAR CON EL INSTRUMENTO | | |
| MODELO CUESTIONARIO | | | |
| PREGUNTA | RESPUESTA | | |
| ETIOLOGÍA | | DE ACUERDO | EN DESACUERDO |
| | | A | D |
| 1. ¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente? REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf | d) Basocelular (células basales) e) Carcinoma de Células Escamosas f) Melanoma | A | D |
| SUGERENCIAS | | | |
| | | DE ACUERDO | EN DESACUERDO |
| | | A | D |
| 2. ¿En qué rango de edad se presenta la mayor incidencia de cáncer bucal? REFERENCIA: 17. García Caballero, Lucía; Francisco Javier Caneiro; Gallego Rosalía. Cáncer Oral para Dentistas Capítulo I: Cáncer oral. Concepto y generalidades. Aspectos histopatológicos. 1ra Edición. España: Fundación Dental Española; 2019. [Citado 05 de diciembre]. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/LibroCancer_OralLO-comprimido%20(2).pdf | d) 80 – 85 años e) 60 – 65 años f) 50 - 70 años | A | D |
| SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|------------------|---|
| <p>3. ¿En qué genero se presenta con mayor frecuencia el cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> | <p>c) Hombres</p> <p>d) Mujeres</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>4. ¿Cuáles son los factores más frecuentes del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf</p> | <p>d) Hábitos nocivos (cigarros, alcohol)</p> <p>e) Irritación local por trauma crónico (prótesis mal adaptadas)</p> <p>f) Factor genético</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|--|---|------------|--------------------|---------------|---|
| <p>5. ¿Cuál es el virus que se asocia al cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 12. Nagwa Mohmmad Ali Khattab; Ahmad Abdel Hamid Elheeny ; Ghada Aslman Tony. Oral-Cancer Knowledge, Practice, And Attitude Assessment Of Dentists In Upper Egypt: A Cross-Sectional Study. Ahmad Abdel Hamid Elheeny, Paediatric and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Minia University, Ard Shalaby, El Minia, 61519 Minya, Egypt. 2018[Internet]. [citado 15 de noviembre]; Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cre2.160</p> | <p>d) Virus coxsackie</p> <p>e) Papiloma virus</p> <p>f) Virus del Herpes</p> | A | D | SUGERENCIAS | | |
| | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>6. ¿Cuál de las siguientes alternativas se considera una causa de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol[Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odont/v25n5/original1.pdf</p> <p>20. Ihsane Ben Yahya; Fani Anagnostou. Cáncer Oral Prevención y gestión de pacientes. FDI [Internet]. 2018 [07 de diciembre 2020];13(2):1-12. Disponible en: https://www.fdiworldental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral-cancer-prevention-and-patient-management-a4-es.pdf</p> <p>21. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal. 3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007. [07 de diciembre 2020]. Disponible en: https://4tousac.files.wordpress.com/2012/01/regezzi-patologia-bucal-clinicopatolc3b3gicasevolucionodontologica1.pdf</p> | <p>d) Radiación solar</p> <p>e) Consumo de bebidas carbonatadas</p> <p>f) Contaminación ambiental</p> | A | D | SUGERENCIAS | | |

| MANIFESTACIONES CLÍNICAS | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|--|---|------------|--------------------|---------------|---|
| <p>7. ¿Cuál es el signo de advertencia de una lesión cancerosa en la cavidad bucal?</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARCINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>f</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07 de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%A1ntomas-y-signos</p> | <p>d) Gránulos de Fordyce</p> <p>e) Pigmentaciones melánicas en mucosa</p> <p>f) Úlceras crónicas</p> | A | D | SUGERENCIAS | | |
| | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>8. ¿Cuál es la localización de mayor frecuencia del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 11. Huda Nazar1, Maddi Shyama, Jitendra Ariga, Mohamed El-Salhy, Pramod Soparkar, Aishah Alsumait. Oral Cancer Knowledge, Attitudes And Practices Among Primary Oral Health Care Dentists In Kuwait. Research and Survey Division, DentalAdministration, 2 National Oral Health Program, Ministry of Health, 3 School Oral Health Program, Kuwait- Forsyth, Kuwait, 4 College of Dental Medicine, University of New England, Portland, Maine, 5 Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA. 2019 [Internet]. [citado 12 de noviembre]; Disponible en:</p> <p>http://journal.waocp.org/article/87874_80d87579fb4bb229549c43e113d827d8.pdf</p> | <p>d) Piso de boca</p> <p>e) Lengua</p> <p>f) Trígono retromolar</p> | A | D | SUGERENCIAS | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>9. ¿Qué parte de la lengua tiene mayor probabilidad en desarrollar cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 26.</p> <p>Vanessa E. Mendez-Mathey. Carcinoma Epidermoide de Lengua. Rev. cuerpo méd. HNAAA [Internet]. 2019 [10 de diciembre 2020]. 12(1). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblio/ref/2020/03/1051793/485-otro-870-2-10-20190719.pdf</p> | <p>d) Borde lateral</p> <p>e) Superficie dorsal</p> <p>f) Superficie ventral</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>10. La gran mayoría de tumores malignos en la cavidad bucal surgen bajo la forma de:</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma decabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020].</p> <p>Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-cabeza-y-cuello/orofar%C3%ADngeo/s%C3%ADntomas-y-signos</p> | <p>d) Nódulos</p> <p>e) Úlceras</p> <p>f) Áreas negras</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|---|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>11. La irritación crónica en la mucosa oral se considera como:</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol [Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odont/v25n5/original1.pdf</p> <p>20. Ihsane Ben Yahya; Fani Anagnostou. Cáncer Oral Prevención y gestión de pacientes. FDI [Internet].2018 [07 de diciembre 2020];13(2):1-12. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral-cancer-prevention-and-patient-management-a4-es.pdf</p> <p>21. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007. [07 de diciembre 2020]. Disponible en: https://4tousac.files.wordpress.com/2012/01/regezi-patologia-bucal-clinicopatologicasevolucionodontologica1.pdf</p> | <p>d) Iniciador del cáncer</p> <p>e) Modificador del cáncer</p> <p>f) Estadio avanzado</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>12. ¿Qué lesión precancerosa tiene mayor grado de displasia y por consiguiente está relacionada con el desarrollo de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf</p> | <p>d) Candidiasis</p> <p>e) Leucoplasia</p> <p>f) Eritroplasia</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| DIAGNÓSTICO | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|--|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>13. ¿Teniendo en cuenta el diagnóstico clínico en que estadio se presenta con mayor frecuencia la lesión de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma decabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07 dediciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%ADntomas-y-signos</p> | <p>a) Pre maligna</p> <p>b) Incipiente</p> <p>c) Avanzada</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|---|---|---|--------------------|--------------|------------------|---|
| <p>14. ¿En qué forma el diagnóstico precoz, el conocimiento de factores cancerígenos y las lesiones premalignas ayudan en el cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 40. Cristóbal Araya. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet] 2018[12 de diciembre 2020];29(4)411-418. Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/wpcontent/uploads/2018/09/Diagn%C3%B3stico-precoz-y-prevenci%C3%B3n-en-c%C3%A1ncer-de-cavidad-oral.pdf</p> <p>41. Luciana Lima Da Silva, Ana Carla Rocha Barreto, Julliana Oliveira Da Fonseca, Marine de Oliveira, Milena Bortolotto Felipe Silva, Ney Soares de Araujo. PP-Oral Cancer Prevention and Early Diagnosis in Primary Attention. Oral Surgery Oral Medicine Oral pathology Oral Radiology.[Internet].2017 [12 de diciembre 2020] volumen123,issue2,E43. Disponible en: https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(16)30442-4/fulltext#articleInformation</p> | <p>d) Aumentar la tasa de mortalidad</p> <p>e) Reducir la morbilidad y mortalidad</p> <p>f) Acudir al odontólogo en estadios avanzados</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| TRATAMIENTO | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|---|---|---|--------------------|--------------|---------------|---|
| <p>15. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente en etapa tardía del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1ndose%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000</p> | <p>d) Quimioterapia, radioterapia y cirugía</p> <p>e) Radioterapia interna y externa</p> <p>f) Crioterapia e hipertermia</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| COMPLICACIONES | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|---|---|---|--------------------|--------------|---------------|---|
| <p>16. ¿Qué clasificación se emplea para dar un tratamiento adecuado en cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 37. Beatriz Seoane González. TNM. Escala de estadiaje del cáncer.[Internet].[12 de diciembre2020]. Disponible en: https://meiga.info/escalas/TNM.pdf</p> <p>38. Instituto Nacional del Cáncer. Estadificación del cáncer. [Internet].2015 [12 de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion</p> | <p>d) Clasificación de tamaños, nódulos y metástasis (TNM)</p> <p>e) Método paliativo</p> <p>f) CIE 10</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|--|----------|----------|--------------------|--------------|------------------|---|
| 17. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia es: REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1n%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000 | d) Mucositis e) Infecciones orales f) Hemorragia oral | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| 18. Entre los efectos colaterales permanentes de la radioterapia en la cavidad bucal se considera: REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1n%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000 | d) Eritema e) Dolor f) Xerostomía | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| CONTRAINDICACIONES | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|-----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------|------------------|-------------|
| <p>19. En un paciente con melanoma en la cavidad bucal está contraindicado hacer una biopsia de tipo:</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol [Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original1.pdf</p> | | d) Incisional | e) Raspado | f) Directa | A | D | SUGERENCIAS |
| PREVENCIÓN | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>20. ¿Qué debe hacer el cirujano dentista ante la presencia de una lesión cancerosa?</p> <p>REFERENCIA: 8. Huda Nazar1, Maddi Shyama, Jitendra Ariga, Mohamed El-Salhy, Pramod Soparkar, Aishah Alsumait. Oral Cancer Knowledge, Attitudes And Practices Among Primary Oral Health Care Dentists In Kuwait. Research and Survey Division, DentalAdministration, 2 National Oral Health Program, Ministry of Health, 3 School Oral Health Program, Kuwait- Forsyth, Kuwait, 4 College of Dental Medicine, University of New England, Portland, Maine, 5 Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA. 2019 [Internet]. [citado 12 de noviembre]; Disponible en: http://journal.waocp.org/article_87874_80d87579fb4bb229549c43e113d827d8.pdf</p> | | d) Pedir exámenes auxiliares | e) Realizar biopsia | f) Derivar al especialista | A | D | SUGERENCIAS |
| 17. | RESULTADOS DE ITEMS | ÓPTIMOS | X | REFORMULAR | | ANULAR O CAMBIAR | |
| 18. | COMENTARIOS GENERALES | | | | | | |
| | | | | | | | |

19.

OBSERVACIONES FINALES

PORTOCARRERO REYES WEYDER
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO

40261261
DNI



Dr. Weyder Portocarrero Reyes
CIRUJANO DENTISTA
COP 15906
ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
RNE 1462

.....
FIRMA Y SELLO

Piura, 25 de Julio del 2022

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

| | | | | |
|--|--|-----------------------------------|-------------------|----------|
| 1. | NOMBRE DEL EXPERTO | FRANK JULIO CARRIÓN MOLINA | | |
| 2. | PROFESIÓN | CIRUJANO DENTISTA | | |
| 3. | GRADO ACADÉMICO | MAGISTER | | |
| 4. | EXPERIENCIA PROFESIONAL | 11 AÑOS | | |
| 5. | INSTITUCIÓN DONDE LABORA | UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO | | |
| 6. | CARGO QUE OCUPA | DOCENTE | | |
| 7. | TITULO DE LA INVESTIGACIÓN | | | |
| NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGIÓN DE TUMBES, 2022. | | | | |
| 8. | APELLIDOS Y NOMBRES DEL INVESTIGADOR(A) | | | |
| NOBLECILLA VEGA, ÚRSULA MICHEL | | | | |
| SALAZAR JIMBO, DAGMAR KARELY | | | | |
| 9. | INSTRUMENTO EVALUADO (marcar con un X al que corresponde) | | | |
| CUESTIONARIO | | x | MODIFICADO | x |
| ENTREVISTA | | | CREADO | |
| 10. | OBJETIVO DEL INSTRUMENTO | | | |
| GENERAL: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022 | | | | |
| ESPECÍFICOS: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas que laboran en la región de Tumbes, 2022; según sexo. Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas, que laboran en la región de Tumbes, 2022; según años de experiencia profesional. Determinar el nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en cirujanos dentistas, que laboran en la región de Tumbes, 2022; según sector de desempeño (público o privado) | | | | |

ESTIMADO EXPERTO, LE PIDO SU COLABORACIÓN PARA QUE LUEGO DE UN RIGUROSO ANÁLISIS DE LOS ITEMS DEL PRESENTE INSTRUMENTO MARQUE CON UN ASPA EL CASILLERO QUE CREE CONVENIENTE DE ACUERDO A SUS CRITERIO Y EXPERIENCIA PROFESIONAL, DEMOSTRANDO SI CUENTA CON LOS REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE FORMULACIÓN PARA SU POSTERIOR APLICACIÓN. MARQUE CON UN ASPA EN (A) SI ESTÁ DE ACUERDO O EL ITEM (D) SI ESTÁ EN DESACUERDO. SI ESTÁ EN DESACUERDO POR FAVOR REALICE SUGERENCIAS.

| | |
|------------|--------------------------------|
| 11. | DETALLE DEL INSTRUMENTO |
|------------|--------------------------------|

El instrumento que se presenta ya ha sido validado en la tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN UN DISTRITO DE AREQUIPA, 2021", de los autores Arias y Condori, por lo que se busca la revalidación del mismo mediante juicio de expertos que determinará la validez del contenido. Será sometido a prueba piloto para el cálculo de la confiabilidad (consistencia interna) a través del coeficiente Kuder-Richarson. Finalmente será aplicado a las unidades de análisis de esta investigación. Requiere sólo una administración.

| | |
|------------|--------------------------------|
| 12. | DETALLE DEL INSTRUMENTO |
|------------|--------------------------------|

| | |
|------------|--------------------------------|
| 13. | DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS |
|------------|--------------------------------|

| | | | | |
|--|--------------------|----------|----------------------|----------|
| | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| | SUGERENCIAS | | | |
| SEXO: | F | M | | |
| <p>AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: < 10 años ≥ 10 años</p> <p>SECTOR DE DESEMPEÑO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PÚBLICO • PRIVADO | | | | |

| | |
|------------|---|
| 14. | INSTRUCCIONES DE LLENADO DEL INSTRUMENTO |
|------------|---|

| | | | | |
|---|--------------------|----------|----------------------|----------|
| <p>A continuación, encontrará una lista de preguntas de conocimientos, por favor conteste con absoluta sinceridad. Marque la respuesta correcta con una (X)</p> | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | | |
|---|---|----------|----------|--------------------|--|
| | | | | | |
| 15. | ASPECTOS (DIMENSIONES) A EVALUAR CON EL INSTRUMENTO | | | | |
| MODELO CUESTIONARIO | | | | | |
| PREGUNTA | RESPUESTA | | | | |
| ETIOLOGÍA | | | | DE ACUERDO | A EN DESACUERDO D |
| 1. ¿Cuál es el tipo de cáncer bucal más frecuente? REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf | g) Basocelular (células basales) h) Carcinoma de Células Escamosas i) Melanoma | A | D | SUGERENCIAS | |
| | | | | DE ACUERDO | A EN DESACUERDO D |
| 2. ¿En qué rango de edad se presenta la mayor incidencia de cáncer bucal? REFERENCIA: 17. García Caballero, Lucía; Francisco Javier Caneiro; Gallego Rosalía. Cáncer Oral para Dentistas Capítulo I: Cáncer oral. Concepto y generalidades. Aspectos histopatológicos. 1ra Edición. España: Fundación Dental Española; 2019. [Citado 05 de diciembre]. Disponible en: file:///C:/Users/USER/Downloads/LibroCancer_OralLO-comprimido%20(2).pdf | g) 80 – 85 años h) 60 – 65 años i) 50 - 70 años | A | D | SUGERENCIAS | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|------------------|---|
| <p>3. ¿En qué genero se presenta con mayor frecuencia el cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> | <p>e) Hombres</p> <p>f) Mujeres</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>4. ¿Cuáles son los factores más frecuentes del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf</p> | <p>g) Hábitos nocivos (cigarros, alcohol)</p> <p>h) Irritación local por trauma crónico (prótesis mal adaptadas)</p> <p>i) Factor genético</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|--|---|---|--------------------|--------------|---------------|---|
| <p>5. ¿Cuál es el virus que se asocia al cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 12. Nagwa Mohmmad Ali Khattab; Ahmad Abdel Hamid Elheeny ; Ghada Aslman Tony. Oral-Cancer Knowledge, Practice, And Attitude Assessment Of Dentists In Upper Egypt: A Cross-Sectional Study. Ahmad Abdel Hamid Elheeny, Paediatric and Community Dentistry, Faculty of Dentistry, Minia University, Ard Shalaby, El Minia, 61519 Minya, Egypt. 2018[Internet]. [citado 15 de noviembre]; Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cre2.160</p> | <p>g) Virus coxsackie</p> <p>h) Papiloma virus</p> <p>i) Virus del Herpes</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>6. ¿Cuál de las siguientes alternativas se considera una causa de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol [Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odont/v25n5/original1.pdf</p> <p>20. Ihsane Ben Yahya; Fani Anagnostou. Cáncer Oral Prevención y gestión de pacientes. FDI [Internet]. 2018 [07 de diciembre 2020];13(2):1-12. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral-cancer-prevention-and-patient-management-a4-es.pdf</p> <p>21. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal. 3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007. [07 de diciembre 2020]. Disponible en: https://4tousac.files.wordpress.com/2012/01/regezzi-patologia-bucal-clinicopatolc3b3gicasevolucionodontologica1.pdf</p> | <p>g) Radiación solar</p> <p>h) Consumo de bebidas carbonatadas</p> <p>i) Contaminación ambiental</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| MANIFESTACIONES CLÍNICAS | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|--|---|---|--------------------|--------------|---------------|---|
| <p>7. ¿Cuál es el signo de advertencia de una lesión cancerosa en la cavidad bucal?</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma de cabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARCINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>f</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%A1ntomas-y-signos</p> | <p>g) Gránulos de Fordyce</p> <p>h) Pigmentaciones melánicas en mucosa</p> <p>i) Úlceras crónicas</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>8. ¿Cuál es la localización de mayor frecuencia del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 11. Huda Nazar1, Maddi Shyama, Jitendra Ariga, Mohamed El-Salhy, Pramod Soparkar, Aishah Alsumait. Oral Cancer Knowledge, Attitudes And Practices Among Primary Oral Health Care Dentists In Kuwait. Research and Survey Division, DentalAdministration, 2 National Oral Health Program, Ministry of Health, 3 School Oral Health Program, Kuwait- Forsyth, Kuwait, 4 College of Dental Medicine, University of New England, Portland, Maine, 5 Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA. 2019 [Internet]. [citado 12 de noviembre]; Disponible en:</p> <p>http://journal.waocp.org/article/87874_80d87579fb4bb229549c43e113d827d8.pdf</p> | <p>g) Piso de boca</p> <p>h) Lengua</p> <p>i) Trígono retromolar</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|---|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>9. ¿Qué parte de la lengua tiene mayor probabilidad en desarrollar cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 26.</p> <p>Vanessa E. Mendez-Mathey. Carcinoma Epidermoide de Lengua. Rev. cuerpo méd. HNAAA [Internet]. 2019 [10 de diciembre 2020]. 12(1). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/03/1051793/485-otro-870-2-10-20190719.pdf</p> | <p>g) Borde lateral</p> <p>h) Superficie dorsal</p> <p>i) Superficie ventral</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>10. La gran mayoría de tumores malignos en la cavidad bucal surgen bajo la forma de:</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma decabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020].</p> <p>Disponible en:</p> <p>http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-orofar-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%ADntomas-y-signos</p> | <p>g) Nódulos</p> <p>h) Úlceras</p> <p>i) Áreas negras</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|---|----------|----------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>11. La irritación crónica en la mucosa oral se considera como:</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol [Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odont/v25n5/original1.pdf</p> <p>20. Ihsane Ben Yahya; Fani Anagnostou. Cáncer Oral Prevención y gestión de pacientes. FDI [Internet].2018 [07 de diciembre 2020];13(2):1-12. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/resources/fdi-oral-cancer-prevention-and-patient-management-a4-es.pdf</p> <p>21. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal.3ra edición. México. McGraw Hill Interamericana S.A. 2007. [07 de diciembre 2020]. Disponible en: https://4tousac.files.wordpress.com/2012/01/regezi-patologia-bucal-clinicopatologicasevolucionodontologica1.pdf</p> | <p>g) Iniciador del cáncer</p> <p>h) Modificador del cáncer</p> <p>i) Estadio avanzado</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
| <p>12. ¿Qué lesión precancerosa tiene mayor grado de displasia y por consiguiente está relacionada con el desarrollo de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 14. Stillfried A.; Rocha A.; Colella G.; Escobar E. Cáncer Oral y Dentistas: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Chile, 2016. [Internet]. Int. J. Odontostomat;2016 [Citado 28 de noviembre]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijodontos/v10n3/art21.pdf</p> | <p>g) Candidiasis</p> <p>h) Leucoplasia</p> <p>i) Eritroplasia</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| DIAGNÓSTICO | | | | DE ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | EN DESACUERDO | D |
|--|--|-----------------|-----------------|--------------------|-------------------------------------|---------------|---|
| <p>13. ¿Teniendo en cuenta el diagnóstico clínico en que estadio se presenta con mayor frecuencia la lesión de cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 23. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dirección de medicina departamento de oncología médica: guía práctica clínica de carcinoma decabeza y cuello. Lima-Perú. [Internet] 2013 [07 de diciembre 2020]. Disponible en:</p> <p>http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072017_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_DE_CARINOMA_DE_CABEZA_Y_CUELLO.pdf</p> <p>24. American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer Oral y Orofaringeo: Síntomas y signos-EE.UU. [Internet] 2018 [07 dediciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/s%C3%ADntomas-y-signos</p> | <p>a) Pre maligna</p> <p>b) Incipiente</p> <p>c) Avanzada</p> | <p>A</p> | <p>D</p> | SUGERENCIAS | | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|---|---|---|--------------------|--------------|------------------|---|
| <p>14. ¿En qué forma el diagnóstico precoz, el conocimiento de factores cancerígenos y las lesiones premalignas ayudan en el cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 40. Cristóbal Araya. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet] 2018[12 de diciembre 2020];29(4)411-418. Disponible en: http://www.enfermeriaaps.com/portal/wpcontent/uploads/2018/09/Diagn%C3%B3stico-precoz-y-prevenci%C3%B3n-en-c%C3%A1ncer-de-cavidad-oral.pdf</p> <p>41. Luciana Lima Da Silva, Ana Carla Rocha Barreto, Julliana Oliveira Da Fonseca, Marine de Oliveira, Milena Bortolotto Felipe Silva, Ney Soares de Araujo. PP-Oral Cancer Prevention and Early Diagnosis in Primary Attention. Oral Surgery Oral Medicine Oral pathology Oral Radiology.[Internet].2017 [12 de diciembre 2020] volumen123,issue2,E43. Disponible en: https://www.oooojournal.net/article/S2212-4403(16)30442-4/fulltext#articleInformation</p> | <p>g) Aumentar la tasa de mortalidad</p> <p>h) Reducir la morbilidad y mortalidad</p> <p>i) Acudir al odontólogo en estadios avanzados</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

| TRATAMIENTO | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|---|---|------------|--------------------|------------------|---|
| <p>15. ¿Cuál es el tratamiento más frecuente en etapa tardía del cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1ndose%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000</p> | <p>g) Quimioterapia, radioterapia y cirugía</p> <p>h) Radioterapia interna y externa</p> <p>i) Crioterapia e hipertermia</p> | A | D | SUGERENCIAS | | |

| COMPLICACIONES | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|---|---|------------|--------------------|------------------|---|
| <p>16. ¿Qué clasificación se emplea para dar un tratamiento adecuado en cáncer bucal?</p> <p>REFERENCIA: 37. Beatriz Seoane González. TNM. Escala de estadiaje del cáncer. [Internet]. [12 de diciembre 2020]. Disponible en: https://meiga.info/escalas/TNM.pdf</p> <p>38. Instituto Nacional del Cáncer. Estadificación del cáncer. [Internet]. 2015 [12 de diciembre 2020]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion</p> | <p>g) Clasificación de tamaños, nódulos y metástasis (TNM)</p> <p>h) Método paliativo</p> <p>i) CIE 10</p> | A | D | SUGERENCIAS | | |

| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|--|---|----------|----------|--------------------|--------------|------------------|---|
| <p>17. La complicación oral más frecuente del paciente en tratamiento con radioterapia es:</p> <p>REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1n%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000</p> | <p>g) Mucositis</p> <p>h) Infecciones orales</p> <p>i) Hemorragia oral</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |
| | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>18. Entre los efectos colaterales permanentes de la radioterapia en la cavidad bucal se considera:</p> <p>REFERENCIA: 39. Cedeño M., J.A., Rivas, R. N., Tuliano C., R.A. Manifestaciones bucales de los pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, pautas de atención odontológica. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2014[12 de diciembre 2020]; Vol 52, No.1, Año 2014. Disponible en: https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-24/#:~:text=Present%C3%A1n%20lesiones%20bucales%20durante%20y,osteoradionecrosis%20(dosis%20mayores%20a%205000</p> | <p>g) Eritema</p> <p>h) Dolor</p> <p>i) Xerostomía</p> | A | D | SUGERENCIAS | | | |

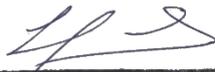
| CONTRAINDICACIONES | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
|---|-----------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------|------------------|-------------|
| <p>19. En un paciente con melanoma en la cavidad bucal está contraindicado hacer una biopsia de tipo:</p> <p>REFERENCIA: 6. García-García V, Bascones-Martínez A. Cáncer oral: puesta al día. Av Odontostomatol [Internet]. [citado 12 de noviembre]; 25(5):239-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n5/original1.pdf</p> | | g) Incisional | h) Raspado | i) Directa | A | D | SUGERENCIAS |
| PREVENCIÓN | | | | DE ACUERDO | A | EN DESACUERDO | D |
| <p>20. ¿Qué debe hacer el cirujano dentista ante la presencia de una lesión cancerosa?</p> <p>REFERENCIA: 8. Huda Nazar1, Maddi Shyama, Jitendra Ariga, Mohamed El-Salhy, Pramod Soparkar, Aishah Alsumait. Oral Cancer Knowledge, Attitudes And Practices Among Primary Oral Health Care Dentists In Kuwait. Research and Survey Division, DentalAdministration, 2 National Oral Health Program, Ministry of Health, 3 School Oral Health Program, Kuwait- Forsyth, Kuwait, 4 College of Dental Medicine, University of New England, Portland, Maine, 5 Forsyth Institute, Cambridge, MA, USA. 2019 [Internet]. [citado 12 de noviembre]; Disponible en: http://journal.waocp.org/article_87874_80d87579fb4bb229549c43e113d827d8.pdf</p> | | g) Pedir exámenes auxiliares | h) Realizar biopsia | i) Derivar al especialista | A | D | SUGERENCIAS |
| 17. | RESULTADOS DE ITEMS | ÓPTIMOS | X | REFORMULAR | | ANULAR O CAMBIAR | |
| 18. | COMENTARIOS GENERALES | | | | | | |
| | | | | | | | |

19.

OBSERVACIONES FINALES

CARRIÓN MOLINA FRANK JULIO
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO

46115977
DNI


FRANK JULIO CARRIÓN MOLINA
CIRUJANO DENTISTA
Mg SALUD PUBLICA
COP 32117

.....
FIRMA Y SELLO

Piura, 29 de Julio del 2022

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

| | | |
|---|--|-----------------------|
|  UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO | FORMATO DE REGISTRO DE CONFIABILIDAD DE LOS EVALUADORES | ÁREA DE INVESTIGACIÓN |
|---|--|-----------------------|

I. DATOS INFORMATIVOS

| | |
|--|---|
| 1.1. ESTUDIANTES: | NOBLECILLA VEGA, Úrsula Michel SALAZAR JIMBO, Dagmar Karely |
| 1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: | NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGIÓN DE TUMBES, 2022. |
| 1.3. ESCUELA PROFESIONAL: | ESTOMATOLOGÍA |
| 1.4. TIPO DE INSTRUMENTO: | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS |
| 1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO: | KUDER RICHARDSON 20 |
| 1.6. FECHA DE APLICACIÓN: | 25 de Julio del 2022 |
| 1.7. MUESTRA APLICADA: | 20 CIRUJANOS DENTISTAS |

II. CONFIABILIDAD

| | |
|---|-------------------|
| ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO: | KR = 0,813 |
|---|-------------------|

DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (Ítems iniciales, ítems mejorados, eliminados, etc.).

Confiabilidad mediante KR 20 de cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre cáncer bucal de 20 ítems, con respuesta única. Se aplica a 20 cirujanos dentistas, obteniendo una confiabilidad de 81,3%, tal como se sustenta en los anexos adjuntos.



Néstor Augusto Val Zapata
Ing. Estadístico Informático

Bach. Noblecilla Vega Úrsula Michel
CE:002260201

Bach. Salazar Jimbo Dagmar Karely
CE: 001540408

Análisis de confiabilidad

Tabla 1. Estadística de fiabilidad

| KR-20 | N de elementos |
|-------|-------------------|
| ,813 | 20 |

Fuente: Elaboración Propia (2022)

Elaboración: Elaboración Propia (2022)

Número de muestra piloto: 20 cirujanos dentistas.

Número de elementos (número de ítems del formulario): 20 ítems.

Conclusión: El coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20) fue de ,813 lo que indica que este instrumento presenta una buena confiabilidad. Cabe resaltar que es una variable del alfa especificada orientada a ítems dicotómicamente valorados llegando al mismo resultado.

Validez

Tabla 2. Estadísticas del total de elementos

| Item | Media de escala si el elemento se ha suprimido | Varianza de escala si el elemento se ha suprimido | Correlación total de elementos corregida | Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido |
|--------|--|---|--|---|
| Item1 | 14,1500 | 11,082 | ,717 | ,785 |
| Item2 | 14,1000 | 11,989 | ,427 | ,803 |
| Item3 | 14,5000 | 11,632 | ,378 | ,806 |
| Item4 | 14,6500 | 12,555 | ,130 | ,821 |
| Item5 | 14,0000 | 12,632 | ,331 | ,808 |
| Item6 | 14,0500 | 11,734 | ,654 | ,794 |
| Item7 | 14,4500 | 12,576 | ,101 | ,825 |
| Item8 | 14,3500 | 11,924 | ,297 | ,812 |
| Item9 | 14,7000 | 12,011 | ,325 | ,809 |
| Item10 | 14,3000 | 12,958 | ,003 | ,830 |
| Item11 | 14,2000 | 12,063 | ,307 | ,810 |
| Item12 | 14,0000 | 12,105 | ,677 | ,798 |
| Item13 | 14,1000 | 11,358 | ,695 | ,788 |
| Item14 | 14,0500 | 13,313 | -,089 | ,825 |
| Item15 | 14,1500 | 10,871 | ,801 | ,780 |
| Item16 | 14,0000 | 12,105 | ,677 | ,798 |
| Item17 | 14,2000 | 11,747 | ,415 | ,803 |
| Item18 | 14,0000 | 12,105 | ,677 | ,798 |
| Item19 | 14,0000 | 12,842 | ,197 | ,812 |
| Item20 | 14,1000 | 11,147 | ,787 | ,783 |

Fuente: Elaboración Propia (2022)

Elaboración: Elaboración Propia (2022)

Conclusiones:

- Se puede observar que el Item 4 la correlación es menor que 0,3, sin embargo, no se debería sacar de la encuesta porque no tendría una variación significativa en la confiabilidad es decir tendríamos un 82,1 % de confiabilidad.
- Se puede observar que el Item 7 la correlación es menor que 0,3, sin embargo, no se debería sacar de la encuesta porque no tendría una variación significativa en la confiabilidad es decir tendríamos un 82,5 % de confiabilidad.
- Se puede observar que el Item 8 la correlación es menor que 0,3, sin embargo, no se debería sacar de la encuesta porque no tendría una

variación significativa en la confiabilidad es decir tendríamos un 81,2 % de confiabilidad.

- Se puede observar que el Item 10 la correlación es menor que 0,3, sin embargo, no se debería sacar de la encuesta porque no tendría una variación significativa en la confiabilidad es decir tendríamos un 83 % de confiabilidad.
- Se puede observar que el Item 14 la correlación es menor que 0,3, sin embargo, no se debería sacar de la encuesta porque no tendría una variación significativa en la confiabilidad es decir tendríamos un 82,5 % de confiabilidad.
- Se puede observar que el Item 19 la correlación es menor que 0,3, sin embargo, no se debería sacar de la encuesta porque no tendría una variación significativa en la confiabilidad es decir tendríamos un 81,2 % de confiabilidad.

Coeficiente V de Aiken

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Donde:

s: sumatoria de si

si: valor asignado por el juez i

n: número de jueces

c: número de valores en la escala de valoración

$$S = 2 + 2 + 2 = 6$$

$$N = 3 \text{ jueces}$$

C = 3 alternativas: cambiar (0), reformular (1), óptimo (2)

$$V = 6 / (3(3-1))$$

$$V = 1$$



ANEXO 6

CARTA DE PRESENTACIÓN

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

San Juan de Lurigancho, 18 de junio de 2022

Señor(a)

DR. CD. CESAR DE LA MATTA DAVILA
DECANO DEL COLEGIO ODONTOLOGICO REGION TUMBES
CONSULTORIOS PRIVADOS DE CIRUJANOS DENTISTAS DE TUMBES
REGION TUMBES

Asunto: Autorizar para la ejecución del Proyecto de Investigación de Estomatología

De mi mayor consideración:

Es muy grato dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente en nombre de la Universidad Cesar Vallejo Filial San Juan de Lurigancho y en el mío propio, deseándole la continuidad y éxitos en la gestión que viene desempeñando.

A su vez, la presente tiene como objetivo solicitar su autorización, a fin de que el(la) Bach. NOBLECILLA VEGA URSULA MICHEL / SALAZAR JIMBO DAGMAR KARELY, con DNI OO2260201 / 001540408, del Programa de Titulación para universidades no licenciadas, Taller de Elaboración de Tesis de la Escuela Académica Profesional de Estomatología, pueda ejecutar su investigación titulada: "**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CANCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGION DE TUMBES, 2022**", en la institución que pertenece a su digna Dirección; agradeceré se le brinden las facilidades correspondientes.

Sin otro particular, me despido de Usted, no sin antes expresar los sentimientos de mi especial consideración personal.

Atentamente,



Mary Lisset Bermeo Flores
Coordinadora del Taller de Tesis de Estomatología

cc: Archivo PTUN

ANEXO 7

SOLICITUD DIRIGIDA AL DECANO DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO REGIÓN TUMBES



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE CIRUJANOS DENTISTAS

PARA LA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

SEÑOR:

ESP. CD. CÉSAR DE LA MATTA DÁVILA

Decano del Colegio Odontológico Región Tumbes

Nosotras, NOBLECILLA VEGA ÚRSULA MICHEL identificada con N° CE: 002260201 y SALAZAR JIMBO DAGMAR KARELY identificada con N° CE: 001540408, ante usted exponemos:

Que, en la necesidad de realizar la ejecución de nuestro proyecto de tesis titulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGIÓN DE TUMBES, 2022”**, realizaremos la aplicación de un cuestionario, para tal fin acudiremos a su despacho para solicitar nos brinde la información de números celulares y correos electrónicos de los cirujanos dentistas registrados en el Colegio odontólogos del Perú- Tumbes.

Adjunto:

Carta de presentación dirigida a usted como decano del COP Tumbes, emitida por la coordinadora del taller de tesis de Estomatología de la UCV- SAN JUAN DE LURIGANCHO.

Datos:

NOBLECILLA VEGA ÚRSULA MICHEL, número de celular: 972510543.

SALAZAR JIMBO DAGMAR KARELY, número de celular: +593994943826.

Tumbes, 19 de Julio de 2022

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CÓMITE DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA.

INVESTIGADOR (A): NOBLECILLA VEGA, ÚRSULA MICHEL – SALAZAR JIMBO, DAGMAR KARELY

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CÁNCER BUCAL EN CIRUJANOS DENTISTAS QUE LABORAN EN LA REGIÓN DE TUMBES, 2022.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio (el título se puede leerlo en la parte superior) con fines de investigación.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que brinde las respuestas con veracidad. El tiempo a emplear no será mayor a 10 minutos.

RIESGOS: Uste no será expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted, pero le permitirán al investigador(a) tener datos sobre el nivel de conocimiento de los cirujanos dentistas. Si usted desea comunicarse con la el (la) investigador(a) para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto: Noblecilla Vega, Úrsula Michel cel: 983314075 correo: mishel0603@hotmail.es, Salazar Jimbo, Dagmar Karely cel: 994943826 correo: dagmar_0197@hotmail.com

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en este estudio no tiene ningún costo, ni precio. Así mismo **NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO**, ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absoluta confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados, ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la siguiente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años, para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA: SÍ NO

Se contará con la autorización del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, Filial Piura cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN: Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora, Noblecilla Vega, Úrsula Michel cel: 983314075 correo: mishel0603@hotmail.es, Salazar Jimbo, Dagmar Karely cel: 994943826 correo: dagmar_0197@hotmail.com

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Cesar Vallejo, teléfono 079-285900 Anexo. 5553

CONSENTIMIENTO

He escuchado la explicación del (la) investigador(A) y he leído el presente documento por lo que ACEPTO voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

| | | |
|--------------|--------------|--------------|
| Participante | Testigo | Investigador |
| Nombre: DNI: | Nombre: DNI: | Nombre: DNI: |
| | | Fecha: _____ |

ANEXO 9

PRUEBAS INFERENCIALES

Tabla cruzada

CONOCIMIENTO CÁNCER BUCAL * SEXO

Recuento

| | | SEXO | | Total |
|---------------------------|---------|----------|-----------|-------|
| | | FEMENINO | MASCULINO | |
| CONOCIMIENTO CÁNCER BUCAL | BAJO | 8 | 3 | 11 |
| | REGULAR | 56 | 39 | 95 |
| | ALTO | 2 | 4 | 6 |
| Total | | 66 | 46 | 112 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,489 ^a | 2 | ,288 |
| Razón de verosimilitud | 2,506 | 2 | ,286 |
| Asociación lineal por lineal | 2,276 | 1 | ,131 |
| N de casos válidos | 112 | | |

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,46.

Tabla cruzada

CONOCIMIENTO CÁNCER BUCAL * EXPERIENCIA

Recuento

| | | EXPERIENCIA | | Total |
|---------------------------|---------|---------------|---------------------|-------|
| | | MENOR 10 AÑOS | MAYOR IGUAL 10 AÑOS | |
| CONOCIMIENTO CÁNCER BUCAL | BAJO | 7 | 4 | 11 |
| | REGULAR | 62 | 33 | 95 |
| | ALTO | 3 | 3 | 6 |
| Total | | 72 | 40 | 112 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|-------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | ,575 ^a | 2 | ,750 |
| Razón de verosimilitud | ,553 | 2 | ,759 |
| Asociación lineal por lineal | ,159 | 1 | ,690 |
| N de casos válidos | 112 | | |

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,14.

CONOCIMIENTO CÁNCER BUCAL * DESEMPEÑO

Tabla cruzada

Recuento

| | | DESEMPEÑO | | Total |
|------------------------------|---------|-----------|---------|-------|
| | | PÚBLICO | PRIVADO | |
| CONOCIMIENTO CÁNCER BUCAL | BAJO | 4 | 7 | 11 |
| | REGULAR | 25 | 70 | 95 |
| | ALTO | 5 | 1 | 6 |
| Total | | 34 | 78 | 112 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Significación asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 8,886 ^a | 2 | ,012 |
| Razón de verosimilitud | 8,174 | 2 | ,017 |
| Asociación lineal por lineal | 1,771 | 1 | ,183 |
| N de casos válidos | 112 | | |

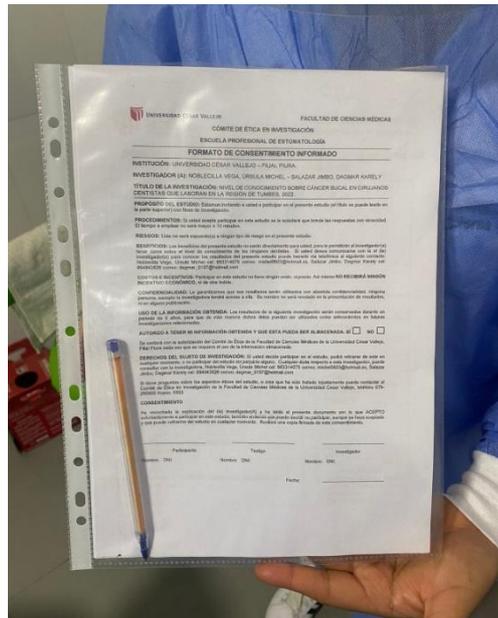
a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,82.

ANEXO 10

FOTOGRAFÍAS



Bachilleres cumpliendo con las medidas de bioseguridad.



Manera en la que se entregó el consentimiento informado y cuestionario.



Entrevista en consultorio privado.



Lectura de consentimiento informado.



Cirujano dentista con más de 10 años de experiencia.



Cirujano dentista con menos de 10 años de experiencia.



Entrevista a cirujano dentista de sector público.



Cirujano dentista leyendo el consentimiento informado.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CARRION MOLINA FRANK JULIO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ESTOMATOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, asesor de Tesis titulada: "Nivel de Conocimiento sobre Cáncer Bucal en Cirujanos Dentistas que Laboran en la Región de Tumbes, 2022.", cuyos autores son NOBLECILLA VEGA URSULA MICHEL, SALAZAR JIMBO DAGMAR KARELY, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 21.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 20 de Febrero del 2023

| Apellidos y Nombres del Asesor: | Firma |
|---|---|
| CARRION MOLINA FRANK JULIO DNI: 46115977 ORCID: 0000-0001-5139-0019 | Firmado electrónicamente por: FJCARRION el 20- 02-2023 22:30:52 |

Código documento Trilce: TRI - 0534196